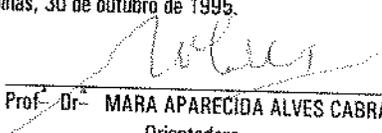


KARINA DE CARVALHO MAGALHÃES

Este exemplar corresponde a versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Mental, pela psicóloga Karina de Carvalho Magalhães.

Campinas, 30 de outubro de 1995.


Prof.^a Dr.^a MARA APARECIDA ALVES CABRAL
Orientadora

***ESTUDO DE ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM
PACIENTES COM RETOCOLITE ULCERATIVA
INESPECÍFICA E SÍNDROME DO INTESTINO
IRRITÁVEL***

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Saúde Mental do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: ***Prof.^a Dra. Mara Aparecida Alves Cabral***

CAMPINAS - 1995



UNIDADE	-8C
N.º CHAMADA:	216000000
	M27e
V.	Ex.
TCMBO BC/	28783
PROC.	667/96
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	11/10/96
N.º CPD	

CM-0009269 1-2

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP

Magalhães, Karina de Carvalho

M27e Estudo de aspectos psicossociais em pacientes com retocolite ulcerativa inespecífica e síndrome do intestino irritável/ Karina de Carvalho Magalhães. Campinas, SP : [s.n.], 1995.

Orientador : Mara Aparecida Alves Cabral

Tese (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Colite ulcerativa. 2. Doenças funcionais do colon. 3. Psiquiatria.
I. Cabral, Mara Aparecida Alves. II Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profa. Dra. Mara Aparecida Alves Cabral

Membros:

1. Mara Aparecida Alves Cabral
2. Paulo
3. Adriana Serê Pereira

Curso de pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 30/10/95

*Aos meus pais e à
madrinha Ana,
pelo amor e incentivo.*

Agradecimentos

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

- À Profª Dra. Mara Aparecida Alves Cabral, pela orientação e exemplo de rigor científico.*
- À Profª Dra. Adriana Sevá Pereira, pela contribuição e criteriosas sugestões.*
- À Profª Diana Tosello Laloni, pela colaboração e incentivo.*
- À comissão de pesquisa e sessão de apoio didático da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, pela ajuda inestimável na fase final deste trabalho.*
- À Maria Tereza V. Aguayo, Lusane Leão Baia e Eliani Guelli, pela ajuda na análise dos dados estatísticos.*
- À Profª Maise Borges Leite Saviano, pela eficiente revisão ortográfica.*
- À Renata Maia, pela ajuda imprescindível na editoração final.*
- À secretária Sandra Moreno, do departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pelo eficiente auxílio na parte burocrática.*
- À Ângela Maria Pompêo de Camargo Ortolani, pela colaboração na digitação.*
- Aos pacientes acometidos de retocolite ulcerativa inespecífica e síndrome do intestino irritável, tratados no Hospital das Clínicas, da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, sem os quais esse trabalho não poderia ser realizado.*
- À CAPES, pelo apoio financeiro.*

Ser um Ser

Olbe-me como gente

Enxergue-me um Ser

Sou você, você sou eu

Ser mortal e imortal

Frágil nas mãos

De um deus

Deus irmão

Olbe-me,

Sinto o que sente

Sou gente

Ser, depende só de um Ser

Cure-me

Sou um Ser carente

Em suas mãos

Um Ser gente

Olbe-me, ame-me

Sou gente

Sumário

Resumo	i
1. INTRODUÇÃO	01
1.1. <i>Psicossomática: Da origem à concepção atual</i>	02
1.2. <i>Relação entre depressão, ansiedade e somatização, segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10</i>	17
1.3. <i>Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI)</i>	21
1.4. <i>Síndrome do Intestino Irritável (SII)</i>	34
1.5. <i>Eventos estressantes de vida, relacionados à RCUI e à SII</i>	43
2. OBJETIVOS	47
2.1. <i>Objetivos Gerais</i>	48
2.2. <i>Objetivos Específicos</i>	48
3. HIPÓTESES FUNDAMENTAIS DO TRABALHO	49
4. PACIENTES E MÉTODOS	51
4.1. <i>Casuística</i>	52
4.2. <i>Crerérios de Seleção</i>	52
4.3. <i>Instrumentos</i>	53
4.4. <i>Plano Piloto</i>	55
4.5. <i>Análise Estatística</i>	55
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1. <i>Análise da distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles, quanto ao sexo, idade e principais características sócio-demográficas</i>	61
5.2. <i>Análise da distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles, quanto aos antecedentes pessoais</i>	70
5.3. <i>Análise da distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles, quanto ao desenvolvimento inicial</i>	74
5.4. <i>Análise da distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles, quanto aos sintomas neuróticos da infância</i>	75
5.5. <i>Análise da distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles, quanto à saúde durante a infância</i>	87
5.6. <i>Análise da distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles, quanto aos dados referentes à escolaridade</i>	90
5.7. <i>Análise da distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles, quanto à vida profissional</i>	94

5.8. <i>Análise da distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles, quanto à tendência e práticas sexuais.....</i>	98
5.9. <i>Análise da distribuição de vinte e três pacientes com RCUI, dezenove com SII e vinte Controles, quanto ao relacionamento conjugal.....</i>	103
5.10. <i>Análise da distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles, quanto aos antecedentes mórbidos nos últimos dez anos.....</i>	107
5.11. <i>Análise da distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles, quanto a sofrerem de insônia.....</i>	116
5.12. <i>Análise das percentagens de respostas positivas, em relação às características de personalidade apresentadas por trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles e apresentação da análise de correspondência aplicada a essas percentagens, para verificar como essas características de personalidade se associam aos três grupos.....</i>	117
5.13. <i>Análise das percentagens de respostas positivas em relação às características de personalidade apresentadas por trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles, divididos quanto ao sexo.....</i>	123
5.14. <i>Análise da distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles, segundo a média de pontos obtidos em cada item da escala de Beck para depressão e segundo a média da pontuação total, obtida pela aplicação da escala. Estudo da representação gráfica da análise de correspondência, aplicada às médias obtidas pela escala de Beck para depressão, para verificar como os três grupos apresentaram maior associação com alguns itens da escala.....</i>	127
5.15. <i>Análise da distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles, segundo a média de pontos obtidos na escala de Beck para depressão, divididos quanto ao sexo.....</i>	132
5.16. <i>Análise da distribuição dos pontos obtidos através da aplicação da escala de Beck para depressão nos trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles, conforme apresentem ou não depressão e segundo tenham depressão moderada ou grave pelos critérios estabelecidos por Matos, Piedrabuena e Karniol.....</i>	135
5.17. <i>Análise da distribuição dos pontos obtidos através da aplicação da escala de Beck para depressão nos trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles, segundo apresentarem ou não depressão e segundo terem depressão moderada ou grave, pelos critérios estabelecidos por Matos, Piedrabuena e Karniol, divididos quanto ao sexo.....</i>	138
5.18. <i>Análise da distribuição das médias de pontos obtidos na aplicação da escala de traços e comportamentos de agressividade de Gayral, nos trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles.....</i>	144
5.19. <i>Análise da distribuição das médias de pontos obtidos na aplicação da escala de traços e comportamentos de agressividade de Gayral, nos trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles, divididos quanto ao sexo.....</i>	149
5.20. <i>Análise dos eventos estressantes, ocorridos antes do desenvolvimento da SII e da RCUI.....</i>	156
5.21. <i>Análise das predisposições a somatizações adquiridas na infância, nos grupos SII e RCUI.....</i>	168
5.22. <i>Análise das conseqüências da SII e da RCUI na vida dos pacientes.....</i>	175

6. CONCLUSÕES.....	184
7. SUMMARY.....	190
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	192
9. ANEXOS.....	212

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição dos números de pacientes que compõem os grupos RCUI, SII e Controle.....	61
TABELA 2: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto à idade.....	61
TABELA 3: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto ao sexo.....	62
TABELA 4: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto à raça.....	63
TABELA 5: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto ao estado civil.....	63
TABELA 6: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto ao nível de escolaridade.....	64
TABELA 7: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto à ocupação.....	65
TABELA 8: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto à naturalidade.....	66
TABELA 9: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto à procedência.....	66
TABELA 10: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto à religião ou crença.....	67
TABELA 11: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto ao parto a termo.....	70
TABELA 12: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto ao parto normal.....	71
TABELA 13: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto ao aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida.....	71
TABELA 14: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto à condição de fragilidade na infância.....	74

<i>TABELA 15: Distribuição dos vinte e um pacientes com RCUI, vinte e oito pacientes com SII e vinte e nove Controles, que recordaram o item encoprese.....</i>	<i>76</i>
<i>TABELA 16: Distribuição dos vinte e nove pacientes com RCUI, vinte e oito pacientes com SII e vinte e oito pacientes Controles, que recordaram o item chupar dedos na infância.....</i>	<i>77</i>
<i>TABELA 17: Distribuição dos trinta pacientes com RCUI, vinte e nove pacientes com SII e vinte e nove Controles, que recordaram o item roer as unhas na infância.....</i>	<i>77</i>
<i>TABELA 18: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, que recordaram o item caprichos alimentares na infância.....</i>	<i>78</i>
<i>TABELA 19: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, vinte e nove pacientes com SII e trinta Controles, que recordaram o item gagueira na infância.....</i>	<i>79</i>
<i>TABELA 20: Distribuição dos trinta pacientes com RCUI, vinte e nove pacientes com SII e trinta Controles, que recordaram o item sonambulismo na infância.....</i>	<i>80</i>
<i>TABELA 21: Distribuição dos trinta pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e vinte e nove Controles, que recordaram o item solilóquio na infância.....</i>	<i>80</i>
<i>TABELA 22: Distribuição dos trinta pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e vinte e nove Controles, que recordaram o item crises de birra na infância.....</i>	<i>81</i>
<i>TABELA 23: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, vinte e oito pacientes com SII e vinte e nove Controles, que recordaram o item enurese noturna na infância.....</i>	<i>82</i>
<i>TABELA 24: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto a terem sido crianças-modelo.....</i>	<i>83</i>
<i>TABELA 25: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, com relação aos estados de medos na infância.....</i>	<i>84</i>
<i>TABELA 26: Distribuição dos trinta pacientes com RCUI, vinte e nove pacientes com SII e vinte e nove Controles, que recordaram o item terror noturno na infância.....</i>	<i>84</i>
<i>TABELA 27: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto às doenças e sintomas na infância.....</i>	<i>87</i>
<i>TABELA 28: Distribuição dos trinta pacientes com RCUI, vinte e oito pacientes com SII e vinte e cinco Controles, quanto às conseqüências das doenças e/ou sintomas físicos da infância no desenvolvimento.....</i>	<i>88</i>
<i>TABELA 29: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e vinte e nove pacientes Controles, quanto à idade de início escolar.....</i>	<i>90</i>
<i>TABELA 30: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, vinte e nove pacientes com SII e vinte e oito Controles, quanto à idade de término escolar</i>	<i>90</i>
<i>TABELA 31: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto ao padrão alcançado na vida escolar.....</i>	<i>91</i>
<i>TABELA 32: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, vinte e nove pacientes com SII e vinte e oito Controles, quanto ao tempo de estudo.....</i>	<i>91</i>

<i>TABELA 33: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto ao relacionamento com colegas na escola.....</i>	<i>91</i>
<i>TABELA 34: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto à idade de início no trabalho.....</i>	<i>94</i>
<i>TABELA 35: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto à trajetória profissional.....</i>	<i>94</i>
<i>TABELA 36: Distribuição dos trinta pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto à satisfação no último emprego.....</i>	<i>95</i>
<i>TABELA 37: Distribuição dos trinta pacientes com RCUI, trinta com SII e trinta Controles, segundo a relação entre trajetória profissional e satisfação no último emprego.....</i>	<i>96</i>
<i>TABELA 38: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto a estarem afastados do trabalho.....</i>	<i>96</i>
<i>TABELA 39: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto ao local onde receberam as primeiras informações sobre sexo.....</i>	<i>98</i>
<i>TABELA 40: Distribuição dos trinta pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto a praticarem a masturbação no momento atual.....</i>	<i>99</i>
<i>TABELA 41: Distribuição dos vinte e seis pacientes com RCUI, vinte e nove pacientes com SII e trinta Controles, quanto à idade de início da prática de masturbação.....</i>	<i>99</i>
<i>TABELA 42: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto à vivência de relações heterossexuais.....</i>	<i>100</i>
<i>TABELA 43: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto a sentirem prazer sexual atualmente.....</i>	<i>100</i>
<i>TABELA 44: Distribuição dos vinte e três pacientes com RCUI, dezenove pacientes com SII e dezenove Controles, quanto à compatibilidade de gênio com o par conjugal.....</i>	<i>103</i>
<i>TABELA 45: Distribuição dos vinte e três pacientes com RCUI, dezenove pacientes com SII e vinte Controles, quanto à ocorrência de brigas frequentes com o par conjugal.....</i>	<i>103</i>
<i>TABELA 46: Distribuição dos vinte e dois pacientes com RCUI, dezessete pacientes com SII e catorze Controles, quanto à associação entre estado civil casado ou amasiado e brigas frequentes.....</i>	<i>104</i>
<i>TABELA 47: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto a terem tido doenças gerais nos últimos dez anos.....</i>	<i>107</i>
<i>TABELA 48: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto à tendência à cirurgias nos últimos dez anos.....</i>	<i>108</i>
<i>TABELA 49: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto a terem sofrido acidentes nos últimos dez anos.....</i>	<i>108</i>
<i>TABELA 50: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto a terem distúrbios emocionais.....</i>	<i>109</i>

<i>TABELA 51: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto a terem ansiedade e/ou depressão.....</i>	110
<i>TABELA 52: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto a terem recebido tratamento psicoterápicos e/ou psicofarmacológicos.....</i>	110
<i>TABELA 53: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, quanto a sofrerem de insônia.....</i>	116
<i>TABELA 54: Distribuição das respostas positivas de características de personalidade apresentadas por trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles.....</i>	117
<i>TABELA 55: Distribuição das respostas positivas de características de personalidade apresentadas por trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, divididos quanto ao sexo.....</i>	123
<i>TABELA 56: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, segundo a média de pontos obtidos em cada item da escala de Beck para depressão.....</i>	127
<i>TABELA 57: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, divididos de acordo com o sexo, segundo a média de pontos obtidos em cada item da escala de Beck para depressão.....</i>	132
<i>TABELA 58: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, 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, Piedrabuena e Karniol.....</i>	135
<i>TABELA 59: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, divididos quanto ao sexo, 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, Piedrabuena e Karniol.....</i>	138
<i>TABELA 60: Distribuição dos trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, segundo as médias de pontos obtidos em cada item da escala de traços e de comportamentos de agressividade de Gayral.....</i>	144
<i>TABELA 61: Distribuição os trinta e um pacientes com RCUI, trinta pacientes com SII e trinta Controles, divididos de acordo com o sexo, segundo a média de pontos obtidos em cada item da escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral.....</i>	149

LISTA DE FIGURAS

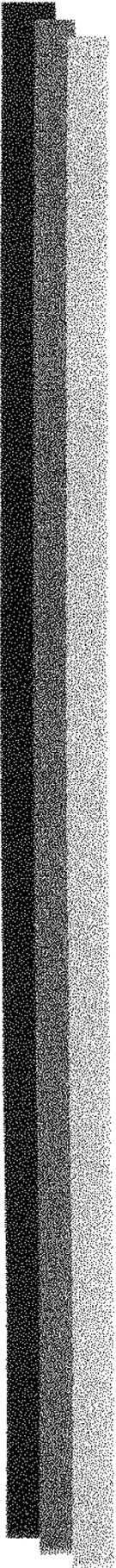
- FIGURA 1: *Representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 54, com exclusão das características de personalidade que apresentaram baixa associação, para verificar como estas características se associaram aos grupos RCUI, SH e Controle.....* 118
- FIGURA 2: *Representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 55, com exclusão das características de personalidade que apresentaram baixa associação, para verificar como estas características se associaram aos três grupos, divididos quanto ao sexo.....* 124
- FIGURA 3: *Representação gráfica da distribuição dos pacientes dos três grupos, segundo a média de pontos obtidos em cada item da escala de Beck para depressão, de acordo com a ordem apresentada na Tabela 56.....* 128
- FIGURA 4: *Representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 56, excluindo os itens: castigo, irritabilidade, interesse pelos outros e auto imagem rebaixada, que não apresentaram maior associação com algum item da escala de Beck para depressão.....* 129
- FIGURA 5: *Representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 57, excluindo os itens de menor associação, para verificar como os três grupos, divididos quanto ao sexo, apresentaram maior associação com algum item da escala de Beck para depressão.....* 133
- FIGURA 6: *Representação gráfica da distribuição dos três grupos (Tabela 58), 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, Piedrabuena e Karniol.....* 136
- FIGURA 7: *Representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 58, para verificar como a ausência e presença de depressão e como a depressão moderada ou grave se associam aos três grupos.....* 136
- FIGURA 8: *Representação gráfica da distribuição dos três grupos (Tabela 59), divididos quanto ao sexo, 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, Piedrabuena e Karniol.....* 139
- FIGURA 9: *Representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 59, para verificar como a ausência e presença da depressão e como a depressão moderada ou grave se associam aos três grupos, divididos quanto ao sexo.....* 140
- FIGURA 10: *Representação gráfica da distribuição dos três grupos, segundo as médias de pontos obtidos em cada item da escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral, de acordo com a Tabela 60.....* 145
- FIGURA 11: *Representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 60, para verificar como os três grupos se associam aos itens da escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral.....* 146
- FIGURA 12: *Representação gráfica do grupo Controle, dividido de acordo com o sexo, segundo as médias de pontos obtidos em cada item da escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral, de acordo com a Tabela 61.....* 150

<i>FIGURA 13: Representação gráfica do grupo RCUL, dividido quanto ao sexo, segundo as médias de pontos obtidos em cada item da escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral, de acordo com a Tabela 61.....</i>	<i>151</i>
<i>FIGURA 14: Representação gráfica do grupo SII, dividido de acordo com o sexo, segundo as médias de pontos obtidos em cada item da escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral, de acordo com a Tabela 61.....</i>	<i>152</i>
<i>FIGURA 15: Representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 61, para verificar como os três grupos, divididos quanto ao sexo, se associaram com os itens da escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral.....</i>	<i>153</i>



Resumo

A Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI) é uma doença inflamatória intestinal, de etiologia desconhecida (MORAES FILHO et al, 1988 & PRADO et al, 1991) e a Síndrome do Intestino Irritável (SII) é uma doença funcional do aparelho digestivo (DROSSMAN et al, 1990), nas quais, distúrbios afetivo-emocionais e/ou eventos estressantes de vida parecem ser relevantes no desencadeamento e na manutenção de suas sintomatologias. O presente trabalho objetivou avaliar a presença de distúrbios emocionais (ansiedade e depressão) e identificar eventos estressantes de vida nos doze meses que antecederam as primeiras manifestações sintomáticas de ambas as doenças. Foram estudados trinta e um pacientes com RCUI, trinta com SII, sendo comparados com um grupo controle de trinta indivíduos sem sintomas gastrintestinais. Os dois primeiros grupos procederam do Ambulatório de Gastroenterologia Clínica e o grupo Controle, do Ambulatório de Oftalmologia, do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Os protocolos foram padronizados para os três grupos, proporcionando maior fidedignidade nas comparações intra e inter grupos. Os pacientes foram contactados através de uma entrevista semi-estruturada, com base no roteiro de histórico de vida (MAYER-GROSS, SLATER, TOTH, 1972), aplicando-se também, as escalas de Beck para depressão (BECK et al, 1961) e de traços e comportamento de agressividade de Gayral (GAYRAL, 1979). Os resultados foram analisados de forma descritiva, com a elaboração de tabelas, gráficos e percentuais de ocorrência das variáveis em estudo e de forma qualitativa com base nos relatos das histórias livres de vida. Os três grupos mostraram-se homogêneos quanto ao sexo e principais características sócio-demográficas. O grupo SII apresentou mais distúrbios afetivo-emocionais, como depressão, ansiedade e somatização do que os grupos RCUI e Controle. O grupo RCUI apresentou maior tendência a introjetar a agressividade e manifestar distúrbios de personalidade do que os grupos SII e Controle. Ambos, SII e RCUI, demonstraram dificuldade de exteriorizar agressividade, quando comparados ao grupo Controle. O grupo RCUI apresentou características de personalidade obsessiva, quando comparado aos grupos SII e Controle. Nos grupos RCUI e SII, identificaram-se eventos estressantes de vida, nos doze meses que antecederam as primeiras manifestações dos sintomas. Foram identificadas, também em ambos os grupos, conseqüências negativas da doença sobre suas vidas.



1. Introdução

A motivação para este trabalho surgiu no final do ano de 1991, momento em que iniciamos estágio junto ao Ambulatório de Distúrbios Funcionais do Aparelho Digestivo, no Hospital das Clínicas, da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, e, principalmente, após um contato maior com a tese de Doutorado, defendida pela Dra. Maria Aparecida Mesquita, em 1991, que estudou os aspectos psicossociais em pacientes com dispepsia não ulcerosa e úlcera duodenal.

Durante o ano de 1992, foi elaborado o Ante-Projeto desta pesquisa, com o apoio e orientação da Dra. Mara Aparecida A.Cabral, seguindo o método elaborado pela mesma, em sua tese de Doutorado, "Estudo Descritivo de Aspectos Psicossociais de Pacientes Acometidos de Artrite Reumatóide, Tratados na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas", em 1985. Ainda em 1992, iniciamos um estágio no Ambulatório de Diarréia, coordenado pela Dra. Adriana Seva Pereira, no qual são atendidos pacientes com os diagnósticos Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI) e Síndrome do Intestino Irritável (SII), objetos deste estudo.

Existem controvérsias, quanto à importância dos aspectos psicossociais, na etiopatogenia da RCUI. Do mesmo modo, os fatores emocionais e sociais parecem desempenhar um papel no desencadeamento dos sintomas da SII.

Nesta introdução, antes de descrever os aspectos gerais da RCUI e da SII, é interessante comentar a respeito do conceito de doenças psicossomáticas, visto que a RCUI foi considerada uma das sete doenças psicossomáticas clássicas (ALEXANDER, 1950).

1.1. PSICOSSOMÁTICA: DA ORIGEM À CONCEPÇÃO ATUAL

Existem controvérsias quanto à definição e uso do termo psicossomática, do ponto de vista teórico-prático, na medicina e áreas de saúde afins. Tem sido criticado em função da etimologia da palavra, que enfatiza uma dicotomia corpo-mente, e direciona para uma causalidade linear: fator emocional como causa da doença orgânica. O termo também não abrange o âmbito sócio-econômico cultural.

PERESTRELLO (1989) enfatizou os pressupostos básicos para a compreensão do homem como um ser holístico, formado pela unidade soma-psiquismo. Dentro da sua concepção de Medicina, denominada "Medicina da Pessoa", priorizou a biografia do indivíduo na estruturação e definição da doença.

PONTES (1987) ampliou o termo psicossomática, incluindo a variável social em sua denominação, utilizando a terminologia Medicina Sociopsicossomática. Este autor, assim como Perestrello, enfatiza uma visão do homem como um ser holístico, ou seja, unidade mente-corpo interagindo com o meio ambiente em que se encontra inserido.

No entanto, em função da consagração do termo psicossomática no meio médico e nas áreas de saúde afins, ainda há, nos tempos atuais, o predomínio de sua utilização.

Por outro lado, através da nova CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DO CÓDIGO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS - CID-10 (1993), poderá haver uma mudança no uso da terminologia. Essa classificação substitui o termo psicossomática pelas categorias: transtornos somatoformes, transtornos alimentares, disfunção sexual e fatores psicológicos ou de comportamento, associados a transtornos ou doenças classificados em outros blocos.

O desenvolvimento da concepção psicossomática abrange dois enfoques teóricos distintos, um derivado do pensamento evolucionista tipo darwiniano, que estuda as relações entre emoções e aspectos fisiológicos, bioquímicos e neuroendócrinos do organismo, e o outro derivado da psicanálise, enfatizando o estudo da estrutura e funcionamento psíquico.

O termo "psicossomática" surgiu com HEINROTH (1818)¹ e enfatiza uma visão dualista do homem. Dentro deste enfoque, as doenças somáticas tinham como fator etiológico os aspectos psicológicos.

¹ HEINROTH apud JEAMMET, P.; REYNAUD, M. & CONSOLI, S. *Manual de Psicologia Médica*, São Paulo: Durban, 1989.

GRODDECK (1932)², um dos precursores da psicossomática, enfatiza o estudo dos aspectos emocionais de pacientes com doenças somáticas, baseado no modelo da conversão histérica, descrito por FREUD (1910). GRODDECK (1932) concebia a doença como um meio ao qual o ser humano recorre para atingir determinados fins. Defendia que as modificações fisiológicas e as formas adotadas pela doença correspondiam a uma intencionalidade expressa no corpo, obedecendo a regras representativas, semelhantes aos atos falhos e à elaboração do sonho. Os sintomas contribuíam para organizar a relação do indivíduo com a realidade externa e com sua própria realidade psíquica.

A concepção generalizada da conversão histérica, para doenças somáticas, defendida por GRODDECK (1932), tem sido criticada por inúmeros autores, porque direciona a um reducionismo psicológico, segundo um modelo linear causa e efeito (RODRIGUES & RODRIGUES, 1991).

Freud contribuiu significativamente para a concepção psicossomática, ao estudar os mecanismos da conversão histérica. FREUD (1910) sugeriu haver outros mecanismos, além da conversão, através dos quais, atitudes inconscientes poderiam alterar funções orgânicas, sem um significado psíquico definido. A partir daí, surgiram teorias e especulações sobre doenças psicossomáticas, diferenciando-se dos transtornos conversivos.

O estudo do fenômeno psicossomático foi retomado e desenvolvido por um grupo de psicanalistas americanos, entre os quais ALEXANDER (1950), DUNBAR (1950) e outros representantes da Escola de Chicago.

ALEXANDER (1950) foi também um dos precursores do movimento ao estudar sete doenças classificadas como psicossomáticas: hipertensão arterial essencial, artrite reumatóide, hipertiroidismo, úlcera péptica, colite ulcerativa, asma brônquica e neurodermite. Este autor desenvolveu sua concepção psicossomática a partir dos trabalhos de DUNBAR (1950), que descreveu perfis de personalidade associados a doenças específicas.

² GRODDECK apud EPINAY, M.L. - GRODDECK: a doença como linguagem. Campinas: Papyrus, 1988.

ALEXANDER (1950) diferenciou as afecções relacionadas a uma hiperatividade do sistema simpático, implicado nas reações motoras de luta e fuga, e as que seriam relacionadas a uma hiperatividade do parassimpático, envolvido nos estudos de repouso motor. Essa classificação denotou dois tipos diferentes de estilos de vida e características psicológicas de doentes: um grupo de pacientes com tendências ativas, como sendo independentes, hiperativos e combativos e o outro, com indivíduos de tendências passivas, mais dependentes e voltados para o aspecto afetivo-emocional. Entre as sete doenças psicossomáticas descritas pelo autor, a hipertensão arterial essencial e o hipertiroidismo estariam dentro da primeira categoria e a úlcera duodenal e asma, na segunda.

ALEXANDER (1950) e DUNBAR (1950) defendem o pressuposto de que as mudanças na estrutura e função orgânicas, que caracterizam determinadas afecções, desenvolvem-se em decorrência de variações fisiológicas, desencadeadas por emoções crônicas reprimidas, associadas, por sua vez, aos conflitos inconscientes não resolvidos. Procuraram os autores, no primeiro momento, diferenciar os quadros orgânicos, desencadeados pelo mecanismo de conversão histórica, daqueles que são provocados por processos de somatização. Utilizaram a denominação de "neurose vegetativa" ou "organoneurose", para definir as doenças psicossomáticas.

Embora ALEXANDER (1950) e DUNBAR (1950) tenham diferenciado os sintomas de conversão histórica dos quadros de "organoneurose", consideravam ambos os quadros como sendo de origem psicogênica, causados por repressão crônica ou tensão emocional. Acreditavam que os conflitos intrapsíquicos se manifestavam a nível fisiológico das funções viscerais, correspondentes às necessidades vitais.

ALEXANDER (1950) enfatizava a concepção de multicausalidade da doença, ou seja, os conflitos intrapsíquicos são reativados por eventos de vida estressantes, que poderão desencadear um quadro orgânico patológico, somente na presença de uma vulnerabilidade do sistema constitucional, o que denominou de Fator X. Assim, houve a preocupação de explicar o surgimento da doença através de uma teoria multifatorial, na qual, tanto fatores psicológicos quanto orgânicos são considerados como causas necessárias, mas não únicas, havendo interdependência desses fatores.

Os trabalhos de ALEXANDER (1950) e DUNBAR (1950) foram criticados, pois não puderam explicar a origem dos traços ou perfis de personalidade, associados com as doenças orgânicas específicas.

PONTES (1987), a partir dos trabalhos de ALEXANDER (1950) desenvolveu pressupostos teóricos e diretrizes práticas, justificando a denominação "medicina sociopsicossomática".

Segundo PONTES (1987), o conflito interno ou intrapsíquico é responsável pela disfunção dos processos mentais, que propiciam a doença em nível mental afetivo, e geram, concomitantemente, a disfunção ao nível do soma, perturbando a atividade dos órgãos e sistemas. PONTES (1987) enfatiza, assim como GRODDECK (1932) o fizera, que não há doença apenas psíquica ou apenas somática.

PONTES & CAMPOS (1993) formularam a hipótese de que o transtorno funcional primitivo é o conflito intrapsíquico. Deste se originam, não só as chamadas manifestações neuróticas (sintomas dos processos mentais), mas também as do sistema físico ou somático. Estes últimos podem ser apenas funcionais e, quando persistentes, repetidos ou intensos, alteram a vida celular e chegam ao grau de lesão anatômica. Assim, acreditam que a doença somática, já instalada, seria, na maioria dos pacientes, período avançado da mesma, precedido de distúrbios afetivos e funcionais.

A partir de 1947, psicanalistas franceses enfatizaram o estudo de doenças crônicas. Através da iniciativa de MARTY (1993), fundaram a Escola Psicossomática de Paris.

MARTY (1993) determina novas hipóteses para o estudo de pacientes orgânicos e amplia a concepção da psicossomática através da tese de que "o homem é psicossomático por definição". Neste enfoque, prioriza estudar o dinamismo de diferentes tipos de personalidade dos pacientes somáticos, o dinamismo das diversas espécies de doenças somáticas e a inter-relação entre ambos.

Esta visão ultrapassa a compreensão dos psicanalistas americanos como: ALEXANDER (1950) e DUNBAR (1950), que restringiam as doenças psicossomáticas àquelas em que existia uma repetição relativa de perfis psicológicos, em pacientes portadores de doenças orgânicas específicas.

O avanço da Escola Psicossomática de Paris foi estudar os pacientes somáticos, segundo o pressuposto de que apresentam um funcionamento atípico do aparelho psíquico, diferente da construção e do funcionamento do aparelho dos pacientes rotulados como neuróticos.

MARTY, MUZAN, DAVID (1967) desenvolveram o conceito de "Pensamento Operatório", para caracterizar a estrutura e funcionamento do aparelho psíquico de pacientes que mais se predispõem à somatização. Com base nesta descrição, dois americanos, SIFNEOS (1973) e NEMIACH (1977), criaram o conceito de "alexitimia". Esta palavra é de origem grega e significa: a = falta; lexis= palavra e thimo= emoção, isto é, "sem palavras para a emoção".

Segundo TAYLOR (1987) e McDOUGALL (1982), o indivíduo alexitímico apresenta uma forma peculiar para lidar com os eventos estressantes, ou seja, diante dos mesmos, não desenvolve sintomas neuróticos. Tende a não reprimir as idéias perturbadoras e os afetos dolorosos e sim, excluí-los da psique. Revela dificuldade para simbolizar conflitos instintivos e fantasias, conseqüentemente, a energia instintiva acaba afetando diretamente o corpo. Apresenta maior propensão a apresentar enfermidades físicas e alterações estruturais.

O conceito de "Pensamento Operatório" refere-se a um pensamento consciente, com carência funcional de atividades fantasmáticas (representativas) e de conteúdos oníricos. Encontra-se orientado para a realidade, preocupado com a causalidade, estando ligado a coisas e não a conceitos abstratos. Sugere um processo de investimento a nível arcaico, com tendência a desenvolver perturbações somáticas (MARTY, 1993).

Outro conceito desenvolvido pela Escola de Psicossomática de Paris, foi a de "depressão essencial" (MARTY, 1966). Refere-se à depressão sem objeto, sem auto-acusação e culpabilidade consciente. O sentimento de desvalorização pessoal e de ferida narcísica orienta-se para a esfera somática. Este quadro parece estar associado a uma precariedade do trabalho mental e desenvolvido quando acontecimentos traumáticos desorganizam algumas funções psíquicas, cujas capacidades de elaboração transbordam.

Um terceiro conceito desenvolvido foi o de "desorganização progressiva" que se refere à destruição da organização libidinal de um indivíduo, acarretando geralmente, um processo de somatização (MARTY, 1967).

MARTY (1993) identifica o pré-consciente como "peça central da economia psicossomática". O conceito de pré-consciente, desenvolvido por FREUD (1915), está ligado ao inconsciente, mas se distingue dele, à medida que seus conteúdos são acessíveis à consciência e ambos estão separados por um sistema de censura. O pré-consciente é considerado como relevante para o desenvolvimento do processo de somatização, porque, quanto mais estiver dotado de representações permanentemente ligadas entre si, mais a doença poderá desenvolver-se a nível mental e quanto menos dotado de representações, mais a doença se desenvolverá a nível somático.

MARTY (1993) acredita que a capacidade de adaptação do indivíduo às suas condições de vida enquadra-se em três domínios essenciais: o aparelho somático, o aparelho mental e os comportamentos. Dentro desta concepção, se o organismo, ao defrontar com uma nova situação, não conseguir readaptar-se através dos sistemas do aparelho mental e de comportamento, haverá maior probabilidade de emitir resposta através do aparelho somático. Quando a capacidade de adaptação do organismo não conseguir alcançar seu objetivo, perante um evento estressante, este último é considerado como traumático.

MARTY (1993), observou, através de suas experiências clínicas, que os pacientes portadores de afecções psicossomáticas, apresentavam comportamentos semelhantes, durante a entrevista, ou seja, descreviam detalhadamente seus sintomas físicos e priorizavam relatar dados concretos de sua vida, sem conotação afetiva, numa ordem

racional e seqüencial. Após essa exposição, permaneciam calados. Denominaram esse tipo de relação com o entrevistador, desprovido de qualquer afetividade, de "relação branca".

Segundo SILVA & CALDERA (1992), os portadores do pensamento operatório possuem um mundo interno pobre e, conseqüentemente, investem intensamente na realidade externa, da qual podem ser dependentes ou à qual estejam "hiperadaptados". Assim sendo, quando sofrem problemas "existenciais", tendem a intensificar o investimento no trabalho, para que este venha a ocupar o lugar do objeto interno (mãe).

McDOUGALL (1986,1991) chama esses pacientes de "normopatas", sendo "des-afetados" e, assim, a relação interpessoal torna-se operatória e pragmática.

KRISTAL (1973) enfatiza que esses pacientes apresentam também uma dificuldade de viver emoções prazerosas. Acredita que o adulto alexitímico funcione num nível primitivo de psiquismo, como se fosse uma criança ainda no estágio pré-verbal, expressando seus afetos através do corpo.

Acredita-se que a própria família do alexitímico seja também portadora das mesmas características, isto é, os pais criticam ou deixam dúvida quanto ao afeto da criança; às vezes, até lhe indicam o que deve ou não deve sentir. A criança acaba confundindo, não sabendo o que pode ou não sentir, prejudicando o desenvolvimento e amadurecimento afetivo-emocional (SILVA & CALDEIRA, 1992).

SIFNEOS, APEEL-SAVITZ, FRANKEL (1972) levantaram a hipótese de que os pacientes psicossomáticos teriam uma "predisposição biológica" em dois níveis, sendo:

- 1º: Central-neurológico: defeito neurofísico ou neuroquímico no sistema límbico, gerador das emoções;
- 2º: Periférico-visceral: alterações hormonais ou funcionais, sem as quais estes estados psicossomáticos não apareceriam.

Para McDOUGALL (1986), esses pacientes possuem uma estrutura psíquica semelhante à estrutura psicótica, com uma diferença essencial de que, na psicose, o pensamento é delirante e, no distúrbio psicossomático, é o corpo que delira.

McDOUGALL (1986) descreve que "o afeto suprimido não recebe compensação, não deixando atrás de si, na mente, mais que um branco e corre o risco de seguir seu curso, como um efeito puramente somático, abrindo caminho para a "desorganização psicossomática". A autora acredita que esse momento é defensivo contra o surgimento de ansiedades psicóticas ligadas ao perigo de perda da identidade, perda dos limites do corpo e erupção de afetos sem controle (explosão afetiva).

OSÓRIO (1993) defende a hipótese central de que soma e psique são como duas linguagens a expressar, simultaneamente, o mesmo fenômeno vital, sendo portanto, intertraduzíveis. Este autor denomina de "processo vital" toda a perturbação presente no organismo, sendo expressa simultaneamente num plano somático e em outro psíquico. Acredita que todo processo vital é psicossomático.

OSÓRIO (1993), retoma pressupostos defendidos por GRODDECK (1932), que considera a doença como uma forma de linguagem. Enfatiza que há uma equivalência, simultaneidade e sinergismo entre as manifestações somáticas e psíquicas. Defende a possibilidade da leitura simbólica dos sintomas, considerado o símbolo como elo ou ligação entre o psiquismo e o somático, que propicia o (re)conhecimento da unidade iminente à condição humana do indivíduo. Busca, assim, explicar o fenômeno psicossomático, fora do referencial etiológico das ciências naturais.

OSÓRIO (1993) analisa os conceitos de pensamento operatório e de alexitimia, desenvolvidos por MARTY et al (1993) e NEMIAH (1977) e SIFNEOS (1973), respectivamente. OSÓRIO (1993) refuta a tese de que um déficit ou falha, na função simbólica, desencadeia o fator somatizante nos pacientes psicossomáticos, porque as somatizações também são frequentes em indivíduos que têm a função simbólica preservada. Assim, acredita que esta constatação do dinamismo psíquico, característico de tais pacientes, defendido pela Escola Psicossomática de Paris, não esgota a discussão da questão simbólica como vértice compreensivo dos fenômenos psicossomáticos.

OSÓRIO (1993) acredita que, nas enfermidades ditas psicossomáticas, o canal de expressão psíquica parece estar parcialmente bloqueado e as mensagens acabam sendo transmitidas pela expressão somática. Associa esta falha no sistema de transmissão psíquica ao déficit simbólico descrito pela Escola Psicossomática de Paris.

Simultaneamente ao estudo dos psicanalistas americanos e franceses, outros pesquisadores desenvolveram linhas de pesquisas e experimentações laboratoriais e clínicas, visando compreender a relação entre as emoções e o surgimento e evolução das doenças.

No século passado, através de estudos voltados aos aspectos fisiológicos, bioquímicos e neuroendócrinos do organismo, BERNARD (1927) desenvolveu o conceito de homeostase. Este termo foi adotado para a tendência do organismo restabelecer, em caso de desequilíbrio, a constância do meio interior.

CANNOM & BRITTON (1925), desenvolveram estudos que demonstraram os efeitos das emoções, provocando alterações fisiológicas através das vias córtico-talâmicas e nervosas autonômicas, repercutindo na homeostase do organismo. Defenderam a idéia de que o indivíduo, frente a uma situação de perigo eminente, sente-se ameaçado e entra em estado de alerta que, por sua vez, prepara-o para lutar contra essa situação ameaçadora ou fugir dela.

SELYE (1957, 1965), com base nos estudos de CANNOM & BRITTON (1925), demonstrou que o organismo, quando exposto a algum esforço, desencadeado por um estímulo percebido como ameaçador à homeostase, podendo ser de natureza física, química, biológica ou psicossocial, apresenta a tendência de responder, de maneira uniforme, provocando alterações fisiológicas comuns. A esse conjunto de alterações fisiológicas denominou "Síndrome Geral de Adaptação" e desenvolveu a teoria do estresse.

SELYE (1957, 1965) utilizou o termo estresse para conceituar um conjunto de reações e estímulos inespecíficos, que o organismo desenvolve em resposta à adaptação a um acontecimento bom ou ruim. Toda adaptação a uma nova situação exige um esforço orgânico, independentemente de sua natureza física ou emocional. Desta forma, o

mecanismo do processo de estresse não distingue o estressor, se de origem física ou emocional, e prepara o organismo como se fosse para uma luta física.

A "Síndrome Geral de Adaptação" descrita por SELYE (1957, 1965) apresenta três fases progressivas: alerta ou alarme, adaptação ou resistência e, por fim, uma fase de exaustão ou esgotamento. A maneira pela qual essas fases se manifestam vão depender da "capacidade de adaptação" peculiar a cada organismo. A primeira fase, denominada de alerta, é desencadeada pela percepção do evento estressor e prepara o organismo para lutar e fugir. Nesta fase, ocorre a estimulação do sistema nervoso simpático, provocando hiperventilação, taquicardia e aumento na pressão arterial. A segunda, de resistência, ocorre se o agressor ou estressor mantém-se presente por um longo período ou quando apresenta uma dimensão muito grande. Nesta fase, o organismo tenta adaptar-se, utilizando as reservas de energia adaptativa que possui e sendo esta suficiente para a volta ao equilíbrio, os sintomas da fase de alerta ao estresse desaparecem. Entretanto, se o estressor permanecer, as reservas de energia adaptativa também cessarão. Finalmente, a última fase, de exaustão, ocorre quando o estresse já se tornou muito intenso e esgotou as reservas de energia adaptativa do organismo. Está comumente associada a uma série de doenças, como hipertensão arterial, psoríase, úlceras, gengivites, depressão, ansiedade, problemas sexuais, infarto, etc (LIPP et al, 1990).

Desta forma, após a fase de exaustão, poderá surgir, como consequência, uma maior predisposição ao desenvolvimento da doença ou mesmo a própria enfermidade, denominada como "doença de adaptação". Dentro desta categoria, enquadram-se as doenças ditas psicossomáticas: úlcera péptica, hipertensão arterial, artrites, retocolite ulcerativa, entre outras (LIPP et al, 1990).

WOLFF (1950) contribuiu para uma melhor compreensão da relação ente as manifestações fisiológicas e psicológicas, elaborando o conceito de estresse psicológico e incluindo os eventos de vida estressantes como fator importante no desenvolvimento de doenças. Este autor demonstra que o organismo responde às ameaças simbólicas decorrentes da interação social, assim como às ameaças reais.

JACOBS, SPILKEN, MARTIMNORMAN (1969) verificaram em seu estudo que, durante um período de epidemia, o desenvolvimento da doença parece obedecer a um processo seletivo, ou seja, alguns indivíduos parecem ter maior predisposição do que outros e que provavelmente, o fator que a determina pode ser independente de fatores ambientais naturais. A maior ou menor resistência ao desenvolvimento da doença estaria ligada a fatores como hereditariedade e reação de enfrentamento do indivíduo a situações estressantes. Assim, a doença também tem como fator determinante a maneira como o indivíduo enfrenta uma situação de crise e a sua capacidade de adaptação a ela.

MELLO FILHO et al (1992) enfoca que as doenças psicossomáticas são multifatoriais, necessitando, para o seu desenvolvimento, de uma predisposição orgânica, determinada geneticamente, tendo o estresse e os fatores psicossociais um papel importante no desencadeamento, evolução e agravamento da doença. Este autor enfatiza que, no fenômeno psicossomático, há uma situação de perda ou equivalente, ou uma representação imaginária ligada a uma cena de perda, havendo uma supressão do afeto pela impossibilidade de vivenciá-lo, e uma clivagem do ego, que permitiria a coexistência com outras defesas e estruturas de articulação da pulsão.

TAYLOR (1987) citou o papel da Medicina Comportamental no tratamento de pacientes acometidos de doenças orgânicas, utilizando técnicas de remanejamento de estresse, reestruturação cognitiva, relaxamento e "biofeedback".

SCHARTZ & WEISS (1978) definiram Medicina Comportamental como "um corpo interdisciplinar preocupado com o desenvolvimento e a integração dos conhecimentos e técnicas das ciências médicas e comportamentais, relevantes para a saúde e doença e a aplicação dos mesmos para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação".

KELLNER (1991) refere que experiências durante a infância podem ser detectadas como fatores de predisposição, enquanto que os eventos da vida adulta podem contribuir para a precipitação de sintomas, assim como sua manutenção.

APLEY, KEITH, MEADONW (1978), também sustentam a tese de que sintomas apresentados na infância são, freqüentemente, uma imitação de sintomas manifestos em membros da família.

Segundo WHITEHEAD et al (1982), estudos retrospectivos sugerem que somatização, no adulto, e atenção hipocondríaca, nas sensações corporais, podem estar associadas à excessiva atenção dos pais aos sintomas apresentados durante a infância.

BOHMAN & CLONINER (1984) demonstram que existem estudos defendendo a hipótese de que estresses vivenciados precocemente em ambiente familiar, como pais alcoólatras, são geralmente associados à somatização, na idade adulta.

Segundo KELLNER & SCHNEIDER-BRAUS (1988), estudos revelam que dor pélvica e sintomas funcionais abdominais são mais comuns em mulheres que foram vítimas de abuso sexual na infância.

Estudos epidemiológicos demonstraram o papel patogênico de situações de perdas, como morte ou ameaças de morte, separação, ruptura sentimental, perda de emprego, aposentadoria e períodos de "crise existencial", na origem de diversas afecções somáticas e como fator de agravamento de doenças crônicas, tipicamente orgânicas, ultrapassando a visão específica de doenças ditas psicossomáticas. (JEAMMET, REYNAUD, CONSOLI, 1989).

Estes estudos epidemiológicos revelam que não é a natureza do evento estressor (perda de emprego, morte, ou outros), o fator de risco para o desenvolvimento ou agravamento de uma doença, mas sim, a capacidade de adaptação ou de enfrentamento do indivíduo, no momento em que o estressor age.

É importante salientar que, nos trabalhos sobre doenças "ditas psicossomáticas", dois campos são freqüentemente confundidos, segundo JEAMMET et al (1989): o das manifestações funcionais, sem alteração orgânica subjacente, e o das lesões anatomoclínicas, que englobam as doenças psicossomáticas propriamente ditas. As manifestações funcionais correspondem às alterações das funções do organismo, podendo ocorrer em indivíduos com estruturas "operatórias", definidas por MARTY et al (1967), aparentemente pobres em

fantasias, ou em indivíduos com estruturas históricas, como foram descritas inicialmente por FREUD (1915). As doenças que apresentam lesões orgânicas englobam, desde mudanças na função e na estrutura, até o desenvolvimento de lesões, havendo maior dificuldade de encontrar-se uma simbolização na formação dos sintomas, mas com possibilidade da presença de eventos estressantes, como situações de perdas, antes da eclosão e manutenção da doença.

No entanto, deve haver uma diferenciação entre as doenças ou alterações funcionais, nas quais não há evidências de alterações morfológicas ou estruturais, e as doenças ditas "psicossomáticas", que apresentam tais alterações.

Segundo a CID-10 (1993), o grupo de doenças ou alterações funcionais enquadram-se na categoria de transtornos somatoformes (F45), tendo como característica principal a apresentação repetida de sintomas físicos, juntamente com solicitações persistentes de investigações médicas, apesar de repetidos achados negativos e de confirmação médica da ausência de um quadro orgânico de base. Dentro dessa categoria mais ampla, enquadram-se as seguintes subcategorias: Transtorno de Somatização (F45.0); Transtorno Somatoforme Indiferenciado (F45.1); Transtorno Hipocondríaco (F45.2); Disfunção Autonômica Somatoforme (F45.3); Transtorno Doloroso Somatoforme Persistente (F45.4), outros Transtornos Somatoformes (F45.8) e Transtornos Somatoformes não Especificados (F45.9).

A Síndrome do Intestino Irritável foi incluída dentro da categoria Disfunção Autonômica Somatoforme (F45.3), que apresenta como principais características: a) os sintomas são revelados pelo paciente como se fossem decorrentes de transtorno físico de um sistema ou órgão, que se encontra sob inervação e controle autonômico; b) os sintomas não indicam um transtorno físico do órgão ou sistema envolvido, os pacientes referem queixas subjetivas inespecíficas e acreditam que a causa do transtorno está no órgão ou sistema, em particular.

O grupo de doenças ditas "psicossomáticas", enquadra-se, segundo a CID-10 (1993), na categoria: Fatores Psicológicos e de Comportamento Associados a Transtornos ou Doenças Classificadas em Outros Locais (F54-). Apresenta como principal característica

a presença de influências psicológicas ou de comportamento, como um fator relevante na etiologia de transtornos físicos, que podem ser classificados em outros blocos da CID-10 (1993). A Retocolite Ulcerativa Inespecífica, enquadra-se nesta classificação.

Apesar das controvérsias existentes, desde o seu surgimento até o momento atual, cada vez mais a medicina psicossomática vem fortalecendo-se, objetivando o estudo das relações mente-corpo e desenvolvendo, como proposta de atuação, uma assistência integral, voltada para a pessoa do doente, que é compreendido como um ser biopsicossocial.

O enfoque atual da psicossomática, segundo MELLO FILHO (1992), enfatiza a importância do social e prioriza o trabalho interdisciplinar, estimulando uma atividade de interação e de interconexão, entre profissionais de várias especialidades.

Embora não exista, no momento, uma teoria unificadora sobre psicossomática, o modelo holístico, que compreende uma visão de mundo, ecológica e abrangente, onde o universo é visto como um sistema vivo e interconectado, parece servir de suporte para os conceitos mais recentes.

Segundo LIPOWSKI (1977), psicossomática "é um termo que se refere à inseparabilidade e interdependência dos aspectos psicológicos e biológicos da humanidade. Essa conotação pode ser chamada de holística, na medida em que ela implica uma visão do ser humano como uma totalidade, um complexo mente-corpo, imerso num ambiente social".

O recente uso do termo psicossomática deve ser utilizado para o reconhecimento de uma interdependência entre mente e corpo, em todos os estágios de doença e saúde. Seria muito simples considerar que há doença exclusivamente psicológica ou eminentemente orgânica. Existe, assim, uma multiplicidade de fatores na abreviação de qualquer fenômeno. Toda doença é vista como "psicossomática", enquanto envolve uma inter-relação contínua entre corpo e mente, em todo o seu desenvolvimento, desde sua origem até sua cura.

O estudo da relação psique-corpo e da influência das experiências emocionais, personalidade e estilo de vida, sobre a saúde, é realizado desde tempos remotos. A relação desses fatores com suscetibilidade à doença e sua evolução encontra-se ainda em

controvérsia. Assim, não existe um conceito teórico único, que subsidie as pesquisas, na área de psicossomática, até o momento atual.

1.2. RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E SOMATIZAÇÃO, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10

A CID-10 (1993) não utiliza o termo "Psicossomático" porque seu uso poderia implicar em que fatores psicológicos não exercem um papel na ocorrência, curso e evolução de outras doenças, que não recebem essa denominação.

Os transtornos chamados de psicossomáticos em classificações anteriores, são encontrados em Transtornos Somatoformes F45, Transtornos Alimentares F50, Disfunção Sexual F52 e Fatores Psicológicos ou de Comportamento, associados a transtornos ou doenças classificados em outros blocos F54.

O termo "transtorno" é usado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos, clinicamente reconhecíveis, associados, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais.

Os Transtornos Somatoformes F45 têm como aspecto principal a apresentação repetida de sintomas físicos, sem um componente orgânico em sua gênese. O início e a manutenção dos sintomas podem apresentar uma relação íntima com eventos de vida estressantes ou com dificuldades ou conflitos, mas o paciente tende a não fazer essa relação. Nesses transtornos aparece, muitas vezes, um comportamento histriônico (chamar atenção), principalmente naqueles pacientes, frustrados por não encontrarem um componente orgânico na etiologia da doença e por solicitarem insistentemente, mais exames clínicos.

Na categoria Transtornos Somatoformes, há as subcategorias: Transtornos de Somatização F45.0; Transtorno Somatoforme Indiferenciado F45.1; Transtorno Hipocondríaco F45.2; Disfunção Autonômica Somatoforme F45.3; Transtorno Doloroso

Somatoforme Persistente F45.4; Outros Transtornos Somatoformes F45.8 e Transtorno Somatoforme não Especificado F45.9.

O diagnóstico diferencial entre Transtorno de Somatização e Transtorno Hipocondríaco revela-se importante. Nos transtornos de Somatização, a ênfase está nos sintomas em si e em seus efeitos individuais e, no Transtorno Hipocondríaco, a preocupação persistente é dirigida à presença de um processo mórbido subjacente, sério e progressivo, e às suas conseqüências incapacitantes.

Nos Transtornos Somatoformes F45, depressão e ansiedade estão geralmente presentes e, muitas vezes, podem justificar tratamento específico.

Estudos epidemiológicos demonstram que a ansiedade e depressão são freqüentemente acompanhadas por somatizações transitórias ou persistentes (LIPOWSKI, 1966; FORD, 1986; SMITH, MONSON, RAY, 1986; BARSKY & KLERMAN, 1993).

O paciente com transtorno somatoforme tende a não considerar-se deprimido ou ansioso ou, afirma que qualquer distúrbio emocional, que venha a apresentar, é conseqüência e não causa de seu sofrimento físico.

A depressão classificada como Episódio Depressivo F32, na CID-10, tem como principais sintomas: humor depressivo; perda de interesse e de prazer; energia reduzida, levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída; também concentração, atenção, auto-estima e auto-confiança reduzidas; idéias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro; idéias ou atos autolesivos ou suicídio; sono perturbado e apetite diminuído. Os episódios depressivos são classificados em três graus de gravidade: Leve (F32.0), Moderado (F32.1) e Grave (F32.2 e F32.3). Estas categorias devem ser usadas somente para um episódio depressivo único, classificando-se os depressivos posteriores como Transtorno Depressivo Recorrente (F33). Este último é caracterizado por períodos repetidos de depressão, sem qualquer história de episódios de elevação do humor e hiperatividade, que preencham os critérios para mania (F30.1 e F30.2).

Os Transtornos de Ansiedade, na CID-10, estão presentes nas categorias maiores: Transtornos Fóbico-Ansiosos (F40), outros Transtornos de Ansiedade (F41) e Transtornos Obsessivo-Compulsivos (F42).

A ansiedade se caracteriza como um medo ou apreensão excessivos e injustificados, podendo variar, desde uma preocupação exagerada até o pânico, e manifestar-se a qualquer momento ou, exclusivamente, em situações específicas. Pode ser acompanhada por sintomas físicos como depressão, palpitação, dores no peito, parestesias, tremores, fadiga, transpiração excessiva, tonturas e fraqueza (EY, BERNARD, BRISSET, 1975; KAPLAN, 1984).

Nos Transtornos Fóbico-Ansiosos, a ansiedade é evocada por certas situações ou objetos (externos ao indivíduo) bem definidos, os quais não são correntemente perigosos. A ansiedade fóbica é subjetiva, psicológica e comportamentalmente indistinguível de outros tipos, podendo variar em gravidade, desde leve desconforto, até terror. Frequentemente, coexiste com a depressão.

Em Outros Transtornos de Ansiedade, os sintomas principais são as manifestações de ansiedade que não estão restritas a qualquer situação ambiental em particular. Sintomas depressivos e obsessivos e alguns elementos da ansiedade fóbica podem também estar presentes, desde que sejam secundários ou menos graves.

O Transtorno Obsessivo-compulsivo, tem como característica principal a presença de pensamentos obsessivos ou atos compulsivos recorrentes. Pensamentos obsessivos são idéias, imagens ou impulsos que entram na mente do indivíduo, repetidamente, de forma estereotipada. São angustiantes e o paciente tenta resistir a eles, sem sucesso. Atos ou rituais compulsivos são comportamentos estereotipados, que se repetem muitas vezes. São geralmente desagradáveis e o paciente os executa como uma forma de prevenção de algum evento, objetivamente improvável. São percebidos, pelo indivíduo, como ineficazes. Sintomas autonômicos de ansiedade estão muitas vezes presentes e há uma relação entre sintomas obsessivos e depressão.

O Transtorno Somatoforme encontra-se claramente distinto dos Transtornos Dissociativos ou Conversivos. Esses transtornos foram classificados como "histeria de conversão", mas, atualmente, evita-se o uso do termo "histeria", em virtude da variedade de significados que apresenta. A principal característica é a perda, parcial ou completa, da integração normal entre as memórias do passado, consciência de identidade e sensações imediatas e controle dos movimentos corporais. Há, na maioria dos casos, um controle consciente sobre as memórias e sensações que podem ser selecionadas para a atenção imediata e sobre os movimentos que podem ser realizados. Estes transtornos são provavelmente de origem psicogênica e estão associados, no tempo, a eventos traumáticos, a problemas complexos e sem solução ou a relacionamentos perturbados. "Motivação inconsciente" ou "ganho secundário" não se incluem entre as diretrizes ou critérios para o diagnóstico. O termo "conversão" pode ser aplicado a alguns desses transtornos e significa que o afeto desprazeroso, produzido pelos problemas e conflitos, que o indivíduo não conseguiu administrar, acaba sendo transformado em sintomas físicos. Indivíduos com transtornos dissociativos podem apresentar uma notável negação de problemas e dificuldades, que podem ser facilmente identificados pelos outros. Parece que tendem a reconhecer problemas e atribuí-los a sintomas dissociativos. Não há evidência de transtorno físico que possa explicar os sintomas e é fundamental a presença de uma causação psicológica, na forma de clara associação, no tempo, a acontecimentos e problemas estressantes ou relacionamentos perturbados, mesmo quando negados pelo indivíduo.

Outro bloco da CID-10, que merece ser destacado, é a Reação a Estresse Grave e Transtornos de Ajustamento F43. Nesta categoria, os transtornos não são identificados somente com base em sintomatologia e curso, mas também são influenciados por um evento de vida excepcionalmente estressante, que produz uma reação aguda de estresse ou uma mudança significativa de vida, levando a circunstâncias desagradáveis contínuas que resultam em um transtorno de ajustamento. Supõe-se que estes transtornos surgem, sempre, como uma consequência direta de grave estresse agudo ou de trauma persistente. Assim, o evento estressante é fator causal primário e determinante e o transtorno não teria ocorrido sem seu impacto. Estes transtornos podem ser considerados como respostas mal-adaptadas

a estresse grave ou continuado, porque interferem como mecanismos de adaptação bem sucedidos e, assim, levam a problemas no funcionamento social.

1.3. RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA (RCUI)

A retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) foi descrita, inicialmente, por WILKS & MOXON (1875)³, que estudaram as alterações do intestino grosso, em pacientes que faleceram em consequência de diarreia crônica, sem fator etiológico conhecido.

A RCUI pode ser conceituada como uma doença inflamatória crônica da mucosa do cólon, de etiologia desconhecida. As manifestações clínicas são extremamente variadas, podendo apresentar desde um único episódio auto-limitado, de gravidade variável, até doença crônica, com exacerbações intermitentes, em intervalos imprevisíveis. Caracteriza-se por diarreia crônica, podendo apresentar muco, sangue e/ou pus (MORAES FILHO & BETTARELLO, 1988; PRADO, RAMOS, VALLE, 1991).

A RCUI tem maior incidência na faixa etária de 20 a 40 anos, sendo mais freqüente no sexo feminino e, de preferência, nos indivíduos de raça branca, em especial os judeus. Estudos mais recentes questionam esse dado epidemiológico e demonstram haver uma incidência semelhante em ambos os sexos (FARMER, 1990). Nos últimos trinta anos, tem-se verificado o aumento da incidência da doença na infância (BOCKUS, 1966).

A etiologia da RCUI é desconhecida. Diversas teorias foram propostas, incluindo-se as genéticas, infecciosas, psicossomáticas e imunológicas. No entanto, até os dias atuais, nenhuma foi efetivamente comprovada (BOCKUS, 1966; CELLO & MEYER, 1981; MORAES FILHO & BETTARELLO, 1988).

Os maiores inconvenientes na investigação desta enfermidade decorrem, principalmente, da falta de presença espontânea em outros animais, e na impossibilidade da reprodução convincente nos de experimentação. A presença de remissões espontâneas

³WILKS & MOXON apud CELLO, J.P. & MEYER, J.H. - Colite Ulcerativa. In: SLEISENGER, M.H. & FORDTRAN, J.S. - Tratado de Gastroenterologia, 12ª edição, Rio de Janeiro: Interamericana, 2:1342-1384, 1981.

inexplicáveis contribuí, também, para o fracasso experimental na investigação clínica (BOCKUS, 1966).

Uma visão recente da etiopatogênese da RCUI é de que a doença seja causada por uma regulação deficiente da resposta da mucosa a um antígeno ou grupo de antígenos, comumente presentes no meio mucoso (STROBER & JAMES, 1986; FIOCLAIC, 1991; PULLMAN et al 1992).

Existem muitos trabalhos que enfatizam as alterações psicológicas e psiquiátricas nos pacientes acometidos com RCUI.

A associação entre ansiedade e crises diarréicas começou a ser citada nos textos médicos como "diarréia nervosa", a partir da primeira metade do século XIX (SULLIVAN, 1936).

Alguns pesquisadores como ROSENBAUM (1985) na Alemanha; YEOMANS (1921) na América e HAWKINS (1909) na Inglaterra, sugeriram uma associação entre aspectos emocionais e RCUI, defendendo a noção de que as emoções podem causar mudanças patofisiológicas observáveis e, conseqüentemente, doença.

MURRAY (1930), em seu estudo "Fatores Psicogênicos na Etiologia da RCUI e Diarréia Sanguinolenta", parece ter sido o marco de origem da hipótese psicossomática de colite ulcerativa.

O estudo de MURRAY (1930) foi conduzido na "Clínica Constitucional" de GEORGE DRAPER (1924, 1930), que desenvolveu estudos da identificação de características "constitucionais" e tipos específicos de personalidades, propensos ao desenvolvimento de determinadas doenças.

MURRAY (1930) descreveu quatro pacientes com RCUI, que referiram uma relação entre a eclosão de um distúrbio emocional e o início dos sintomas. As características que definiram os "traços de personalidade" desses pacientes foram timidez, dependência e conflitos com a mãe e o desejo para o casamento. Este autor afirmou que RCUI seria a

manifestação mais grave dos distúrbios intestinais de etiologia psicogênica, que incluíam também a "diarréia nervosa".

SULLIVAN & CHANDLER (1932); SULLIVAN (1936); SULLIVAN, BROWN, PREU (1938) publicaram três estudos de caso, que reforçaram os conceitos defendidos por MURRAY (1930), identificando algumas características de personalidade e de comportamento dos pacientes com RCUI, entre elas: tensão emocional, compulsividade, inteligência, problemas financeiros, dificuldades sexuais e, mais, na mulher, ansiedade ou medo do parto. Demonstraram que, 75% de seus pacientes, tiveram diarréia sanguinolenta, num intervalo de quarenta e oito horas, após uma acentuada perturbação emocional.

A concepção psicossomática também foi defendida por BODMAN (1935) e WITTKOWER (1938) e por DANIELS (1944) e SPERLING (1949) que continuaram a publicar trabalhos até a década de 60.

BODMAN (1935) enfatizou a presença de uma personalidade infantil dependente e a vivência de perda de um "amor", no início dos sintomas, em seus doze pacientes, fato este também observado no trabalho de ENGEL (1973), cerca de vinte anos depois.

WITTKOWER (1938) identificou os seguintes traços, nos pacientes com RCUI: excitabilidade ou timidez e excessiva consciência ou responsabilidade.

DANIELS (1944,1948); DANIELS et al (1962) estabeleceram que estes pacientes apresentam tendências narcísicas, suicidas e depressivas. Descreveu a possível inversão entre sintomas mentais e corporais, conhecida como "alternância dos sintomas" e a provável múltipla causalidade da RCUI.

ARONOWITZ & SPIRO (1988) realizaram uma revisão da literatura, com a hipótese psicossomática da RCUI, correlacionando o período de ascensão do movimento psicossomático, ocorrido a partir de 1930, e o seu declínio, em 1960.

PALMER (1948), revisou os estudos da RCUI e identificou duas teorias como mais prováveis, na etiologia da doença: a infecciosa e a psicogênica.

GROEN (1947) e ENGEL (1973) reforçaram a concepção psicossomática, identificando dificuldades de enfrentamento aos eventos estressantes, nos pacientes com RCUI.

KAPLAN & SADOCK (1984a) descreveram traços de personalidade típicos da RCUI, sendo eles: anseio, cautela, excessiva sensibilidade, aparente modéstia, que oculta um autocontrole grandioso, egocentrismo, passividade, falta de ambição, necessidade de amor, simpatia e afeição e uma ligação e apego excessivos à mãe.

Segundo KAPLAN & SADOCK (1984a), a mistura de traços compulsivos e vulnerabilidade narcisista subjacente não dá origem a uma personalidade uniforme de RCUI, mas a uma variação de vulnerabilidades psicológicas e limitações na adaptação, que se manifestam de maneiras e intensidades variáveis, em diferentes pacientes. Estes autores referem que os estudos, que tentaram correlacionar traços de personalidade e RCUI, refutaram a hipótese da associação desses fatores.

JORDAN, CROHN & BARGEN (1948) caracterizaram pacientes com RCUI como "trabalhadores, esforçados, ambiciosos... o tipo de jovens que todos nós gostaríamos de ter como filhos e filhas".

KARUSH et al (1968) identificaram traços de caráter anal, freqüentes nos indivíduos com doenças gastrintestinais. Acredita que o grau de uniformidade do caráter desses pacientes origina-se a partir da interação de diversos fatores, sendo eles: fatores físicos constitucionalmente determinados, como grande responsividade intestinal, ansiedade de separação, de modo que, quando crianças, esses indivíduos reagiram às ameaças de separação de suas mães, com dores no estômago, dores de cabeça e constipação. Provavelmente, essas reações foram aprendidas através de um padrão de educação caracterizado por mães controladoras e rígidas.

ALEXANDER (1950) foi um dos principais estudiosos que defenderam a hipótese psicossomática da RCUI, tendo seu trabalho repercussão até os tempos atuais. O modelo patogenético deste autor, relacionado à "desordem autonômica psicossomática", apresenta duas fases:

- 1ª O distúrbio funcional de um organismo vegetativo é causado por distúrbio crônico emocional;
- 2ª O distúrbio crônico funcional precede a mudança do tecido e da doença orgânica irreversível.

ALEXANDER (1950) acreditava que emoções inconscientes precisavam de uma "válvula de escape", ocasionando descargas autonômicas diversas, muitas das quais resultavam em doença. Ele estendeu este conceito para a noção de especificidade psicossomática, na qual, tipos particulares de conflitos psicológicos poderiam obter expressão em padrões funcionais autonômicos específicos, que, em momentos de crise, desencadeariam doenças específicas.

ALEXANDER (1950) entendia que, em consequência da reação de enfrentamento ou "luta", haveria uma descarga crônica do sistema nervoso simpático, com desenvolvimento de doenças psicossomáticas, como hipertensão, diabetes e artrite reumatóide. As estratégias de "fuga" conduziriam a uma descarga crônica do sistema nervoso parassimpático, que desencadearia, em momentos de crises, doenças como RCUI ou asma brônquica. Desta forma, a RCUI foi incluída entre as sete doenças psicossomáticas clássicas.

De acordo com MELLO FILHO (1992), a RCUI é o equivalente somático de uma depressão psicótica. Tais pacientes apresentam uma estrutura de ego fraco e, conseqüentemente, tendem a fazer relações simbióticas, cuja ameaça de ruptura é o principal fator desencadeante das crises. Há melhora espontânea, quando o doente consegue desfazer este tipo de relação.

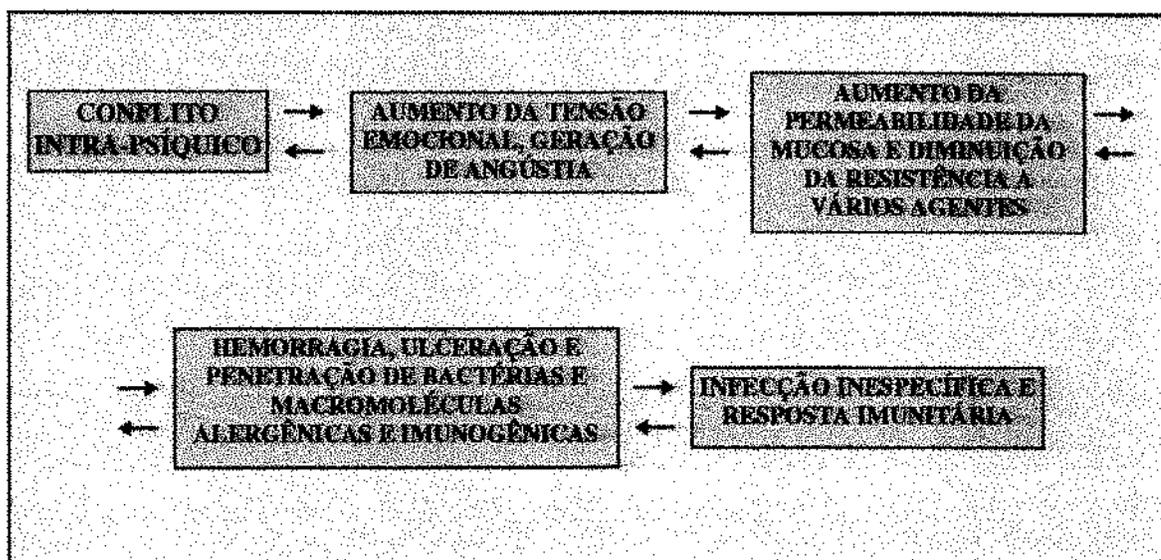
Através de observações clínicas, PONTES, CAMPOS & RODRIGUES (1988) verificaram, da mesma forma que GROEN & VANDERVALK (1960) e ENGEL (1955,1961), que existem aspectos psicológicos característicos nos pacientes acometidos com RCUI. De forma global, observaram que, durante fases de desamparo, desesperança e falta de perspectiva de vida, o indivíduo acaba desenvolvendo um quadro reativo de isolamento, raiva e auto-agressão. São indivíduos com características de personalidade

tendendo ao perfeccionismo, auto-crítica exagerada, traços obsessivos compulsivos, passividade, dependência, ansiedade e depressão. Tais sentimentos ou estados de espírito são exteriorizados pelo comportamento do indivíduo, em graus variados de depressão e de renúncia, ao enfrentar situações reais, objetivas ou fantasiadas, de perda ou separação de pessoas que lhe serviam de arrimo físico e emocional ou ao renunciar a objetivos, posses, ideais e metas. Estes sentimentos podem ser exteriorizados, verbalmente, por expressões de desânimo, constituindo os processos mais ligados à atividade mental inconsciente e são indissociáveis dos impulsos neurovegetativos e metabólicos, que acomodam e regulam o funcionamento dos órgãos, podendo causar disfunções e sintomas (ENGEL,1955; FORD, GLOBER, CASTELNUOVO,1969; BELLINI & TANSELLA, 1976).

PONTES et al (1988) defende que, na etiopatogênese da RCUI, há dois ciclos básicos entrelaçados:

- a) O ciclo emocional, gerador da inflamação que pode desencadear o ciclo infectoimunoalérgico;
- b) O ciclo infectoimunoalérgico dinamiza o primeiro ciclo e aumenta a sensibilidade visceral, que fecha um circuito entre sistema límbico e víscera, isto é, a víscera lesada gera mal-estar que aumenta a tensão emocional do paciente. A tensão emocional, aumentada altera a permeabilidade da mucosa e a sua resistência aos agentes agressivos.

Finalmente, PONTES, CAMPOS, RODRIGUES (1988) interligaram a teoria psicoemocional da RCUI com a teoria infectoalérgica de SHORTER, HUIZENGA, SPENCER (1972), desenvolvendo o seguinte esquema:



ENGEL (1955,1961), baseado numa revisão retrospectiva de setecentos casos relatados na literatura e numa série pessoal de trinta e nove pacientes com RCUI, afirmou que estes pacientes apresentam características obsessivo-compulsivas e são imaturos, com dificuldades de relacionamento social e sexual, sendo dependentes de um genitor ou de um substituto deste. Estas características foram também descritas por outros pesquisadores (FORD, GLOBER, CASTELNUOVO, 1969; BELLINI & TANSELLA, 1976).

No período de 1930 até 1960, muitos estudos de casos tentavam mostrar que pacientes com RCUI tinham distúrbios psiquiátricos anteriores ou que o início dos sintomas foi precedido por desordem emocional significativa (BARREIRO et al, 1993).

Durante este período de ascensão da concepção psicossomática, poucos estudos obedeceram a um método adequado, não havendo seleção apropriada de pacientes e nem grupos controles.

Estudos controlados têm encontrado mais distúrbios afetivo-emocionais como depressão, hipocondria, histeria, obsessão-compulsão, em pacientes com RCUI, do que em grupos controles normais ou com outras afecções orgânicas. No entanto, estes estudos apontam que os padrões psicológicos, encontrados em pacientes com RCUI, não diferiram de outras afecções classificadas como psicossomáticas (WEST, 1970; SHEFFIELD & CARNEY, 1976; FAVA & PAVAN, 1977a; HELZER et al, 1982).

Na tentativa de identificar fatores psicossociais típicos dos doentes com RCUI, estudos epidemiológicos do Condado de Baltimore, comparando estes pacientes com grupos controles constituídos por indivíduos normais e portadores de síndrome do intestino irritável, não observaram mais tensões precipitantes (discórdia matrimonial, dívidas, excesso de trabalho ou traumatismo físico) nos pacientes com RCUI, que nas populações controles. De modo geral, o nível social e ocupacional dos pacientes com RCUI era semelhante ao da população normal. O "status" ocupacional tendeu a ser compatível com o nível educacional, e os pacientes com RCUI participaram de atividades sociais organizadas em frequência igual à dos indivíduos controles (MENDELOFF et al, 1970; MONK et al, 1970).

FOLKS & KINNEY (1992) acreditam que, apesar dos estudos e experiências clínicas, há dificuldade de identificar a relação dos fatores psicológicos com a RCUI.

Entretanto, alguns estudos que associam RCUI a traços psicológicos não obedeceram a critérios metodológicos rígidos foram retrospectivos e também, não encontraram associação entre traços psicológicos específicos e RCUI (ESLER & GOULSTON, 1973; FELDMAN et al, 1967a; FELDMAN et al, 1967b; CELLO & MEYER, 1981).

FELDMAN et al (1967b) entrevistaram trinta e quatro pacientes com RCUI, comparando-os a setenta e quatro doentes consecutivos, admitidos no Serviço de Gastroenterologia, por outras razões. Este estudo não encontrou maior comprometimento psiquiátrico nos pacientes com RCUI, comparados com o grupo controle. Identificaram-se eventos emocionais traumáticos antecedendo o desencadeamento da RCUI, em menos de 20% dos casos.

HELZER et al (1982) refutaram a hipótese psicossomática da RCUI. Compararam cinquenta pacientes consecutivos com RCUI, com indivíduos portadores de outras doenças crônicas diagnosticadas e concluíram que o grupo com RCUI tinha menor número de diagnósticos psiquiátricos do que o grupo controle. No entanto, os pacientes com RCUI apresentaram sintomas obsessivos mais intensos. Levantaram a hipótese de que o próprio "status" de doença crônica poderia desencadear problemas psicológicos.

FOLKS & KINNEY (1992) salientaram também a necessidade de questionar a crença de que a RCUI tem etiologia psicossomática. Demonstraram que essa doença tem sido estudada, considerando-se a relação de fatores psicossociais, características de personalidade, conflitos intrapsíquicos e eventos estressantes de vida no início, exacerbação e remissão da doença. Entretanto, apontam que existem falhas metodológicas nestes estudos, dificultando o entendimento fidedigno de traços psicológicos ou de personalidade e padrões comportamentais e sua relação com a RCUI (NORTH et al, 1990).

Segundo ARONOWITZ & SPIRO (1988), um dos fatores responsáveis pela queda da hipótese psicossomática da RCUI é o crescente desenvolvimento das teorias imunológicas, que passaram a ocupar um lugar de destaque nas hipóteses sobre etiopatogenia desta doença.

ARONOWITZ & SPIRO (1988) identificaram outra consequência negativa da interpretação errônea da concepção psicossomática: que é a tendência de, ao se considerarem os fatores psicológicos como importantes na etiologia da doença, inadequadamente, responsabilizar-se (culpar-se) o paciente pelo desenvolvimento de sua própria doença.

FELDMAN et al (1967b) exemplificaram a interpretação errônea da hipótese psicossomática da RCUI, dizendo: "muitos de nossos pacientes tinham sido informados por um ou mais médicos que tensão emocional poderia ter sido a causa de sua doença. Um dos pacientes, um cirurgião ocupado, tinha sido advertido por vários médicos para mudar sua especialidade para algum campo da medicina onde poderia ter menos tensão emocional". Segundo RASKIN (1987), os médicos sentem-se constrangidos quando desenvolvem doenças com o rótulo de psicossomáticas. Desse modo, os fatores emocionais estariam sendo supervalorizados.

Finalmente, os estudos mais recentes sobre os fatores etiológicos da RCUI parecem ter como pressupostos básicos a concepção holística do indivíduo, que rejeita o dualismo mente-corpo, implícito na relação de causalidade, na qual, um fator psicológico pode desencadear um efeito somático. A concepção mais aceita parece ser a da

multicausalidade, onde o surgimento da doença requer a somatória de diversos fatores, sendo o psicológico somente uma das causas (PENNEBAKER & SURMAN, 1988).

A RCUI é uma doença com grande variabilidade na evolução e prognóstico. Os sintomas podem variar desde pequenos sangramentos através do reto, até diarreia grave. A maior parte dos pacientes, em torno de 60 a 75%, apresentam crises intermitentes, com completa remissão entre as mesmas. Um número bem menor, cerca de 5 a 15%, apresenta sinais e sintomas crônicos, sem períodos de remissão. Em torno de 5% dos casos, a doença assume uma característica aguda, fulminante. De forma resumida, pode-se classificar o quadro de RCUI em três graus de gravidade, sendo eles, segundo MORAES FILHO & BETTARELLO (1988):

1ª Forma: Branda

- § Mais freqüente: 60% dos casos;
- § sangramento pequeno, menos de quatro evacuações por dia;
- § ausência de anemia, febre, taquicardia, perda de peso, hipoalbuminemia;
- § geralmente (80%) envolve cólon distal, sigmóide e reto;
- § manifestações extra-intestinais podem estar presentes: artrite, pioderma gangrenoso, uveíte, eritema nodoso;
- § baixo risco de cancerização.

2ª Forma: Moderada

- § Ocorre em 25% dos pacientes;
- § sintomas mais intensos: diarreia (quatro a cinco dejeções por dia) com sangue;
- § cólicas intestinais;
- § febrícula, cansaço;
- § sintomas extra-intestinais, idênticos à forma branda;
- § risco apreciável de cancerização.

3ª Forma: Grave ou Fulminante

- § Ocorre em 15% dos casos;
- § início abrupto, diarreia profusa com sangramento constante, cólica intensa;
- § febre elevada, palidez, perda de peso;
- § leucocitose, anemia, hipoalbuminemia;
- § geralmente refratários ao tratamento.

O diagnóstico é baseado na história clínica, caracterizada pela diarreia sanguinolenta, e nos exames subsidiários. Os mais importantes são o exame endoscópico da mucosa do reto e cólon e o exame radiológico. A retossigmoidoscopia possibilita o diagnóstico da maioria dos pacientes (90% a 95%), porque é nesta porcentagem que o reto está acometido. A colonoscopia permite a visualização da mucosa de todo o intestino grosso e é considerada, atualmente, o exame mais adequado para o diagnóstico e para o acompanhamento dos pacientes com RCUI. O exame radiológico contrastado do intestino grosso (enema opaco) mostra também as alterações características da RCUI, desde ulcerações muito pequenas, que conferem um aspecto serrilhado da parede do cólon, úlceras maiores, que dão aspecto de pseudopólipos, até estreitamento do cólon. O exame endoscópico permite a realização de biópsias da mucosa para exame histopatológico, que servem, principalmente, para descartar outras doenças, sobretudo a de Crohn e as específicas (BOCKUS, 1966; CELLO & MEYER, 1981; MORAES FILHO & BETTARELLO, 1988; PONTES, CAMPOS, RODRIGUES, 1988).

O diagnóstico diferencial mais importante é com a doença de Crohn do cólon, que pode apresentar um quadro clínico semelhante à RCUI. A doença de Crohn (DC) e a RCUI são doenças inflamatórias intestinais inespecíficas ou idiopáticas (DII). Ambas são crônicas, de etiologia desconhecida, e evoluem com períodos de remissão e exacerbação (BOCKUS, 1966; QUILLICI, 1993).

A DC localiza-se com maior freqüência no íleo terminal, mas pode estender-se a qualquer parte do tubo digestivo, desde a boca até o ânus, diferindo da RCUI, que acomete somente o cólon e reto (BOCKUS, 1966; CELLO & MEYER, 1981; MORAES FILHO & BETTARELLO, 1988; PONTES et al, 1988).

Na DC, as lesões comprometem áreas do intestino intercaladas com segmentos normais, enquanto a RCUI não apresenta este comprometimento salteado. As lesões iniciais da DC caracterizam-se por pequenas ulcerações aftóides, que progridem para ulcerações lineares, delimitando áreas de mucosa edemaciadas entre fissuras, conferindo o clássico aspecto calcetado (calçamento de pedras) à mucosa. A biópsia pode mostrar os granulomas característicos dessa doença (BOCKUS, 1966; CELLO & MEYER, 1981; MORAES FILHO & BETTARELLO, 1988).

Nas fases agudas, é importante o diagnóstico diferencial com alguns agentes patogênicos, que podem ocasionar quadros disentéricos, tais como: a *Entamoeba histolytica*, a *Shigella* e as *Salmonellas*. Deve ser lembrado, também, o diagnóstico diferencial com tuberculose intestinal, blastomicose, doença isquêmica do cólon e esquistossomose (BOCKUS, 1966; CELLO & MEYER, 1981; MORAES FILHO & BETTARELLO, 1988).

O aspecto inicial, que deve ser considerado no tratamento da RCUI, é a necessidade de ser estabelecido de forma individualizada, considerando a intensidade, a localização e a extensão da inflamação (MAGALHÃES, SOUZA, MEDEIROS, 1990; BURTONI & KORELITZ, 1992).

O tratamento objetiva, primordialmente, oferecer melhores condições de vida ao paciente, minimizando a inflamação, dando alívio aos sintomas e mantendo o estado nutricional (MAGALHÃES et al, 1990).

Revela-se assim, de extrema importância, o médico realizar uma avaliação global do paciente, dentro de um enfoque bio-psicossocial, procurando conhecer o histórico de vida individual, condições sócio-econômicas e estado emocional do mesmo. Com esse objetivo, o médico estabelecerá uma relação humana, formando com o paciente um vínculo, que servirá como um ponto relevante do suporte terapêutico.

A dieta alimentar indicada ao tratamento da RCUI deve ser estabelecida com base na anamnese pormenorizada de cada paciente. De forma global, é uma dieta hiperprotéica, eliminando-se alimentos que possam agravar o quadro de diarreia, a dor abdominal e os de intolerância para cada paciente. devendo evitar-se também, o uso de condimentos fortes e do leite, quando houver intolerância à lactose. Associada à alimentação, indica-se a suplementação oral de multivitamínicos (MORAES FILHO & BETTARELLO, 1988; MAGALHÃES et al, 1990).

A terapêutica medicamentosa indicada aos pacientes que manifestam um quadro sintomático de intensa dor é a administração de pequenas doses de antiespasmódicos. No entanto, deve haver um certo cuidado no seu uso, em função do risco de suboclusão intestinal. Os medicamentos mais utilizados para combater o processo inflamatório são a sulfasalazina e os corticosteróides (MAGALHÃES et al, 1990).

Para o tratamento das formas clínicas da RCUI de intensidade leve ou moderada, utiliza-se mais freqüentemente, a sulfasalazina. Sua composição é dada pela união da sulfapiridina com o ácido 5-aminosalicílico (5-ASA). O componente sulfapiridina tem a função de impedir a absorção da droga, na porção proximal do tubo digestivo. No cólon, as bactérias, pela ação da enzima azoredutase, quebram a sulfasalazina em seus dois componentes. O princípio ativo é o 5-ASA, cuja ação é inibir a síntese de prostaglandinas e de 5-lipoxigenase, ocasionando diminuição do processo inflamatório. A diminuição da produção de leucotrieno, conseqüente à inibição da 5-lipoxigenase, é responsável pela diminuição da atração dos neutrófilos e de outros constituintes da resposta inflamatória. Concomitantemente a essas funções, a droga age, bloqueando a atividade quimiotática de peptídios formilados bacterianos que contribuem para a ativação dos neutrófilos (DEROGATIS, LIPMAN, COVI, 1973).

O outro componente da droga, a sulfapiridina, não possui efeito terapêutico e provoca grande parte dos efeitos colaterais. Em função disto, há intolerância em 20% dos pacientes. Podem ocorrer reações de hipersensibilidade, caracterizadas por aplasia de língua, erupções cutâneas, artrite, pericardite, pancreatite, pleurite e febre (MAGALHÃES et al, 1990).

Pesquisas demonstram que 75 a 90% dos pacientes tratados com corticosteróides (30 a 40 mg de prednisona por dia) apresentam uma melhora da sintomatologia do quadro, reduzindo a febre, a dor, a diarreia e melhorando o apetite e o estado global. O uso de corticosteróides é mais indicado num quadro em que a sintomatologia é mais intensa e, também, quando não há resposta positiva ao uso de sulfasalazina. Num quadro de intensa gravidade, devem-se utilizar corticosteróides por via parenteral, simultaneamente aos necessários cuidados de ordem geral, como a correção de anemia e hidratação. Em alguns casos, é necessária a alimentação parenteral e administração de antibióticos de largo espectro (MAGALHÃES et al, 1990).

Quando se consideram as três formas clínicas da RCUI, verifica-se que a grande maioria dos pacientes, com forma leve, apresenta também recidivas leves e estas respondem, positivamente, ao tratamento clínico. Um número razoável de pacientes, que começou o quadro clínico com a forma moderada, pode apresentar recidivas graves. Porém, aqueles que sobrevivem às formas graves, de modo global, podem ter recidivas menos intensas (MAGALHÃES et al, 1990; BURTONI & KORELITZ, 1992).

O procedimento cirúrgico indicado nas formas graves de RCUI é a retirada total do intestino grosso, revelando-se bastante eficaz como método terapêutico, porque esta doença limita-se à mucosa do intestino grosso, não havendo perigo das recidivas, após cirurgia (MAGALHÃES et al, 1990; BURTONI & KORELITZ, 1992).

A investigação dos distúrbios afetivo-emocionais, em particular a ansiedade e depressão, requer avaliações psicológica e psiquiátrica adequadas. Caso seja necessário, podem-se utilizar tranqüilizantes menores, como os diazepínicos e, em alguns casos específicos, antidepressivos. Ao lado dessa terapêutica medicamentosa, é importante um adequado acompanhamento e suporte emocional e em alguns casos, uma psicoterapia (PONTES et al, 1988; MAGALHÃES et al, 1990).

Estudos têm demonstrado que a psicoterapia de apoio ou suporte desempenha um papel importante no tratamento de DII como a RCUI e DC, proporcionando uma melhora, tanto nos aspectos somáticos quanto psicológicos, em pelo menos 60 ou 70% dos

pacientes (GROEN & BASTIAANS, 1951; GRACE, PINSKY, WOLFF, 1954; KARUSH et al, 1968; KARUSH et al, 1977).

GRACE et al (1954), observaram melhora do quadro clínico geral dos pacientes com DII, quando tratados através de psicoterapia de apoio ou suporte. Neste estudo, compararam-se trinta e quatro pacientes com DII, que tiveram este tratamento, com outros trinta e quatro, com o mesmo diagnóstico, que não receberam acompanhamento psicoterápico. Os grupos foram pareados quanto ao sexo, idade e gravidade da doença. Quanto aos resultados principais, o grupo que recebeu acompanhamento psicoterápico, quando comparado com o grupo controle, obteve uma melhora do quadro clínico, uma diminuição do número e tempo de internações hospitalares e menor indicação para intervenção cirúrgica.

KARUSH et al (1968) observaram que as mudanças desencadeadas pela psicoterapia de apoio, em pacientes com DII, englobaram a diminuição do quadro de ansiedade e o desenvolvimento de habilidades de relacionamento interpessoal e social. Por outro lado, não verificaram, nesses pacientes, mudanças de características de personalidade.

SHAW & EHRLICH (1987) realizaram um tratamento para DII, baseado em treino de relaxamento progressivo muscular. Aplicaram esta técnica a um grupo de quarenta pacientes com RCUI e compararam com outro de quarenta doentes, com o mesmo diagnóstico, pareados quanto ao sexo, que não receberam treino de relaxamento. Foram excluídos pacientes com diagnóstico psiquiátrico. Os resultados revelaram que o grupo com treino de relaxamento apresentou melhora nos sintomas de angústia e na intensidade e frequência da dor abdominal, quando comparado com o grupo controle. Conseqüentemente, houve uma redução no uso de medicamentos antiinflamatórios no grupo experimental. Outros métodos de relaxamento têm sido utilizados no tratamento da RCUI, com bons resultados (SULLIVAN, 1936; SULLIVAN et al, 1938).

Segundo WHITHEAD & SHABSIN (1991), estratégias de tratamento psicológico para paciente com DII, incluindo modificação comportamental e reestruturação cognitiva, desempenham um papel importante na melhora global do paciente. Referem que essa abordagem de tratamento psicológico pode desencadear mudanças comportamentais e

cognitivas, que culminam na melhora do quadro clínico do paciente, propiciando um desenvolvimento de suas habilidades de relacionamento interpessoal e social, estimulando a independência e autonomia e, conseqüentemente, a readaptação aos âmbitos familiar, social e profissional.

WHITHEAD & SHABSIN (1991) descrevem o perfil do tratamento realizado no Centro Médico "Francis Scott Key" para pacientes acometidos por distúrbios gastrointestinais. Neste centro, prioriza-se um tratamento médico-psicológico, no qual são realizadas avaliações sistemáticas tanto pela equipe médica quanto de psicólogos. A avaliação psicológica é baseada num roteiro pré-determinado, onde se aplicam escalas e testes padronizados. Procuram-se informações sobre o tratamento medicamentoso, ganhos secundários, problemas familiares, dificuldades na área ocupacional, quadro emocional e outros fatores que podem influenciar, diretamente, os sintomas do paciente. Aplicam-se testes e escalas como o MMPI (TALLEY et al, 1990) e o "Symptom, Check-List - 90 (SLC-90) (DEROGATIS, LIPMAN, COVI, 1973), para avaliação de características de personalidade; o Inventário de "Beck" (BECK et al, 1961) e o de "Hamilton" (HAMILTON, 1967), para avaliar depressão. Medidas de ansiedade, assertividade, e outras características de personalidade são também obtidas para o estudo apropriado dos aspectos psicológicos e sua inter-relação com o quadro clínico, contribuindo para uma avaliação global do paciente. O tratamento médico-psicológico de pacientes com afecções gastrointestinais obedece aos seguintes critérios:

§ avaliação médica detalhada, para o diagnóstico e tratamento das distúrbios orgânicos;

§ avaliação psicológica, abrangendo pesquisas de traços de personalidade, comportamento e cognição;

§ um programa de tratamento que combine a intervenção médica com a psicológica, esta última podendo (dependendo da avaliação individual de cada caso) utilizar: psicoterapia para depressão, ansiedade e distúrbios de somatização; modificação comportamental; terapia familiar; manejo do estresse; estratégias de reestruturação cognitiva, "biofeedback" e treino de relaxamento.

1.4. SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL (SII)

A síndrome do intestino irritável (SII) é um distúrbio funcional do cólon. O termo funcional caracteriza doenças nas quais não há evidência de alterações morfológicas ou estruturais. Envolvem acentuação, inibição ou simplesmente alteração da função de um órgão, sem mudanças em sua estrutura.

DROSSMAN et al (1992) classificaram as desordens intestinais funcionais e englobaram-nas em seis subclasses, sendo: SII, desconforto abdominal funcional, constipação funcional, diarreia funcional, desordem intestinal inespecífica funcional e dor abdominal funcional.

Alguns autores consideram que o trauma emocional e/ou estresse são condições relevantes para o desenvolvimento dos distúrbios funcionais, porque podem conduzir à alteração fisiológica dos órgãos do aparelho digestivo, gerando sintomas. No entanto, as alterações funcionais podem também depender de outros fatores, como químico, nutricional e endócrino, que podem atuar via sistema nervoso vegetativo. A interação desses fatores é complexa e não está totalmente esclarecida, mas a hipótese da influência do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal parece ser relevante (PRADO, RAMOS, VALLE, 1991).

Doenças funcionais, como a SII, têm características diferentes das doenças classificadas, anteriormente, como psicossomáticas, como é o caso da RCUI, pois, nestas últimas, existem alterações morfológicas e danos teciduais.

O diagnóstico clínico da SII é realizado com base na presença de sintomas de dor abdominal crônica ou recorrente e alterações do hábito intestinal: o padrão de alternância entre constipação e diarreia é comum; lesões estruturais e bioquímicas não podem estar presentes. Estes sintomas podem ser agravados na presença de estresse e alimentação (SPARVOLLI, 1990).

MANNING et al (1978), estabeleceram critérios diagnósticos para a SII, em que devem estar presentes, no mínimo, três dos seguintes sintomas: dor abdominal, aliviada pela evacuação; evacuações mais frequentes e de menor consistência associadas à dor; distensão abdominal; sensação de evacuação incompleta e presença de muco nas fezes.

No Congresso Internacional de Roma, em 1988, a SII foi definida como "um distúrbio gastrintestinal funcional, atribuído aos intestinos e associado aos sintomas de dor abdominal e/ou alterações da defecação e/ou meteorismo ou distensão", estabelecendo-se critérios para o diagnóstico da doença, a saber: sintomas contínuos ou recorrentes por, pelo menos, três meses de (DROSSMAN et al, 1990):

- 1) Dor ou desconforto abdominal, que aliviam com a defecação, ou associados a uma mudança da consistência ou frequência das defecções, e
- 2) um padrão irregular (variável) de defecação, durante pelos menos, 25% das vezes, em um período de três ou mais meses (três ou mais itens):
 - I. alteração na frequência das defecções;
 - II. alteração na forma das fezes (duras ou soltas/aquosas);
 - III. alteração na eliminação das fezes (esforço ou urgência, sensação de evacuação incompleta);
 - IV. eliminação de muco;
 - V. meteorismo ou sensação de distensão abdominal.

A investigação diagnóstica requer uma série de exames complementares, como: a análise das fezes, retossigmoidoscopia e enema opaco (especialmente nos pacientes com mais de quarenta anos), com o objetivo de eliminar a hipótese de doença orgânica subjacente (SPARVOLLI, 1990).

Em função da alta prevalência de má absorção de lactose do adulto no Brasil, é importante aplicar o teste de sobrecarga à lactose. No entanto, existe a probabilidade de apresentação concomitante das duas entidades pelo paciente (SPARVOLLI, 1990).

O diagnóstico da SII é o mais freqüente entre os pacientes atendidos pela Gastroenterologia (60%), apresentando, aproximadamente, uma prevalência na população geral de 15%. Destes, apenas um pequeno número procura tratamento médico (KIRSNER & PALMER, 1958; FERGUSON, SIRCUS, EASTWOOD, 1977; DROSSMAN et al, 1982; FRIEDMAN, 1989; SPARVOLLI, 1990; BOMMELAER, ROUCH, DELASALLE, 1990; MESQUITA, 1991; WHITEHEAD & SHABSIN, 1991).

A denominação irritável caracteriza o intestino inadequadamente responsivo para eventos completamente normais, como a passagem de gases ou fluídos ao longo de seu comprimento. Isto leva a uma atividade muscular inapropriada que, por vezes, pode interromper momentaneamente, o movimento intestinal ou resultar num esforço intenso para a evacuação (BARREIRO et al, 1993).

A causa da SII é questionável. Entretanto, parece haver a constatação de que os indivíduos com SII apresentam padrões alterados da motilidade do cólon (contração muscular). O aumento da sensibilidade para a distensão do trato gastrintestinal, conseqüente a gases ou material fecal e a maior reatividade do intestino a um evento externo, como alimento, estresse emocional ou físico e distensão gasosa, podem produzir sintomas. A SII não é causada por agentes infecciosos (BARREIRO et al, 1993).

Os pacientes com SII podem apresentar alterações da motilidade intestinal, percepção alterada à distensão intraluminal e limiar à dor diminuído, com sensibilidade à distensão do tubo gastrintestinal (SPARVOLLI, 1990).

MANNING et al (1978) encontraram um padrão característico de movimentos intestinais em pacientes com SII. Este padrão caracterizou-se por um aumento dos movimentos, no início da dor abdominal, havendo uma diminuição das dores, diretamente relacionada com o término dos movimentos intestinais. Diante desse resultado, os autores

defenderam o pressuposto de que o padrão de distensão abdominal pode ser um critério relevante para o diagnóstico da SII.

O impacto da SII varia em cada indivíduo. Alguns, com os sintomas característicos dessa síndrome, apresentam um comprometimento da qualidade de vida, prejudicando suas atitudes diárias e seu desempenho geral.

A SII parece não se constituir como um estado permanente no indivíduo. Alguns estudos identificam que, a cada ano, aproximadamente 10% dos pacientes com SII obtêm melhora (BARREIRO et al, 1993).

Há estudos que objetivam investigar e comparar os aspectos psicológicos dos indivíduos que apresentam o quadro clínico da SII, e que não procuram atendimento médico, com os indivíduos que recorrem ao tratamento (THOMPSON & HEATON, 1980; DROSSMAN et al, 1982; SANDLER et al, 1984; BOMMELAER et al, 1990; SMITH et al, 1990; WHITEHEAD et al, 1990). De forma global, estes estudos revelam que os indivíduos que não procuram auxílio médico revelam aspectos psicológicos semelhantes aos pacientes nos grupos controles, sugerindo a hipótese de que os fatores psicológicos estariam mais associados ao comportamento de procura ao médico (MENDELOFF et al, 1970; PRADO, RAMOS, VALLE, 1991b).

WHITEHEAD et al (1991), verificaram que os pacientes com SII apresentam um padrão de comportamento característico, ou seja, concentram maior atenção aos seus sintomas somáticos e demonstram um menor limiar para dor, quando comparados a grupos controles com outras afecções orgânicas. Estes autores levantaram a hipótese de que este padrão de comportamento desenvolveu-se a partir de uma aprendizagem adquirida na infância, baseada na atenção excessiva dos pais aos seus sintomas somáticos.

Outros estudos (MENDELOFF et al, 1970; ESLER & GOULSTON, 1973; SHORTER, HUIZENGA, SPENCER, 1972; PALMER et al, 1974; DROSSMAN et al, 1988; PRADO, RAMOS, VALLE, 1991a) revelaram alterações psicológicas associadas à disfunção intestinal, entre 70 e 90% dos pacientes com SII. Entre os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes, encontram-se a neurose histérica, a hipocondria, a ansiedade, a

depressão e um maior índice de somatizações (HISLOP, 1971; LISS, ALPERS, WOODRUFF, 1973; RYAN, KELLY, FIELDING, 1983; GREENBAUM et al, 1984; DROSSMAN et al, 1988; SPARVOLLI, 1990; WHITEHEAD et al, 1990; MESQUITA, 1991).

Porém, os fatores emocionais não devem ser considerados como a causa da SII, mas sim, como condições agravantes do quadro. Se o indivíduo apresenta um quadro característico de SII e também possui um diagnóstico de depressão, pânico ou ansiedade, provavelmente haverá, nos períodos de desordem emocional, a exacerbação dos sintomas intestinais. Apesar dos sintomas psicológicos ou traços de personalidade não serem causas da SII, podem levar a uma maior vulnerabilidade aos eventos estressantes de vida (BARREIRO et al, 1993).

Pesquisas revelam, também, que a prevalência de eventos estressantes, como mudanças no estilo de vida, no trabalho ou nas relações interpessoais e sociais, podem ser considerados fatores desencadeantes das manifestações sintomáticas dessa síndrome (CRAIG, BROWN, GOAL, 1984; FORD et al, 1987; CREED & FARMER, 1988; MESQUITA, 1991).

WALKER et al (1990) estudaram a associação entre histórias de abuso sexual e o desenvolvimento da SII e DII. Verificaram que pacientes com SII e DII apresentaram uma maior taxa de abuso sexual na infância e índices maiores nas medidas de depressão, desordem de pânico, fobia, somatização, abuso de álcool e inibição sexual. Estes resultados sugeriram que o abuso sexual pode ter um papel importante no desenvolvimento da SII e da DII. Portanto, pode-se inferir que as experiências infantis negativas podem desenvolver nesses indivíduos um padrão de maior sensibilidade e vulnerabilidade para as próprias sensações corporais.

Verifica-se, através de experiências clínicas, que os pacientes com SII tendem a desenvolver características de personalidade com traços rígidos e caráter obsessivo-compulsivo, incluindo a presença de autocritica exagerada, preocupação excessiva com pontualidade, ordem e limpeza e alto grau de impulsos agressivos (SPARVOLLI, 1990).

Estudos (MORAES FILHO & BETTARELLO, 1988; PONTES et al, 1988; WALD, HINDS & CARVANA, 1989) demonstram que a relação médico-paciente é um fator determinante na terapêutica da SII. O uso de benzodiazepínicos, ou de antidepressivos, associados ou não a um tratamento psicoterápico adequado, ocasionou melhora dos sintomas digestivos e emocionais em alguns estudos.

A expectativa do resultado do tratamento da SII não deve ser alta, pois não há uma completa remoção dos sintomas. Desta forma, é importante o médico encorajar o paciente a retornar a suas atividades cotidianas, apesar dos sintomas (SPARVOLLI, 1990).

É importante uma postura médica que transmita tranquilidade ao paciente, com o esclarecimento de que os sintomas são provavelmente, influenciados por fatores estressantes, não significam prejuízos ao processo fisiológico normal da digestão e não predispõem ao desenvolvimento de uma doença mais grave.

O tratamento requer, também, a observação do hábito alimentar dos doentes, pois pode revelar a relação entre a ocorrência dos sintomas e a ingestão de determinados alimentos (BOCKUS, 1966; MORAES FILHO & BETTARELLO, 1988; SPARVOLLI, 1990).

Estudos revelam que cerca de 65% dos portadores da SII melhoram com placebos. Este dado, associado à diversidade dos sintomas, dificulta a avaliação e comparação dos vários tipos de tratamento para a doença (SPARVOLLI, 1990).

O tratamento medicamentoso mais utilizado inclui, de acordo com cada caso, antiespasmódicos, antidiarréicos, antiflatulentos e procinéticos (SPARVOLLI, 1990).

1.5. EVENTOS ESTRESSANTES DE VIDA RELACIONADOS À SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL (SII) E À RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA (RCUI)

Alguns estudos evidenciaram associações entre desordens gastrintestinais e estresse e/ou trauma emocional.

CLOUSE (1988) pesquisou a relação entre aspectos psicológicos e trato gastrintestinal, através de experimentos que induziam estresse emocional e observou alteração na motilidade daquele sistema.

McKEGNEY, GORDON, LEVINE (1970), referiram que a intensidade de distúrbios afetivo-emocionais pode ser diretamente proporcional à duração e gravidade da doença inflamatória intestinal (DII). Estes autores encontraram uma prevalência de 68% de pacientes com doença de Crohn e 86% de pacientes com RCUI, que referiram a presença de eventos estressantes de vida, num período de seis meses antes do início de seus sintomas físicos. Esta associação entre estresse emocional e o início e exacerbação de sintomas da DII tem sido referida, também, por outros pesquisadores (JORDAN et al, 1948; GRACE, 1953; HISLOP, 1974; FAVA & PAVAN, 1977a).

STERNBACK (1986) encontrou sintomas gastrintestinais como uma das mais freqüentes respostas ao estresse e referiu que, aproximadamente 50% das consultas realizadas por gastroenterologistas, são conseqüentes às desordens funcionais desencadeadas por estresse.

Segundo alguns autores, os eventos estressantes, mais associados às doenças psicofisiológicas do trato gastrintestinal, englobam a preocupação com situação financeira, saúde, família, dificuldade de relacionamentos interpessoais e sociais e problemas ocupacionais (WOLF & ALMY, 1949; CHAUDHARY & TRUELOVE, 1962; PFLANZ, 1971; STERNBAK, 1986; STROBER & JAMES, 1986).

Outros estudos procuraram discriminar o tipo de evento estressante, identificado num período que antecedeu o desenvolvimento de afecções gastrintestinais. Os resultados globais indicaram que pacientes com SII e DII referiram mais eventos estressantes de vida, antecedendo suas doenças, do que portadores de outras enfermidades crônicas. De forma mais específica, os doentes com SII referiram maior variedade de estressores, antecedendo suas doenças, comparando-se a pacientes com DII, que associaram mais estressores de caráter social como desencadeantes de seu quadro clínico (FAVA & PAVAN, 1977a; THOMPSON, LAIDLOW, WINGATE, 1979).

ALMY & TULIN (1947) e ALMY (1951) investigaram o padrão de motilidade do cólon, em indivíduos normais e pacientes com SII submetidos a estresse experimental. Neste estudo, observaram-se, alterações da motilidade do cólon, através de instrumentos específicos para visualização, após o término do período estressante provocado por temperatura fria e evocação experimental de ansiedade. Puderam, também, identificar sujeitos que manifestando reação de defesa ou estratégia ativa de enfrentamento e hostilidade, apresentaram um aumento da motilidade do cólon, enquanto outros manifestando comportamento que indicava pedido de ajuda, desamparo, frustração ou aceitação reprimida, apresentavam diminuição da motilidade.

Achados similares foram demonstrados por WOLFF & WOLFF (1947) e LECHIN et al (1983), que revelaram uma associação entre distúrbios emocionais e alterações na motilidade intestinal. De forma global, estes estudos observaram uma relação entre a diminuição da motilidade e a prevalência de desordens de somatização, hipocondria e traços obsessivo-compulsivos, enquanto que o aumento da motilidade foi associado à manifestação de sentimento de culpa, ansiedade, agitação e despersonalização.

WELGAN, MESHKINPOUR, HOEHLER (1985) também realizaram um estudo, observando o padrão da motilidade do cólon, em pacientes com SII, através da manipulação de estressores, comparando com um grupo controle normal. Os resultados principais demonstraram um aumento da atividade motora do cólon em repouso, em pacientes com SII, comparados com o grupo normal e verificaram os autores, em ambos os grupos, um significativo aumento da motilidade do cólon, durante o período de estresse

grupos, um significativo aumento da motilidade do cólon, durante o período de estresse experimental.

Outro estudo realizado por WELGAN, MESHKINPOUR & BEELER (1987), avaliou características de personalidade dos pacientes com SII, através da aplicação do inventário de personalidade MMPI. Observou-se prevalência de traços de hipocondria e depressão, quando comparados ao grupo controle. Encontraram também um aumento significativo da motilidade colônica dos sujeitos com SII, durante períodos de raiva, quando comparados com o grupo controle.

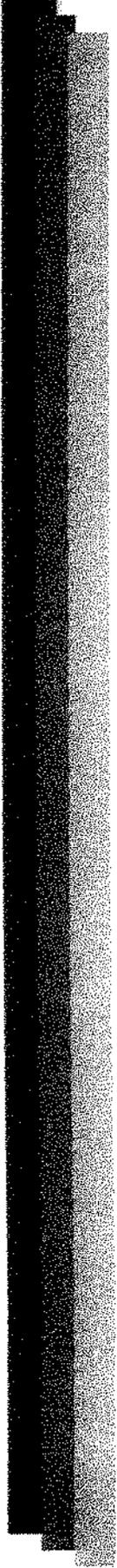
Welgan et al (1987) também sugerem que somente a presença do estresse não é suficiente para o desenvolvimento dos sintomas da SII, porque estes pacientes e o grupo controle normal apresentavam aumento da motilidade do cólon durante o período de estresse. Conseqüentemente, tais estudos podem reforçar a hipótese da combinação de traços de personalidade com a presença de eventos estressores, como desencadeantes de distúrbios gastrintestinais, característicos da SII.

McKENNEY, GORDON, LEVINE (1970) compararam RCUI e doença de Crohn (DC) e não encontraram diferenças significativas entre os grupos, nas perspectivas psicossociais, psiquiátricas ou comportamentais. Entretanto, observaram mais sintomas depressivos em pacientes com debilidades físicas mais intensas.

O conhecimento fidedigno da influência de fatores psicológicos e comportamentais, no desenvolvimento e curso de doenças gastrintestinais, está longe de ser conclusivo.

FOLKS & KINNEY (1992) realizaram um levantamento bibliográfico, identificando a influência dos fatores psicológicos nas condições gastrintestinais mais referidas. Categorizaram, desta forma, três classes principais, sendo: distúrbios psiquiátricos (ansiedade, depressão ou somatização); reações comportamentais (abuso de álcool, drogas e cigarro) e resistência ao tratamento psicoterápico preventivo.

FOLKS & KINNEY (1992) reforçaram a importância de estudar os fatores psicológicos e/ou comportamentais dos pacientes portadores de afecções gastrintestinais. Referiram a necessidade da identificação dos estressores psicossociais, das habilidades de enfrentamento dos pacientes e do suporte social oferecidos aos mesmos, como variáveis relevantes ao desenvolvimento e curso do tratamento.



2. Objetivos

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar os aspectos psicológicos e sociais de pacientes com retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI), e de doentes com síndrome do intestino irritável (SII), comparando-os com um grupo de pacientes sem sintomas relacionados ao aparelho digestivo.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

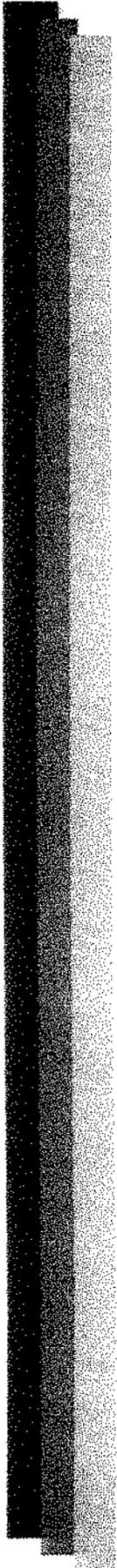
- 1) Pesquisar dados demográficos e sociais dos pacientes dos três grupos;
- 2) Estudar os aspectos psicossociais significativos da história de vida dos pacientes com RCUI, SII e do grupo controle, com base no roteiro de história de vida (Anexo 1);
 - 2.1. Detectar eventos estressantes e/ou conflitos emocionais, nos doze meses que antecedem as primeiras manifestações dos sintomas dos pacientes com RCUI e SII;
 - 2.2. Identificar a ocorrência, na infância, de acontecimentos de caráter negativo, como prováveis fatores de predisposição a somatizações, nos grupos SII e RCUI;
 - 2.3. Pesquisar as conseqüências da SII e da RCUI na vida dos pacientes;
- 3) Pesquisar as características de personalidade dos pacientes dos três grupos;
- 4) Avaliar a presença de distúrbios afetivo-emocionais, como depressão e ansiedade, através da aplicação das escalas de Beck para depressão (Anexo 2) e de traços e de comportamento de agressividade de Gayral (Anexo 3), nos três grupos.



3. Hipóteses fundamentais do trabalho

1ª) Os pacientes acometidos de retocolite ulcerativa inespecífica apresentam mais distúrbios afetivo-emocionais, como a depressão e a ansiedade, do que os pacientes portadores de síndrome do intestino irritável e os sem sintomas gastrintestinais;

2ª) Os pacientes acometidos de retocolite ulcerativa inespecífica, apresentam mais eventos estressantes de vida, como situações de luto, nos doze meses que antecedem o início dos sintomas, do que os pacientes com síndrome do intestino irritável e os sem sintomas relacionados ao aparelho digestivo.



4. Pacientes e Métodos

4.1. CASUÍSTICA

Foram estudados trinta e um pacientes com diagnóstico de RCUI, trinta pacientes com o diagnóstico de SII, provenientes do Ambulatório de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas e trinta pacientes sem sintomas relacionados ao aparelho digestivo (Grupo Controle), provenientes do Ambulatório de Oftalmologia do mesmo hospital.

Os diagnósticos de RCUI e SII foram realizados de acordo com critérios descritos nos itens 1.3 e 1.4 da introdução deste trabalho.

4.2. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Os pacientes que integraram os grupos RCUI e SII, inicialmente, foram rigorosamente avaliados pela equipe médica, que se baseou nos critérios diagnósticos definidos previamente neste trabalho. Em seguida, ambos os grupos, na seqüência em que tiveram atendimento pela equipe médica, foram encaminhados para a entrevista inicial com a presente pesquisadora. Nesta entrevista observaram-se os pacientes, de acordo com os seguintes critérios de seleção:

1. Não estarem na fase aguda e, conseqüentemente, não necessitarem de internação no ambiente hospitalar. Esse critério de exclusão se deve à crença de que, fora do ambiente natural, podem ocorrer variáveis indesejáveis ao estudo, ou seja, intensificando o fator de estresse, grau de ansiedade e depressão dos pacientes;

2. Pertencerem à faixa etária de 20 a 55 anos, de ambos os sexos. Tal critério de escolha se deve ao objetivo do estudo de pacientes adultos, que possuam a capacidade de expressar seus próprios sentimentos, emoções e história de vida. A exclusão de pacientes acima de 55 anos, se deve à maior probabilidade dos mesmos apresentarem quadros degenerativos, em função da idade, o que poderia comprometer o método utilizado neste trabalho;

3. Estarem cientes dos objetivos desta pesquisa e terem concordado em participar do protocolo;

4. Serem capazes de compreender o questionário de histórico de vida e as escalas de avaliação de humor, que compõem o método desta pesquisa.

Os pacientes que atenderam aos critérios de seleção ficaram cientes dos objetivos desta pesquisa e foram convidados para a participação espontânea na mesma.

Para a formação do grupo controle, obteve-se o consentimento da chefia do Ambulatório de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da UNICAMP. No Ambulatório de primeira consulta, os pacientes dentro da faixa etária de 20 a 55 anos, na mesma ordem de atendimento pela equipe de oftalmologia, foram encaminhados para entrevista inicial com a presente pesquisadora. Nesta entrevista, inicialmente, os pacientes foram questionados se eram portadores de algum distúrbio gastrointestinal. Sendo a resposta negativa, eram informados sobre os objetivos desta pesquisa e convidados para a participação espontânea na mesma.

As entrevistas realizadas com os pacientes dos três grupos ocorreram no período entre maio de 1993 e maio de 1994. O local das entrevistas foram as salas de atendimento dos ambulatórios, nos quais os pacientes eram atendidos pelas equipes médicas. As entrevistas ocorreram no período da manhã, às segundas e sextas feiras e tiveram, aproximadamente, uma hora e meia de duração.

4.3. INSTRUMENTOS

O tratamento realizado na pesquisa foi unificado para os três grupos de pacientes, possibilitando maior fidedignidade na comparação entre os mesmos.

Os pacientes, no primeiro momento da entrevista, foram levados a relatar, de forma livre, aspectos significativos de sua história de vida, considerando tanto eventos positivos, quanto negativos. Posteriormente a essa fase, a entrevista passou a ser dirigida com base no roteiro de histórico de vida (Vide Anexo 1), utilizado por CABRAL (1985) e por MESQUITA (1991).

Este roteiro foi baseado na entrevista psiquiátrica aplicada no Hospital Maudsley de Londres, que consta do livro-texto de *Psiquiatria Clínica* de MAYER-GROSS, SLATER, ROTH(1972). Nesta pesquisa, foi adaptado às condições específicas das populações estudadas.

Realizou-se a aplicação das escalas: de Beck, para depressão (Vide Anexo 2) e de traços e de comportamentos de agressividade de Gayral (Vide Anexo 3).

Fez-se a escolha de ambas as escalas pela possibilidade de aplicação à população brasileira de baixo nível sócio-econômico, em função da adaptação e padronização realizadas em pesquisas anteriores.

A escala de Beck para depressão (BECK et al, 1961) foi traduzida para o Português, por MATOS, PIEDRABUENA & KARNIOL (1984), que a adaptaram para a aplicação em pacientes de baixo nível sócio-cultural, através da leitura em voz alta dos diversos itens, pelo entrevistador. Esta escala avalia, subjetivamente, a presença de depressão. Consta de vinte e um itens, com diversos sub-itens, que são lidos pelo entrevistador, e o paciente escolhe a resposta que melhor corresponde ao seu estado, durante a entrevista. MATOS et al (1984) estabeleceram níveis de cortes para o número de pontos que permitem classificar depressão como ausente (pontuação inferior a 18), moderada (entre 18 e 25 pontos) e grave (mais de 25 pontos). Esta escala foi escolhida por ser subjetiva, isto é, depende da avaliação feita pelo próprio paciente, possibilitando, também, a comparação com a avaliação realizada pelo entrevistador.

A escala de traços e de comportamentos de agressividade de Gayral, que avalia a presença de ansiedade, depressão e somatização, associadas a comportamentos auto e hetero-agressivos, por parte dos pacientes, foi traduzida para o Português e validada por CABRAL (1985), no estudo de pacientes com Artrite Reumatóide. Esta escala mede a ansiedade, depressão, combatividade (exteriorização da agressividade), introjeção da raiva, somatização e distúrbios de personalidade. A técnica de aplicação é a de perguntas feitas diretamente aos pacientes, com a intenção de obter respostas do tipo SIM e NÃO.

Esta escala foi escolhida, principalmente, por ter sido elaborada com base em observações clínicas realizadas por GAYRAL (1979), que as correlacionou com sua experiência na aplicação de várias escalas, como a MMPI, Rorschach, entre outros. Foi aplicada, ainda, na

França, em diversos estudos com neurose histérica e obsessiva, alcoolismo, sarcoidose pulmonar, por exemplo. Foi selecionada, também, por ser uma escala de caráter tanto objetivo quanto subjetivo: a avaliação dos dados depende tanto de análise do entrevistador como do paciente. E, finalmente, por possibilitar o estudo mais profundo dos aspectos psicológicos dos pacientes com diagnósticos de RCUI e SII, que são considerados, na hipótese desse trabalho, como significativos na etiopatogenia dessas síndromes.

4.4. PLANO PILOTO

O plano piloto, composto por uma amostra de dez pacientes com o diagnóstico de RCUI, foi realizado no período de março a abril de 1993. Os pacientes foram encaminhados para a entrevista, após serem atendidos pela equipe médica do Ambulatório de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Este trabalho objetivou avaliar se o método e seus instrumentos eram eficazes para esta pesquisa e também possibilitou um treino prévio da pesquisadora, na forma de verbalização mais adequada aos pacientes, no intuito de elaborar uma explicação padronizada com uma linguagem mais simples, apropriada para a população em estudo.

4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados da pesquisa foram analisados visando comparações intra e inter grupos.

Realizaram-se análises dos dados obtidos pelos instrumentos que compõem o método deste estudo, isto é: roteiro de histórico de vida (Anexo 1); escala de Beck para depressão (Anexo 2) e escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral (Anexo 3).

As análises foram descritivas, com a elaboração de tabelas, gráficos e percentuais de ocorrência das variáveis em estudo.

Desenvolveram-se as seguintes etapas:

1ª) Os dados obtidos nas entrevistas realizadas nos três grupos, através do roteiro de história de vida e das escalas de Beck para depressão, e de traços e de comportamentos de agressividade de Gayral, foram passados a planilhas, para posterior digitação. Objetivando facilitar a análise dos dados, algumas respostas foram agrupadas em categorias, através de uma análise de conteúdo das mesmas, realizada previamente.

2ª) Após a digitação dos dados no computador, fez-se uma análise inicial através das técnicas descritivas da estatística univariada. Estas técnicas objetivam verificar a consistência dos dados obtidos.

2.1. As **variáveis categóricas** (por ex: grau de instrução) foram categorizadas e reagrupadas, de acordo com os significados das respostas e seus percentuais observados, ou seja, respostas com significados muito próximos foram reunidas num grupo único, que foi denominado por uma palavra.

2.2. Algumas **variáveis ordinais ou contínuas** foram categorizadas. A idade da enurese noturna, por exemplo, que é uma variável contínua, passou a ser categórica desde que consideramos os grupos: não lembra; até os seis anos; de sete a nove anos; mais de dez anos.

2.3. Outras variáveis, como as das escalas de Beck e de Gayral, foram mantidas na forma original. Também foram deixadas na forma original as categóricas de respostas sim ou não.

3ª) Com o propósito de descrever as características dos entrevistados com base no roteiro de histórico de vida, calcularam-se as estatísticas univariadas descritas de cada característica.

4ª) Para comparar as características entre os três grupos, adotou-se para cada uma das variáveis, o seguinte procedimento:

4.1. Quando a variável era contínua, analisaram-se as médias ou medianas (ambas são medidas de tendência central), utilizando o teste de homogeneidade entre grupos, que foi realizado conforme a indicação do teste prévio de normalidade de Shapiro-Wilk no nível 5%. Esse índice corresponde ao nível de significância, que é um parâmetro estabelecido antes do teste e equivale a probabilidade de rejeitar a hipótese nula nos testes de homogeneidade. Esta hipótese sendo verdadeira, significa que as médias entre os grupos estudados são semelhantes.

4.1.1. Se o teste rejeitou a normalidade, utilizou-se o não-paramétrico de Kruskal-Wallis no nível 5%. (Este teste é uma generalização do teste de Wilcoxon, para o caso de mais de dois grupos).

4.1.2. Se o teste confirmou a normalidade, utilizou-se o de ANOVA (Análise de Variância), no nível 5%.

4.2. Quando a variável era categórica ou categorizada, elaborou-se uma tabela de contingência, na qual as linhas são compostas pelos grupos e as colunas, pelas categorias correspondentes à variável em questão. Assim, as caselas da tabela contêm o número de observações de cada combinação grupo-categoria e a percentagem que a categoria representa para cada grupo. Sobre esta tabela realizou-se o teste de homogeneidade entre grupos e no nível 5%, conforme o caso apropriado:

4.2.1. Se pelo menos algumas das caselas apresentaram-se como o esperado sob hipótese de homogeneidade, cinco ou menos observações, foi utilizado o teste exato de Fisher no nível de significância de 5%;

4.2.2. Caso contrário, utilizaram-se o teste X^2 (Qui-Quadrado) e o da Razão de Verossimilhança, ambos no nível 5%.

Quando a tabela apresentou uma dimensão grande, como no caso das características de personalidade e das escalas de Beck para depressão e de traços e de comportamento de agressividade de Gayral, foi aplicada a análise de correspondência (AGUAYO, 1993).

Análise de correspondência é uma técnica que tem como objetivo o estudo de tabela de frequências cruzadas, chamadas também de contingência. Esta é uma técnica da análise exploratória, por fornecer uma idéia de como é a associação das variáveis categóricas envolvidas na tabela de contingência, ou seja, da relação entre as categorias das variáveis. A abordagem da análise de correspondência está enfatizada em representações geométricas, resultantes da decomposição da consagrada estatística Qui-Quadrado de PEARSON (1904) utilizada para indicar se existe associação na tabela. Os gráficos, resultados desta análise, mostram simultaneamente as categorias das variáveis da tabela, de forma ótima. A grosso modo, o gráfico indica:

a) Que existe associação, por exemplo, de um grupo a uma determinada categoria (características de personalidade), se ambos estiverem próximos entre si, e não muito perto da origem;

b) Que um grupo se opõe a associar-se a uma categoria, se as representações se localizam em lados opostos do gráfico, e

c) Duas categorias de uma mesma variável, são similares com respeito à distribuição da outra variável, se localizam próximas no gráfico.

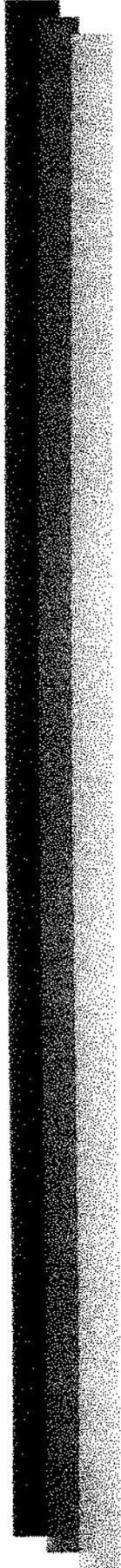
Muitas vezes, os resultados destas análises sugeriram novos agrupamentos e, como conseqüência, foram refeitos os passos a partir da 2ª Etapa.

5ª) Para o grupo de variáveis que descrevem as características de personalidade (estas são de respostas SIM e NÃO), foi elaborada uma tabela resumo, na qual as linhas são compostas pelos grupos e cada coluna representa uma variável. As caselas mostram a incidência de cada grupo na resposta positiva, por exemplo: a casela que cruza o grupo RCUI e a variável fadigamento fácil, mostra a percentagem de respostas positivas, dentro do grupo RCUI. Na parte inferior da tabela, adicionou-se uma última linha, contendo os P-Valores do teste utilizado na etapa 4.2., sendo eles: teste Exato de Fisher ou teste Qui-Quadrado. Sobre a primeira tabela, foi aplicada a análise de correspondência para visualizar, em conjunto, todas as relações observadas entre os grupos e as características de personalidade.

6ª) Para as variáveis da escala de Beck, foi elaborada uma tabela resumo, na qual as linhas são compostas pelos grupos e cada coluna representa uma variável. As caselas mostram a média das respostas. Em adição, colocou-se uma última linha, contendo as médias gerais dos três grupos, e uma última coluna, contendo os P-Valores do teste utilizado em 4.1., sendo eles: teste não-paramétrico de Shapiro-Wilk ou teste de ANOVA.

7ª) Para as variáveis da escala de Gayral, seguiram-se procedimentos análogos aos descritos no segundo passo referido no parágrafo anterior (6ª etapa).

8ª) Finalmente, a análise de dados obtidos pela estatística descritiva foi comparada à dos dados qualitativos, obtidos através dos relatos livres das histórias de vida, de cada paciente, dos três grupos.



5. Resultados e Discussão

5.1. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS TRINTA E UM PACIENTES COM RCUI TRINTA PACIENTES COM SII E TRINTA CONTROLES, QUANTO AO SEXO, IDADE E PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

TABELA 1: Distribuição dos números de pacientes que compõem os grupos RCUI, SII e Controle

GRUPO	NÚMERO	%
CONTROLE	30	33.0
RCUI	31	34.1
SII	30	33.0
TOTAL	91	100.0

TABELA 2: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto à idade

GRUPO	NÚMERO	IDADE				
		MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	ERRO PADRÃO
CONTROLE	30	20	55	37.1	9.3	1.7
RCUI	31	21	55	37.0	9.6	1.7
SII	30	20	55	37.1	9.3	1.7
TOTAL	91	20	55	37.1	9.3	1.7

Foram investigados trinta e um pacientes com diagnóstico de RCUI, com idade média de 37 anos, sendo a mínima de 21 anos e a máxima de 55 anos; trinta pacientes com SII, com idade média de 37 anos, sendo a mínima de 20 anos e a máxima de 55 anos e trinta pacientes do grupo controle, sem sintomas gastrintestinais, com idade média de 37 anos, tendo uma idade mínima de 20 e a máxima de 55 anos (Tabelas 1 e 2). Comparando-se os três grupos, houve homogeneidade com relação à idade (ANOVA: F= 0,093, P-V= 0,9111).

TABELA 3: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto ao sexo

GRUPO		SEXO		TOTAL
		FEMININO	MASCULINO	
CONTROLE	Número	15	15	30
	%	50.0	50.0	100.0
RCUI	Número	14	17	31
	%	45.2	54.8	100.0
SII	Número	13	17	30
	%	43.3	56.7	100.0
TOTAL	Número	42	49	91
	%	46.2	53.8	100.0

Quanto à distribuição do sexo, verificaram-se, os dados seguintes, conforme Tabela 3: no grupo com RCUI: 14 do sexo feminino e 17 do masculino; no grupo com SII: 13 do feminino e 17 do sexo masculino e no grupo de Controle: 15 do sexo feminino e 15 do masculino. Os três grupos mostraram-se homogêneos com relação à distribuição do sexo [$\chi^2(2)= 0,287$, P-V= 0,866].

TABELA 4: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto à raça

GRUPO		RAÇA			TOTAL
		CAUCASÓIDE	NEGRÓIDE	AMARELA	
CONTROLE	NÚMERO	21	9	0	3
	%	70.0	30.0	0	100,0
RCUI	NÚMERO	23	7	1	31
	%	74.2	22.6	3.2	100,0
SII	NÚMERO	25	5	0	30
	%	83.3	16.7	0	100,0
TOTAL	NÚMERO	69	21	1	91
	%	75.8	23.1	1.1	100,0

Na Tabela 4, os três grupos, apresentaram-se homogêneos, com relação à raça [$X^2(4)= 3,464$, $P-V= 0,483$]. Na amostra total (noventa e um pacientes), verificou-se um predomínio da raça caucasóide (75,8%).

TABELA 5: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto ao estado civil

GRUPO		ESTADO CIVIL					TOTAL
		AMASIADO	CASADO	SEPARADO	SOLTEIRO	VIVO	
CONTROLE	NÚMERO	0	14	5	10	1	30
	%	0	46.7	16.7	33.3	3.3	100,0
RCUI	NÚMERO	1	21	1	8	0	31
	%	3.2	67.7	3.2	25.8	0	100,0
SII	NÚMERO	0	17	0	11	2	30
	%	0	56.7	0	36.7	6.7	100,0
TOTAL	NÚMERO	1	52	6	29	3	91
	%	1.1	57.1	6.6	31.9	3.3	100,0

De acordo com os dados da Tabela 5, que apresenta a distribuição dos três grupos quanto ao estado civil, observou-se um predomínio para **casado**, seguido da condição de **solteiro**. A análise comparativa dos três grupos [$X^2(8)= 12,900$, P-V= 0,115] mostrou uma distribuição homogênea.

TABELA 6: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto ao nível de escolaridade

Grupos	Sexo	Grau de Escolaridade							Total
		ANALFA	1º G.I	1º G.C	2º G.I	2º G.C	3º G.I	3º G.C	
CONTROLE	Nº	1	16	1	5	5	2	0	30
	%	3.3	53.3	3.3	16.7	16.7	6.7	0	100.0
RCUI	Nº	0	19	2	0	6	1	3	31
	%	0	61.3	6.5	0	19.4	3.2	9.7	100.0
SII	Nº	2	18	1	2	4	0	3	30
	%	6.7	60.0	3.3	6.7	13.3	0	10.0	100.0
TOTAL	Nº	3	53	4	7	15	3	6	91
	%	3.3	58.2	4.4	7.7	16.5	3.3	6.6	100.0

Legenda: ANALFA = Analfabeto
 1-3º GI = 1º - 3º grau incompleto
 1-3º GC = 1º - 3º grau completo

Quanto ao nível de escolaridade descrito na Tabela 6, verificou-se uma distribuição homogênea nos três grupos [$X^2(12)= 13,576$, P-V= 0,329]. Na amostra global (n=91) houve o predomínio dos pacientes com o 1º Grau incompleto (58,2% do total), seguido dos que completaram o 2º Grau (16,5% do total).

TABELA 7: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto à ocupação

		SERV	CTart	COM	AFAST	INDUSTR	DESEMP	AGROP	ADMIN	LEGEXJ	
CONTROLE	Nº	11	3	4	4	1	2	2	2	1	30
	%	36.7	10.0	13.3	13.3	3.3	6.7	6.7	6.7	3.3	100.0
RCUI	Nº	12	6	4	2	3	2	2	0	0	31
	%	38.7	19.4	12.9	6.5	9.7	6.5	6.5	0	0	100.0
SII	Nº	14	5	0	2	3	3	1	1	1	30
	%	46.7	16.7	0	6.7	10.0	10.0	3.3	3.3	3.3	100.0
TOTAL	Nº	37	14	8	8	7	7	5	3	2	91
	%	40.7	15.4	8.8	8.8	7.7	7.7	5.5	3.3	2.2	100.0

LEGENDA:

SERV. = Serviços Gerais

CTart. = Ciências Técnicas e Artísticas

COM. = Comércio

AFAST. = Afastamento

INDUSTR. = Indústria

DESEMP. = Desemprego

AGROP. = Agropecuária

ADMIN. = Serviços Administrativos

LEG.EX.J. = Serviços no Setor Legislativo,

Executivo ou Judiciário

A Tabela 7 descreve os dados referentes à ocupação atual dos três grupos, de acordo com a classificação adotada pelo Manual de Instruções - Tabela de Ocupação da Secretaria da Receita Federal - Ministério da Fazenda do Brasil (1994), contendo as seguintes categorias: Serviços Gerais, Ciências Técnicas e Artísticas, Comércio, Indústria, Agropecuária, Serviços Administrativos, Serviços no Setor Legislativo, Executivo ou Judiciário, Afastamento e

Desemprego. Verificou-se homogeneidade entre os três grupos [$X^2(16)= 11,206$, $P-V=0,797$]. Na amostra global ($n=91$), houve uma tendência para a execução de serviços gerais (40,7% do total).

TABELA 8: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto à naturalidade

GRUPO		NATURALIDADE								TOTAL
		R.C.OEST	R.NORDES	R.NORT	R.SUD	R.SUL	EXTER	INT.SP	R.CPS	
CONTROLE	Nº	0	1	1	4	2	0	15	6	29
	%	0	3,4	3,4	13,8	6,9	0	51,7	20,7	100,0
RCUI	Nº	1	4	5	3	3	1	9	5	31
	%	3,2	12,9	16,1	9,7	9,7	3,2	29,0	16,1	100,0
SII	Nº	0	3	2	9	0	0	12	4	30
	%	0	10,0	6,7	30,0	0	0	40,0	13,3	100,0
TOTAL	Nº	1	8	8	16	5	1	36	15	90
	%	1,1	8,9	8,9	17,8	5,6	1,1	40,0	16,7	100,0

Quando à distribuição da naturalidade, descrita na Tabela 8, houve homogeneidade entre os três grupos [$X^2(14)=17,385$, $P-V=0,236$]. Através da análise da amostra global ($n=91$), observou-se a predominância dos pacientes naturais do interior de São Paulo (40% do total), seguido dos naturais da Região Sudeste (17,8%) e da Região de Campinas (16,7% do total).

TABELA 9: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto à procedência

GRUPO		PROCEDÊNCIA					TOTAL
		R.C.OEST	R.NORTE	R.SUDEST	INT.SP	R.CPS	
CONTROLE	Nº	1	1	2	13	13	30
	%	3,3	3,3	6,7	43,3	43,3	100,0
RCUI	Nº	0	1	0	8	21	30
	%	0	3,3	0	26,7	70,0	100,0
SII	Nº	0	1	2	14	13	30
	%	0	3,3	6,7	46,7	43,3	100,0
TOTAL	Nº	1	3	4	35	47	90
	%	1,1	3,3	4,4	38,9	52,2	100,0

LEGENDA DAS TABELAS 8 E 9

R.C.Oest. = Região Centro-Oeste
R.Nordest. = Região Nordeste
R.Nort. = Região Norte
R.Sudest. = Região Sudeste
R.Sul = Região Sul
Exter. = Exterior (Fora do Brasil)
Int.SP. = Interior São Paulo
R.CPS. = Região Campinas

De acordo com a Tabela 9, que descreve a procedência dos pacientes, constatou-se que os três grupos apresentaram uma distribuição homogênea [$X^2(8)=8,495$, $P-V=0,387$]. Na amostra global ($n=91$) houve um predomínio dos pacientes procedentes da região de Campinas (52,2% do total), seguidos pelos do interior do estado de São Paulo, com exclusão da região de Campinas (38,9% do total).

TABELA 10: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto à religião ou crença

GRUPO		RELIGIÃO/CRENÇA				TOTAL
		CATÓLICA	PENTECOSTAL	ESPIRITA	NENHUMA	
CONTROLE	Nº	25	3	1	1	30
	%	83.3	10.0	3.3	3.3	100.0
RCUI	Nº	23	6	1	0	30
	%	76.7	20.0	3.3	0	100.0
SII	Nº	23	5	2	0	30
	%	76.7	16.7	6.7	0	100.0
TOTAL	Nº	71	14	4	1	90
	%	78.9	15.6	4.4	1.1	100.0

OBS: Pentecostais

. *Assembléia de Deus*

. *Deus e Amor*

. *Igreja Evangélica*

do Nazareno Central

Os dados da Tabela 10 descrevem as práticas religiosas dos pacientes. A análise comparativa dos três grupos mostrou uma distribuição homogênea [$X^2(6)=3,613$, $P-V=0,729$]. Verificou-se na amostra global ($n=91$) o predomínio da religião católica (78,9% do total); seguida da religião pentecostal (15,6% do total).

As Tabelas de 2 a 10 mostram que houve uma homogeneidade entre os três grupos, quanto à idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade, ocupação, naturalidade, procedência e religião. Esses dados serão discutidos, embora o presente trabalho não permita conclusões relacionadas a epidemiologia dessas doenças.

Especificamente com relação à idade (Tabela 2), houve um controle da variável, através do critério de seleção deste estudo, que incluiu somente indivíduos dentro da faixa etária entre 20 a 55 anos. Porém, apesar dessa variável ter sido controlada, não houve diferença entre os três grupos.

A Tabela 2 mostra que os pacientes com os diagnósticos de RCUI e SII abrangeram a faixa etária entre a segunda e quarta décadas, conforme descrito na literatura (MAGALHÃES, SOUZA, MEDEIROS, 1990; QUILLICI, 1993).

Os três grupos demonstraram-se homogêneos com relação ao sexo (Tabela 3), não havendo predominância de um dos sexos. Para o grupo com RCUI, este dado coincide com a literatura recente, que nega uma maior prevalência de Doenças Inflamatórias Intestinais, como a RCUI, no sexo feminino (QUILLICI, 1993). Por outro lado, para o grupo SII, encontram-se estudos como o de DROSSMAN et al (1988), que demonstram haver maior incidência dessa síndrome no sexo feminino.

HEATON et al (1992), verificaram uma maior prevalência da SII no sexo feminino, porém atribuíram esse dado ao comportamento de procura ao médico e não à SII propriamente dita. Muitos indivíduos que apresentam sintomas típicos da SII não procuram atenção médica (DROSSMAN et al, 1982; SANDLEL et al, 1984; TAYLOR, 1987; BOMMELAER, ROUCH, DELASALLE, 1990; SMITH et al, 1990; WHITEHEAD et al, 1990). Este comportamento de procurar ou não o médico, pode ser explicado através de diferenças entre características de personalidade e entre estados emocionais (MENDELOFF et al, 1970; PRADO, RAMOS, VALLE, 1991b). Estes estudos não explicitaram as características de personalidade específicas, a cada um dos grupos. O primeiro formado por indivíduos que buscam atenção médica e o segundo por aqueles que não recorrem ao médico. O estudo de HEATON et al (1992) detectou sintomas típicos da SII em mais de 50% das mulheres e em 10% dos homens que procuram atenção médica. Verificaram, ainda, os autores que as mulheres com o diagnóstico de SII procuram os médicos mais freqüentemente do que os homens na mesma condição, visto que a prevalência dos sintomas na comunidade estudada foi semelhante, em ambos os sexos.

JASPERS (1973) citou diferenças entre os psiquismos do homem e da mulher e considerou que o sexo feminino tende a vivenciar suas experiências de vida com maior vulnerabilidade emocional. Esta característica pode explicar o maior número de pessoas do sexo feminino que procuram atenção médica.

A Tabela 4 mostra que, nos três grupos, predominou a raça caucasóide, reforçando os dados da literatura que indicam maior incidência da RCUI, em indivíduos de raça branca (MAGALHÃES et al, 1990).

Houve um predomínio, nos três grupos, dos pacientes serem casados (Tabela 5).

Quanto à escolaridade (Tabela 6) e à ocupação atual (Tabela 7), os três grupos mostraram ter baixo nível de escolaridade, a maioria não tendo completado o 1º Grau e demonstraram ocupar lugares, no mercado de trabalho, com atividades de baixa remuneração e não especialização, classificadas na categoria serviços gerais.

Quanto à naturalidade (Tabela 8), cidades do interior de São Paulo foram citadas com maior frequência. E, quanto à procedência (Tabela 9) houve um predomínio das cidades da região de Campinas.

A religião católica, seguida da pentecostal (Assembléia de Deus, Deus e Amor e Igreja Evangélica do Nazareno Central) foi a mais citada pelos pacientes dos três grupos (Tabela 10).

A homogeneidade quanto às principais características sócio-demográficas pode ser conseqüente à condição dos indivíduos terem sido recrutados no Hospital das Clínicas da UNICAMP. Sendo este um hospital público, atende preferencialmente a classes sociais menos favorecidas, economicamente, e conseqüentemente, abrange uma população com menor nível de escolaridade, por ter necessitado ingressar cedo no mercado de trabalho e recebe, também, indivíduos que exercem atividades profissionais não-especializadas. Por ser um hospital de referência e público, atende a uma camada ampla da população, proveniente, em sua maioria, da região de Campinas e de outras cidades do interior de São Paulo.

Verificou-se assim, nos três grupos, um conjunto de fatores sociais e culturais interdependentes, que podem gerar maiores dificuldades quanto à obtenção da educação, cultura, lazer, especialização profissional e melhores condições de vida.

5.2. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS TRINTA E UM PACIENTES COM RCUI, TRINTA PACIENTES COM SII E TRINTA CONTROLES, QUANTO AOS ANTECEDENTES PESSOAIS.

As Tabelas 11, 12 e 13 descrevem dados referentes às condições de nascimento dos pacientes.

TABELA 11: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto ao parto a termo

GRUPO		PARTO A TERMO			TOTAL
		DESCONHECE	NAO	SIM	
CONTROLE	NUMERO	1	0	29	30
	%	3.3	0	96.7	100.0
RCUI	NÚMERO	2	0	29	31
	%	6.5	0	93.5	100.0
SII	NÚMERO	2	1	27	30
	%	6.7	3.3	90.0	100.0
TOTAL	NUMERO	5	1	85	91
	%	5.5	1.1	93.4	100.0

No que se refere às condições do parto, os três grupos mostraram-se homogêneos. Tabela 11 [$\chi^2(4) = 2,487$; $P = 0,647$; teste exato de Fisher: $P-V = 0,780$]. Na amostra global ($n = 91$) houve uma predominância do parto a termo (93,4% do total).

TABELA 12: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto ao parto normal

		TIPO DE PARTO			TOTAL
		DESCONHECE	NAO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	2	0	28	30
	%	6.7	0	93.3	100.0
RCUI	NÚMERO	1	1	29	31
	%	3.2	3.2	93.5	100.0
SII	NÚMERO	2	1	27	30
	%	6.7	3.3	90.0	100.0
TOTAL	NÚMERO	5	2	84	91
	%	5.5	2.2	92.3	100.0

Observou-se também uma homogeneidade entre os três grupos, quanto ao tipo de parto (Tabela 12) [$\chi^2(4) = 1,451$, P-V = 0,835; teste exato de Fisher: P-V = 0,940]. Houve uma predominância dos partos normais na amostra global (92,3% do total - n=91).

TABELA 13: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto ao aleitamento materno nos primeiros 6 meses de vida

		TIPO DE ALEITAMENTO			TOTAL
		DESCONHECE	NAO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	1	0	29	30
	%	3.3	0	96.7	100.0
RCUI	NÚMERO	2	2	27	31
	%	6.5	6.5	87.1	100.0
SII	NÚMERO	3	5	22	30
	%	10.0	16.7	73.3	100.0
TOTAL	NÚMERO	6	7	78	91
	%	6.6	7.7	85.7	100.0

A análise dos dados da Tabela 13 revelou uma homogeneidade dos três grupos, quanto ao fato dos pacientes terem sido amamentados pela mãe, nos primeiros seis meses de vida [$\chi^2(4) = 7,487$, $P-V = 0,112$; teste exato de Fisher: $P-V = 0,0968$]. Porém, observou-se uma menor tendência nos pacientes com SII, quanto à amamentação materna nos primeiros seis meses de vida (73,3% do total na SII, comparando-se com 85,7% da amostra global) e um maior desconhecimento deste dado da infância (10% do total na SII, comparando-se com 6,6% da amostra global).

Houve uma homogeneidade entre os três grupos, quanto aos dados referentes às condições de nascimento, descritos nas tabelas 11, 12 e 13.

Nos pacientes com SII houve uma tendência a não terem sido amamentados pela mãe nos primeiros seis meses de vida, quando comparados à amostra global (Tabela 13).

Os dados com relação à amamentação materna são significativos na história clínica do paciente, visto que o leite materno é importante para proteção imunológica e nutrição do bebê, nos primeiros meses de vida. Também porque o próprio ato de amamentar gera um contato físico e afetivo entre a mãe e o bebê, relevante para seu desenvolvimento afetivo-emocional (CABRAL, 1985).

McDOUGALL (1991) afirma a importância da relação mãe-filho nos primeiros meses de vida, como sendo a base do desenvolvimento psicofísico da criança. Quando essa relação é suficientemente boa, o desenvolvimento ocorre da seguinte maneira: a partir da matriz somatopsíquica original, composta pela fusão entre a mãe e o bebê, a estrutura psíquica da criança vai poder diferenciar, progressivamente, o seu corpo e o corpo materno, sendo este a primeira representação do mundo externo. Ao mesmo tempo, a mente do bebê vai distinguindo, gradualmente, o psíquico do somático. Essa "dessomatização" do psiquismo ocorre paralelamente a uma busca psíquica dupla: fundir-se completamente com a mãe-universo e, ao mesmo tempo, ser totalmente diferenciado dela. Se a mãe pode exercer seu papel adequadamente, o bebê, através dos processos psicológicos de internalização (incorporação, introjeção e identificação), poderá construir uma imagem do ambiente maternal, depois uma representação mental da mãe, enquanto figura tranquilizadora, capaz de acalmar as "tempestades" afetivas do bebê e transformá-las, sem contrariar seu desejo constante de alcançar

autonomia somática e psíquica. Em seguida, com o desenvolvimento da linguagem, a representação mental da mãe, como pessoa, poderá ser nomeada e evocada. Isto é essencial para a estruturação do psiquismo, que possibilitará, a criança, condição de assumir, por si mesma, as funções maternas introjetadas, se a palavra "mamãe" representar um sentido tranquilizador, capaz de gerar segurança e conforto.

A partir da comunicação simbólica (linguagem), o desejo ambivalente da criança de ser ela mesma e, ao mesmo tempo, ser parte indissolúvel do outro, é recalcado. Qualquer fracasso nesse processo irá comprometer-lhe a capacidade de integrar e reconhecer, como seu, o próprio corpo, seus pensamentos e seus afetos. Se a mãe não conseguir criar para seu bebê a ilusão de que a realidade externa e a interna são uma única coisa, se não conseguir ouvir, alternadamente, os desejos de fusão, de diferenciação e de individualização de seu filho, estará arriscando-se a colocá-lo em confronto com condições que poderão levá-lo à psicose ou psicossomatose. Isso impedirá a criança de apropriar-se psiquicamente de seu corpo, de suas emoções e de sua capacidade de pensar ou de associar pensamentos e sentimentos (McDOUGALL, 1991).

McDOUGALL (1991) defende o pressuposto de que, na somatização ou na psicossomatose, ocorre um fenômeno psíquico semelhante ao que acontece na psicose: as palavras, esvaziadas de seu conteúdo afetivo, perdem o valor simbólico e são tratadas como coisas e a experiência psíquica que deveriam conter (a representação da palavra e o afeto a ela associado) é lançada para fora do psiquismo, ao invés de ser recalçada. Assim, não existe a possibilidade do psiquismo desenvolver sintomas psicológicos, abrindo caminho para expressão no soma.

5.3. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS TRINTA E UM PACIENTES COM RCUI, TRINTA PACIENTES COM SII E TRINTA CONTROLES, QUANTO AO DESENVOLVIMENTO INICIAL.

As questões referentes à idade de início da dentição, de falar, do andar, do controle esfinteriano para a micção e evacuação, não foram analisadas estatisticamente porque os pacientes dos três grupos não se recordaram dessas informações.

TABELA 14: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto à condição de fragilidade na infância

GRUPO		CRIANÇA FRÁGIL		TOTAL
		NÃO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	23	7	30
	%	76.7	23.3	100.0
RCUI	NÚMERO	17	14	31
	%	54.8	45.2	100.0
SII	NÚMERO	14	15	29
	%	48.3	51.7	100.0
TOTAL	NÚMERO	54	36	90
	%	60.0	40.0	100.0

A Tabela 14 descreve a distribuição dos três grupos quanto a terem sido crianças frágeis. A análise global revelou que 60% dos pacientes referiram não terem sido crianças frágeis, não havendo diferenças estatisticamente significantes entre os três grupos. [$\chi^2(2)= 5,477$, P-V= 0,065; teste exato de Fisher: P-V= 0,0618]. Por outro lado observou-se uma tendência do grupo com SII a responder positivamente a esse item (51,7% do total com SII).

O termo **criança frágil** se refere a respostas afirmativas quanto às indagações de terem sido, na infância, muito sujeitos a doenças, necessitando de freqüentes cuidados dos pais e constantes visitas a médicos (CABRAL, 1985).

A partir de uma análise global da Tabela 14, houve um predomínio de não terem sido "crianças frágeis", ou seja, sujeitos a doenças, necessitando assim de atenção da família e de cuidados médicos.

Nos pacientes com SII, houve uma tendência a terem sido crianças frágeis, quando comparados aos grupos RCUI e Controle. Esse dado coincide com a literatura: JONES & LYDEARD (1992), FARTHING (1995), WALKER et al (1990) e DROSSMAN et al (1988) demonstraram que os pacientes com SII quando comparados a grupos Controles, referem mais freqüentemente sua fragilidade na infância e, conseqüentemente, terem recebido cuidado e atenção dos pais, em relação à sua saúde.

É possível que a atitude dos pais de dar excessiva atenção e cuidado aos sintomas somáticos da criança possa ter reforçado, na mesma, um comportamento de preencher suas necessidades afetivas através do desenvolvimento de somatizações. Esse comportamento, sendo reforçado e mantido no crescimento da criança, pode abrir caminhos para a criação de somatizações no adulto e, possivelmente, para a manifestação de quadros sintomatológicos, tais como a SII.

5.4. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS TRINTA E UM PACIENTES COM RCUI, TRINTA PACIENTES COM SII E TRINTA CONTROLES, QUANTO AOS SINTOMAS NEURÓTICOS DA INFÂNCIA

Foram pesquisados os seguintes comportamentos e reações psicofísicas, ocorridos durante a infância: terror noturno, sonambulismo, solilóquio, crise de birra, enurese noturna, encoprese, chupar os dedos, roer as unhas, caprichos alimentares, gagueira, estado de medo e crianças modelo (Tabelas 15 a 26).

Esses dados foram obtidos através da recordação dos pacientes e, conseqüentemente, influenciados pelo fator memória e pela representação emocional, internalizada em cada paciente.

A análise (teste Qui-Quadrado e teste Exato de Fisher) revelou que os três grupos demonstraram-se homogêneos, respondendo negativamente aos seguintes itens:

TABELA 15: Distribuição dos 21 pacientes com RCUI, 28 pacientes com SII e 29 Controles, que recordaram o item encoprese

GRUPO		ENCOPRESE		TOTAL
		NAO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	28	1	29
	%	96.6	3.4	100.0
RCUI	NÚMERO	17	4	21
	%	81.0	19.0	100.0
SII	NÚMERO	24	4	28
	%	85.7	14.3	100.0
TOTAL	NÚMERO	69	9	78
	%	88.5	11.5	100.0

a) Encoprese:

Definida como o escoamento involuntário e repetido de fezes nas roupas, sem uma etiologia orgânica que explique o sintoma (GRUNSPUN, 1976; KAPLAN & SADOCK, 1984a). Esta reação não esteve presente em 88,5% dos setenta e oito pacientes que revelaram recordar esse aspecto, não havendo diferenças estatísticas significantes entre os grupos. Conseqüentemente, treze pacientes da amostra global não recordaram. (Tabela 15) [$X^2(2) = 3,227$, P-V= 0,199; teste Exato de Fisher: P-V= 0,195].

TABELA 16: Distribuição dos 29 pacientes com RCUI, 28 pacientes com SII e 28 Controles, que recordaram o item chupar dedos na infância

GRUPO		CHUPAR DEDOS		TOTAL
		NÃO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	26	2	28
	%	92.9	7.1	100.0
RCUI	NÚMERO	21	8	29
	%	72.4	27.6	100.0
SII	NÚMERO	22	6	28
	%	78.6	21.4	100.0
TOTAL	NÚMERO	69	16	85
	%	81.2	18.8	100.0

b) Chupar os Dedos:

O comportamento de chupar o dedo pode estar relacionado a uma regressão a satisfações orais, quando o indivíduo se encontra sob pressão ou estresse psicológico. Outra linha teórica associa esse comportamento a uma aprendizagem adquirida culturalmente. Até os 5 anos de idade, esse comportamento é esperado, e pode estar associado à imaturidade emocional e/ou fisiológica (GRUNSPUN, 1976; KAPLAN & SADOCK, 1984a). Não foi recordado por seis pacientes da amostra global e dos oitenta e cinco que recordaram esse item, 81,2% responderam negativamente, havendo homogeneidade entre os grupos. (Tabela 16) [$\chi^2(2)= 4,082$, P-V= 0,130; teste exato de Fisher: P-V= 0,143].

TABELA 17: Distribuição dos 30 pacientes com RCUI, 29 pacientes com SII e 29 Controles, que recordaram o item roer as unhas na infância

GRUPO		ROER AS UNHAS		TOTAL
		NÃO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	23	6	29
	%	79.3	20.7	100.0
RCUI	NÚMERO	20	10	30
	%	66.7	33.3	100.0
SII	NÚMERO	23	6	29
	%	79.3	20.7	100.0
TOTAL	NÚMERO	66	22	88
	%	75.0	25.0	100.0

c) Roer Unhas:

Segundo o referencial psicanalítico, o comportamento de roer as unhas pode ser consequência da ação de impulsos competitivos, em relação às figuras parentais (GRUNSPUN, 1976; KAPLAN & SADOCK, 1984a). Em resposta a esse conflito, a criança tende a roer as unhas, não entrando em contato com seus impulsos agressivos e praticando auto-flagelação. Tal comportamento é classificado como manipulatório, porque tem função de aliviar a tensão emocional e a ansiedade. Essa informação do roteiro de anamnese não foi lembrada por três pacientes da amostra global e dos oitenta e oito que recordaram este item, 75% responderam negativamente, houve assim, homogeneidade entre os grupos. (Tabela 17) [$X^2(2)= 1,686$, P-V= 0,430; teste exato de Fisher: P-V= 0,459].

TABELA 18: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, que recordaram o item caprichos alimentares na infância

GRUPO		CAPRICHOS ALIMENTARES		TOTAL
		NÃO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	25	5	30
	%	83.3	16.7	100.0
RCUI	NÚMERO	28	3	31
	%	90.3	9.7	100.0
SII	NÚMERO	24	6	30
	%	80.0	20.0	100.0
TOTAL	NÚMERO	77	14	91
	%	84.6	15.4	100.0

d) Caprichos Alimentares:

Da amostra global 84,6% responderam que não tiveram caprichos alimentares durante a infância. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos. (Tabela 18) [$X^2(2)= 1,304$, P-V= 0,521; teste exato de Fisher: P-V= 0,512].

TABELA 19: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 29 pacientes com SII e 30 Controles, que recordaram o item gagueira na infância

GRUPO		GAGUEIRA NA INFÂNCIA		TOTAL
		NÃO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	28	2	30
	%	93.3	6.7	100.0
RCUI	NÚMERO	30	1	31
	%	96.8	3.2	100.0
SII	NÚMERO	24	5	29
	%	82.8	17.2	100.0
TOTAL	NÚMERO	82	8	90
	%	91.1	8.9	100.0

e) Gagueira ou Tartamudez:

É classificada como um distúrbio da fala e ocorre em função de um bloqueio intermitente, uma repetição compulsiva ou de um prolongamento de sons, sílabas e frases (GRUNSPUN, 1976; KAPLAN & SADOCK, 1984b). Pode estar associada a espasmos tônico-clônicos, envolvendo a respiração, fonação e articulação. A causa da tartamudez é controvertida, existindo teorias genéticas, psicogênicas e ambientais que procuram explicar sua etiologia. Somente um paciente do grupo com SII não recordou esse item e dos noventa que recordaram, 91,1% responderam negativamente, havendo homogeneidade entre os grupos. (Tabela 19 - $[X^2(2)= 3,909, P-V= 0,142; \text{teste exato de Fisher: } P-V= 0,141]$).

TABELA 20: Distribuição dos 30 pacientes com RCUI, 29 pacientes com SII e 30 Controles, que recordaram o item sonambulismo na infância

GRUPO		SONAMBULISMO NA INFÂNCIA		TOTAL
		NÃO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	27	3	30
	%	90.0	10.0	100.0
RCUI	NÚMERO	28	2	30
	%	93.3	6.7	100.0
SII	NÚMERO	24	5	29
	%	82.8	17.2	100.0
TOTAL	NÚMERO	79	10	89
	%	88.8	11.2	100.0

f) Sonambulismo:

Dois pacientes da amostra global não recordaram este item. Dos oitenta e nove que se lembraram, 88,8% responderam não ter apresentado episódios de sonambulismo durante a infância. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos. (Tabela 20) [$\chi^2(2)= 1,723$, P-V= 0,423; teste exato de Fisher: P-V= 0,410].

TABELA 21: Distribuição dos 30 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 29 Controles, que recordaram o item soliloquio na infância

GRUPO		SOLILÓQUIO		TOTAL
		NÃO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	19	10	29
	%	65.5	34.5	100.0
RCUI	NÚMERO	25	5	30
	%	83.3	16.7	100.0
SII	NÚMERO	19	11	30
	%	63.3	36.7	100.0
TOTAL	NÚMERO	63	26	89
	%	70.8	29.2	100.0

g) Solilóquio (fala dormindo):

Dois pacientes da amostra global não recordaram esse item e dos oitenta e nove que se lembraram, 70,8% responderam que não tinham solilóquio durante a infância. Os três grupos se mostraram homogêneos. (Tabela 21) [$X^2(2) = 3,479$, P-V= 0,176; teste exato de Fisher: P-V= 0,185].

TABELA 22: Distribuição dos 30 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 29 Controles, que recordaram o item crises de birra na infância

GRUPO		CRISES DE BIRRA		TOTAL
		NAO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	22	7	29
	%	75.9	24.1	100.0
RCUI	NÚMERO	21	9	30
	%	70.0	30.0	100.0
SII	NÚMERO	18	12	30
	%	60.0	40.0	100.0
TOTAL	NÚMERO	61	28	89
	%	68.5	31.5	100.0

h) Crises de Birra:

Do total dos pacientes, noventa e um, apenas dois não recordaram esse item e dos oitenta e nove, 68,5% responderam negativamente a este item. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos. (Tabela 22) [$X^2 (2) = 1,765$, P-V= 0,414; teste exato de Fisher: P-V = 0,431].

TABELA 23: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 28 pacientes com SII e 29 Controles, que recordaram o item enurese noturna na infância

GRUPO		ENURESE NOTURNA				TOTAL
		NÃO	SIM (< 6a)	SIM (7-9a)	SIM (≥ 10)	
CONTROLE	NÚMERO	21	0	5	3	29
	%	72,4	0	17,2	10,3	100,0
RCUI	NÚMERO	16	6	6	3	31
	%	51,6	19,4	19,4	9,7	100,0
SII	NÚMERO	16	5	6	1	28
	%	57,1	17,9	21,4	3,6	100,0
TOTAL	NÚMERO	53	11	17	7	88
	%	60,2	12,5	19,3	8,0	100,0

d) Enurese Noturna:

Entende-se por enurese noturna, na infância, o comportamento de urinar na cama com frequência, após os 3 anos de idade (GRUNSPUN, 1976; KAPLAN & SADOCK, 1984a). Estatisticamente, as crianças do sexo masculino apresentam duas vezes mais probabilidade de serem enuréticas durante a infância. Classifica-se a enurese em: enurese primária e secundária. A primeira ocorre em crianças que nunca apresentaram o controle esfíncteriano vesical, e conseqüentemente, a causa da enurese está associada à imaturidade neurológica. A secundária refere-se àquelas que já tiveram episódios do controle esfíncteriano vesical e, provavelmente, a etiologia seja emocional ligada a fatores ansiógenos e/ou depressivos. Três pacientes da amostra global não recordaram esse item e dos oitenta e oito, 60,2% responderam negativamente quanto à enurese noturna durante a infância. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre os três grupos. (Tabela 23) [$\chi^2(6)=7,704$, P-V=0,261; teste exato de Fisher: P-V=0,164].

De forma global, para os itens Criança-Modelo e Estados de Medo, houve uma homogeneidade entre os três grupos que responderam positivamente:

TABELA 24: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto a terem sido "crianças modelo"

GRUPO		CRIANÇA MODELO		TOTAL
		NAO	SIM	
CONTROLE	NUMERO	1	19	30
	%	36.7	63.3	100.0
RCUI	NÚMERO	4	27	31
	%	12.9	87.9	100.0
SII	NÚMERO	9	21	30
	%	30.0	70.0	100.0
TOTAL	NUMERO	24	67	91
	%	26.4	73.6	100.0

a) Criança-Modelo:

Esta denominação é dada àquela criança que adota as normas e regras impostas pelos adultos, com uma tendência a não questionar ou impor-se a elas. Todos os pacientes recordaram esse item. Dos noventa e um pacientes da amostra global, 73,6% responderam ter sido crianças-modelo. Embora não haja uma estatística significativa, observou-se maior tendência dos pacientes do grupo com RCUI a terem sido crianças-modelo. Muitas vezes estas características levam a traços obsessivos no adulto. (Tabela 24) [$X^2(2)= 4,737$, P-V= 0,094; teste exato de Fisher: P-V= 0,0846].

TABELA 25: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, com relação aos estados de medos na infância

GRUPO		ESTADOS DE MEDO		TOTAL
		NÃO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	9	21	30
	%	30.0	70.0	100.0
RCUI	NÚMERO	8	23	31
	%	25.8	74.2	100.0
SII	NÚMERO	8	22	30
	%	26.7	73.3	100.0
TOTAL	NÚMERO	25	66	91
	%	27.5	72.5	100.0

b) Estado de Medo:

Dos noventa e um pacientes da amostra global, 72,5% responderam que tinham medos na infância, relacionados, principalmente, a conteúdos fantasmagóricos, à morte. Os três grupos mostraram-se homogêneos. (Tabela 25) [$\chi^2(2) = 0,149$, P-V = 0,928; teste exato de Fisher: P-V = 0,957].

TABELA 26: Distribuição dos 30 pacientes com RCUI, 29 pacientes com SII e 29 Controles, que recordaram o item terror noturno na infância

GRUPO		TERROR NOTURNO		TOTAL
		NÃO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	28	1	29
	%	96.6	3.4	100.0
RCUI	NÚMERO	28	2	30
	%	93.3	6.7	100.0
SII	NÚMERO	20	9	29
	%	69.0	31.0	100.0
TOTAL	NÚMERO	76	12	88
	%	86.4	13.6	100.0

Especificamente, com relação ao item terror noturno na infância, os grupos não demonstraram uma homogeneidade. Terror Noturno é uma reação apresentada pela criança durante o sono, de etiologia emocional e/ou neurológica. Sendo de causa neurológica, pode vir associado a sonambulismo, solilóquio e crises convulsivas (HILL, 1952; GRUNSPUN, 1976; PAIVA, 1981; KAPLAN & SADOCK, 1984a; RUBIM, 1986). Da amostra global, três pacientes não recordaram esse item. Dos outros oitenta e oito, 86,4% responderam que não apresentaram terror noturno na infância. Por outro lado, no grupo com SII observou-se uma associação estatisticamente significativa, para responder positivamente a esse item, abrangendo o total de 31% do grupo com SII, comparados a 13,6% da amostra global. (Tabela 26) [$X^2(2)=11,247$, $P-V=0,004$; teste exato de Fisher: $P-V=0,00643$].

As Tabelas 15 a 26 descrevem os comportamentos e reações psicofísicas, ocorridos durante a infância. Os três grupos mostraram-se homogêneos, não apresentando os seguintes comportamentos que podem denotar traços neuróticos na infância: encoprese, chupar os dedos, roer as unhas, caprichos alimentares, gagueira ou tartamudez, sonambulismo, solilóquio, crises de birra e enurese noturna. (Tabelas 15 a 23).

Não se evidenciou correlação positiva entre traços neuróticos na infância, acima descritos, e o desenvolvimento de distúrbios gastrintestinais, como a SII e a RCUI, na idade adulta.

Por outro lado, os três grupos mostraram-se homogêneos ao responderem positivamente aos itens criança-modelo e estados de medo. (Tabela 24 e 25). Assim, evidenciaram ter sido crianças que atendiam prontamente às solicitações dos adultos, sem adotarem uma postura questionadora e de confronto e também crianças que apresentaram medos característicos desta fase de desenvolvimento.

Não pode ser inferido que existe correlação entre os comportamentos descritos anteriormente e o desenvolvimento de perturbações gastrintestinais.

Não houve homogeneidade entre os três grupos somente no item **terror noturno na infância** (Tabela 26). No grupo SII, houve uma tendência a apresentar terror noturno na infância, quando comparado aos grupos RCUI e Controle. O quadro característico de terror

noturno pode ser decorrente da imaturação neurológica, conseqüente ao fato da criança estar em fase de desenvolvimento, bem como pode ter sido exacerbado por perturbações emocionais. Pode-se então inferir uma associação entre terror noturno na infância e a presença de um quadro de SII, na fase adulta. No entanto, não se pode afirmar uma associação de causa-efeito entre terror noturno e SII.

Alguns relatos dos pacientes com SII e RCUI exemplificam comportamentos na infância que caracterizam o rótulo de criança- -modelo e estados de medo, sendo eles:

CASO 7 - SII:

"Sempre fui muito-obediente, quieta e não contrariava uma ordem..."

CASO 2 - SII:

"Sempre fui uma criança medrosa..."

CASO 8 - SII:

"Era medrosa, tinha medo de morte, de doença, não dormia sozinha..."

CASO 25 - RCUI:

"Fui uma criança frágil, sempre doente, ansiosa, tinha medo de tudo..."

CASO 26 - RCUI:

"Meus pais eram muito-rígidos. Meu pai batia nos meus irmãos e brigava sempre com minha mãe. Nunca apantei porque não-desobedecia, não-contrariava, fazia tudo-certinho, como eles queriam..."

5.5. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS TRINTA E UM PACIENTES COM RCUI, TRINTA PACIENTES COM SII E TRINTA CONTROLES QUANTO À SAÚDE DURANTE A INFÂNCIA

TABELA 27: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto às doenças e sintomas físicos na infância

DOENÇAS E SINTOMAS FÍSICOS	GRUPO				QUI-QUADRADO P-VAL	EXATO FISHER P-VAL
	CONTROLES		DOENÇAS			
	CONTROLES	DOENÇAS	CONTROLES	DOENÇAS		
	%	%	%	%		
D.INFANCIA	83.3	86.2	93.3	87.6	0.435	0.471
D.VIAS AÉREAS	6.7	20.7	23.3	16.9	0.191	0.176
D.AP.DIGESTIVO	0	13.8	20.0	11.2	0.043	0.025
DESNUTRIÇÃO	3.3	6.9	6.7	5.6	0.817	1.000
D.ALÉRGICAS	0	6.9	6.7	4.5	0.357	0.541
D.AP.URINÁRIO	0	3.4	6.7	3.4	0.351	0.541
CONVULSÃO	3.3	3.4	3.3	3.4	1.000	1.000
HEPATITE B	3.3	6.9	0	3.4	0.370	0.770
MALÁRIA	0	3.4	0	1.1	0.376	1.000
MENINGITE	0	3.4	0	1.1	0.376	1.000
INFEÇ.EM GERAL	83.3	100.0	93.3	92.1	0.158	0.165

Os sintomas físicos e doenças durante a infância, relatados pelos pacientes dos três grupos foram classificados nas seguintes categorias: doenças típicas da infância, doenças alérgicas, das vias aéreas, do aparelho urinário, do aparelho digestivo, infecção, desnutrição, convulsão, hepatite, malária e meningite (Tabela 27).

Através do teste Qui-Quadrado e do teste exato de Fisher, observou-se homogeneidade entre os três grupos, não havendo predominância das doenças acima especificadas, com exceção das doenças do aparelho digestivo, que foram citadas somente nos grupos com RCUI e SII, constituindo 11,2% da amostra global. Houve associação, estatisticamente significativa, entre doenças do aparelho digestivo na infância e SII e RCUI (Tabela 27).

TABELA 28: Distribuição dos 30 pacientes com RCUI, 28 pacientes com SII e 25 Controles, quanto às conseqüências das doenças e/ou sintomas físicos da infância no desenvolvimento

SAÚDE DURANTE A INFÂNCIA	GRUPOS			TOTAL	TESTES	
	CONTROLE	RCUI	SII		QUI-QUADRADO P-VAL	EXATO FISHER P-VAL
	%	%	%			
CONSEQÜÊNCIAS	0,089				0,086	
NÃO	93,3	82,8	73,3	83,1		
PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS	0	6,9	20,0	9,0		
OUTROS SINTOMAS	6,7	10,3	6,7	7,9		

Quando os pacientes foram questionados sobre a presença ou não de conseqüências desses sintomas ou doenças em seu desenvolvimento, de forma global, os grupos foram homogêneos, respondendo negativamente a esse item: 83,1% da amostra global, de oitenta e três pacientes que emitiram seu parecer. No entanto, para aqueles que responderam positivamente, predominaram, como conseqüência, as perturbações digestivas, como diarreia e constipação, havendo uma maior tendência para o grupo SII: 20% comparados a 9% da amostra global. O grupo RCUI revelou uma percentagem mais alta de outros sintomas, não relacionados ao aparelho digestivo (10,3%), quando comparado à amostra global: 7,9%. (Tabela 28).

Os pacientes com RCUI e SII apresentaram maior prevalência de distúrbios digestivos, como diarreia e constipação na história pregressa (Tabela 27).

O grupo SII apresentou maior tendência, quando comparado aos grupos RCUI e Controle, de referir conseqüências das perturbações digestivas no seu desenvolvimento futuro (Tabela 28). Este grupo acredita que o quadro sintomatológico da SII, no momento atual, pode ter origem nos primórdios de seu desenvolvimento.

Com base nestes dados, pode-se inferir uma associação entre sintomas digestivos na infância e o desenvolvimento futuro de perturbações gastrintestinais. Entretanto, este estudo não pode elucidar se essa associação é conseqüente ao reforço dado pelos pais aos sintomas somáticos da criança, através de uma atenção e cuidado excessivos, ou a um antecedente orgânico ou funcional propriamente dito.

A maior freqüência de distúrbios gastrintestinais na infância e o desenvolvimento da SII encontra-se descrita na literatura.

JONES & LYDEARD (1992) investigaram a prevalência dos sintomas da SII na população geral. Selecionaram aleatoriamente uma amostra de dois mil, duzentos e oitenta sujeitos, dos quais 22% (350) enquadraram-se nos critérios diagnósticos da SII. Desta amostra de trezentos e cinquenta pacientes com SII, verificaram que 12% referiram sintomas gastrintestinais na infância.

A seguir, estão exemplificados relatos dos pacientes com SII e RCUI, quanto a terem tido sintomas gastrintestinais na infância:

CASO 3 - SII:

"Tenho diarreia desde criança..."

CASO 8 - SII:

"Fui sempre uma criança doente. Com 9 anos comecei com problemas de intestino preso..."

CASO 9 - SII:

"Fui uma criança doente... Com 5 anos tive colerina, vomitava e tinha diarreia. Fiquei quase morta. A partir daí comecei a ser criança com problema... Não tinha apetite, tinha má digestão, diarreia e dores no intestino..."

CASO 11 - SII:

"Quando criança... sempre fui doente, tinha problemas de vermes. Era magrinho"

CASO 6 - RCUI:

O paciente disse ter sido sempre doente, nasceu com simioto e depois teve muita diarreia.

CASO 16 - RCUI:

Referiu que desde criança tinha problemas de saúde, com crises constantes de diarreia intercaladas com constipação, recebia muita atenção e cuidado da mãe.

5.6. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS TRINTA E UM PACIENTES COM RCUI, TRINTA PACIENTES COM SII E TRINTA CONTROLES QUANTO AOS DADOS REFERENTES À ESCOLARIDADE

TABELA 29: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 29 pacientes com SII e 29 Controles, quanto à idade de início escolar

GRUPO	IDADE DE INÍCIO ESCOLAR					
	NÚMERO	MÍNIMO	MAXIMO	MÉDIA	DESV.PADRAO	ERRO PADRAO
CONTROLE	29	4	13	7.2	1.7	0.3
RCUI	31	6	18	7.7	2.2	0.4
SII	29	5	15	7.8	2.3	0.4
TOTAL	89	4	18	7.6	2.1	0.2

TABELA 30: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 29 pacientes com SII e 28 Controles, quanto à idade de término escolar

GRUPO	IDADE DE TÉRMINO ESCOLAR					
	NÚMERO	MÍNIMO	MAXIMO	MÉDIA	DESV.PADRAO	ERRO PADRAO
CONTROLE	28	10	35	17.4	6.1	1.2
RCUI	31	8	33	17.9	6.5	1.2
SII	29	8	33	16.6	6.1	1.1
TOTAL	88	8	35	17.3	6.2	0.7

TABELA 31: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto ao padrão alcançado na vida escolar

GRUPO		PADRÃO ALCANÇADO					TOTAL
		SEM ESTUDO	PESSIMO	REGULAR	BOM	ÓTIMO	
CONTROLE	NÚMERO	1	1	9	14	5	30
	%	3.3	3.3	30.0	46.7	16.7	100.0
RCUI	NÚMERO	0	4	13	10	4	31
	%	0	12.9	41.9	32.3	12.9	100.0
SII	NÚMERO	1	4	7	15	3	30
	%	3.3	13.3	23.3	50.0	10.0	100.0
TOTAL	NÚMERO	2	9	29	39	12	91
	%	2.2	9.9	31.9	42.9	13.2	100.0

TABELA 32: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 29 pacientes com SII e 28 Controles, quanto ao tempo de estudo

GRUPO	TEMPO DE ESTUDO					
	NÚMERO	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESV.PADRÃO	ERRO PADRÃO
CONTROLE	28	1	26	10.1	6.6	1.2
RCUI	31	1	26	10.2	6.7	1.2
SII	29	2	25	8.7	5.7	1.1
TOTAL	88	1	26	9.7	6.3	0.7

TABELA 33: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto ao relacionamento com colegas na escola

GRUPO		RELAIONAMENTO COM COLEGAS					TOTAL
		COMPANHEIRISMO	INTROVERSAO	LIDERANÇA	AGRESSIVIDADE	NÃO TINHA AMIGOS	
CONTROLE	NÚMERO	17	7	2	2	2	30
	%	56.7	23.3	6.7	6.7	6.7	100.0
RCUI	NÚMERO	13	16	1	0	1	31
	%	41.9	51.6	3.2	0	3.2	100.0
SII	NÚMERO	12	15	2	1	0	30
	%	40.0	50.0	6.7	3.3	0	100.0
TOTAL	NÚMERO	42	38	5	3	3	91
	%	46.2	41.8	5.5	3.3	3.3	100.0

Os três grupos mostraram-se homogêneos, com relação às idades de início e término escolar, sendo elas, respectivamente: 7 anos e meio (ANOVA: $F= 0,660$, $P-V= 0,5195$) e 17 anos (ANOVA: $F= 0,368$, $P-V= 0,6934$), conforme Tabelas 29 e 30. Mostraram-se também homogêneos, com relação ao padrão alcançado e tempo de estudo, sendo, respectivamente, **bom** :42,9% da amostra global, [($X^2(8)= 6,466$, $P-V= 0,595$)] e **média** de 10 anos [(ANOVA: $F= 0,493$, $P-V= 0,6127$; KRUSKAL-WALLIS: $X^2(2)=0,84857$, $P-V= 0,6542$)] conforme Tabelas 31 e 32.

No que se refere ao item **relacionamento com os colegas na escola** (Tabela 33), os três grupos mostraram-se homogêneos, havendo uma maior tendência para companheirismo, seguido de introversão [$X^2(8)= 9,251$, $P-V= 0,322$; teste exato de Fisher: $P-V= 0,234$]. Porém, observou-se uma tendência nos grupos RCUI e SII, para o comportamento introversão; para o companheirismo no grupo controle, e no grupo RCUI, especificamente, observou-se a dificuldade de expressar agressividade.

A relação entre introversão e dificuldade de exteriorizar agressividade e distúrbios gastrointestinais encontra-se descrita na literatura:

ROBERTSON et al (1989) estudaram os traços de personalidade e estados afetivos dos portadores de doenças inflamatórias intestinais, comparando-os a um grupo controle com outra enfermidade crônica (diabetes mellitus). Este estudo encontrou maior prevalência (estatisticamente significativa) de neuroticismo e introversão em pacientes com doenças inflamatórias intestinais, quando comparados ao grupo controle. Verificaram que essas características estavam presentes, mesmo antes do diagnóstico definitivo. Levantaram, assim, a hipótese de que estas características podem não ser conseqüentes da condição de doença crônica e sim, abranger parte de uma personalidade pré-mórbida.

Vejamos relatos das histórias de vida dos pacientes com SII e RCUI, que exemplificam dificuldades de relacionamento e introversão desde a infância:

CASO 5 - SII:

Referiu que foi uma criança muito tímida, escondia-se e evitava contato com amigos.

CASO 6 - SII:

"Tinha dificuldade de fazer amizade, era submissa desde criança".

CASO 7 - SII:

"Fui uma criança com dificuldade de fazer novas amizades. Sentia-me discriminada, alvo de gozação e apelidos".

CASO 16 - SII:

"Sempre me senti rejeitado pelos meus colegas".

CASO 2 - RCUI:

Referiu que desde a infância tinha dificuldade de relacionamento .

CASO 10 - RCUI:

Disse ter dificuldade de relacionamento com colegas na escola.

CASO 19 - RCUI:

Relatou ter sido uma criança e adolescente quieta, tímida.

CASO 21 - RCUI:

Referiu que, desde criança, era muito sozinho, introvertido, não tinha amigos .

5.7. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS TRINTA E UM PACIENTES COM RCUI, TRINTA PACIENTES COM SII E TRINTA CONTROLES, QUANTO À VIDA PROFISSIONAL

TABELA 34: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto à idade de início no trabalho

GRUPO	IDADE COMEÇOU A TRABALHAR					
	NÚMERO	MÍNIMO	MAXIMO	MEDIA	DESVIO PADRÃO	ERRO PADRÃO
CONTROLE	30	7	18	11.9	3.4	0.6
RCUI	31	5	23	12.8	4.8	0.9
SII	30	7	19	11.8	4.0	0.7
TOTAL	91	5	23	12.2	4.1	0.4

Os três grupos mostram-se homogêneos quanto à idade de início no trabalho, com uma média de 12 anos (ANOVA: $f = 0,512$, $P-V = 0,6012$; KRUSKAL-WALLIS: $[X^2(2) = 0,55408$ $P-V = 0,7580]$, conforme Tabela 34.

TABELA 35: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto à trajetória profissional

GRUPO		TRAJETÓRIA PROFISSIONAL			TOTAL
		ASCENSÃO	MESMA SITUAÇÃO	DECADÊNCIA	
CONTROLE	NÚMERO	14	13	3	30
	%	46.7	43.3	10.0	100.0
RCUI	NÚMERO	10	19	2	31
	%	32.3	61.3	6.5	100.0
SII	NÚMERO	9	12	9	30
	%	30.0	40.0	30.0	100.0
TOTAL	NÚMERO	33	44	14	91
	%	36.3	48.4	15.4	100.0

A Tabela 35 descreve a análise da trajetória profissional nos três grupos, através das categorias: ascensão profissional, mesma situação e decadência. De forma global, a tendência da trajetória profissional, nos grupos, foi manterem-se na mesma situação, com ascensão, a seguir. Porém, houve uma diferenciação: o grupo SII apresentou predomínio de decadência profissional, ou seja, 30%, comparados a 15,4%, da amostra global; o grupo RCUI apresentou prevalência de manter estável, profissionalmente, isto é, 61,3%, comparados à 48,4%, da amostra total e o grupo controle mostrou prevalência de ascensão profissional, com 46,7%, comparados a 36,3%, da amostra global ($X^2(4)= 9,358$, P-V= 0,053; teste exato de Fisher: P-V= 0,0759).

TABELA 36: Distribuição dos 30 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controle, quanto à satisfação no último emprego

GRUPO		Satisfação no último emprego		TOTAL
		NAO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	4	26	30
	%	13.3	86.7	100.0
RCUI	NÚMERO	8	22	30
	%	26.7	73.3	100.0
SII	NÚMERO	11	19	30
	%	36.7	63.3	100.0
TOTAL	NÚMERO	23	67	90
	%	25.6	74.4	100.0

A Tabela 36 descreve a satisfação ou não com o último emprego. Observou-se, no global, que os grupos referiram estar satisfeitos: 74,4% do total. Porém, embora não exista uma estatística significativa, houve uma tendência do grupo SII a demonstrar insatisfação com o trabalho: 36,7%, comparados com 25,6% da amostra global; uma tendência do grupo controle para revelar satisfação com o emprego: 86,7%, comparados com 74,4% da amostra total e o grupo RCUI ficou numa posição intermediária [$X^2(2)= 4,322$, P-V= 0,115; Fisher: P-V= 0,134].

TABELA 37: Distribuição dos 3 grupos segundo a relação entre trajetória profissional e satisfação no último emprego

GRUPO	TRAJETÓRIA PROFISSIONAL		SATISFAÇÃO ÚLT EMPR.	
			NÃO	SIM
CONTROLE	DECADÊNCIA	NÚMERO %	2 66.7	1 33.3
SII	MESMA SITUAÇÃO	NÚMERO %	6 50.0	6 50.0
RCUI	DECADÊNCIA	NÚMERO %	1 50.0	1 50.0
RCUI	ASCENSÃO	NÚMERO %	4 40.0	6 60.0
SII	DECADÊNCIA	NÚMERO %	3 33.3	6 66.7
SII	ASCENSÃO	NÚMERO %	2 22.2	7 77.8
RCUI	MESMA SITUAÇÃO	NÚMERO %	3 16.7	15 83.3
CONTR.	ASCENSÃO	NÚMERO %	2 14.3	12 85.7
CONTR.	MESMA SITUAÇÃO	NÚMERO %	0 0	13 100.0
TOTAL		NÚMERO %	23 25.6	67 74.4

Através da análise da tabela 37, obteve-se a relação entre trajetória profissional e satisfação no último emprego. Os três grupos mostraram coerência entre ascensão profissional e satisfação no último emprego. Porém, especificamente o grupo RCUI tendeu a mostrar-se insatisfeito, mesmo quando a trajetória profissional estava em ascensão [$X^2(8) = 14,643$, $P-V = 0,066$].

TABELA 38: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controle, quanto a estarem afastados do trabalho

GRUPO		AFASTAMENTO		TOTAL
		NÃO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	30	0	30
	%	100.0	0	100.0
RCUI	NÚMERO	27	4	31
	%	87.1	12.9	100.0
SII	NÚMERO	24	6	30
	%	80.0	20.0	100.0
TOTAL	NÚMERO	81	10	91
	%	89.0	11.0	100.0

A Tabela 38 demonstra a distribuição dos três grupos quanto a estarem afastados do trabalho no momento atual. De forma global, os pacientes continuam trabalhando: 89% da amostra total. Porém, ambos os grupos, SII e RCUI, mostraram uma associação significativa ao afastamento, quando comparados com o grupo controle, que não apresentou qualquer afastamento. [$X^2(2)= 6,310$, $P-V= 0,043$; teste exato de Fisher: $P-V= 0,0256$].

A Tabela 34 mostra que houve uma homogeneidade entre os grupos, quanto ao ingresso precoce em algum tipo de trabalho. Os pacientes que compõem este estudo, sendo do Hospital das Clínicas da Unicamp, provém, predominantemente, de uma camada da população com baixo poder aquisitivo. Conseqüentemente, pode-se inferir que o ingresso precoce no trabalho deva-se à necessidade de auxílio à renda familiar.

Quanto à trajetória profissional e satisfação com o último emprego (Tabelas 35 e 36), houve diferenciação entre os três grupos. O grupo SII associou-se com um declínio de sua atividade profissional e à insatisfação no último emprego, enquanto que o grupo controle mostrou-se associado à ascensão profissional e satisfação com o último emprego. O grupo RCUI ficou numa posição intermediária. Verificou-se que o grupo SII, embora tenha uma doença sem comprometimento orgânico, e não apresente risco do desenvolvimento de enfermidade grave e incapacitante, demonstrou apresentar maiores conseqüências negativas da doença na sua vida profissional. Talvez esta associação possa estar relacionada à presença de distúrbios psicológicos e à dificuldade de enfrentar eventos estressantes, e não à sintomatologia da SII.

A Tabela 37 mostrou que o grupo RCUI revelou-se insatisfeito com o último emprego, embora tenha tido uma ascensão profissional. Talvez isto se deva ao fato de interpretar negativamente seu desempenho profissional, com maior freqüência do que os grupos com SII e Controle.

E, finalmente, a Tabela 38 mostra uma tendência dos grupos SII e RCUI para o afastamento do trabalho, quando comparados com o grupo Controle. Isto pode ser conseqüência da própria doença e da necessidade constante de ausentar-se do trabalho para receber tratamento médico.

Abaixo estão descritos relatos das histórias de vida que exemplificam o ingresso precoce dos pacientes com SII e RCUI no mercado de trabalho. Conseqüentemente, demonstram histórias pregressas de indivíduos que não puderam viver a infância adequadamente, com atividades lúdicas essenciais para seu desenvolvimento afetivo-emocional e social:

CASO 3 - SII:

Referiu que na infância havia pouco tempo para brincar, porque tinha que trabalhar na roça.

CASOS 8, 9, 20, 21, 22, 27, 28 - SII; CASOS 6, 7, 8 - RCUI:

Todos começaram a trabalhar na faixa de 7 a 17 anos, exercendo atividades como de empregada doméstica, costureira, pedreiro, lavrador, entre outras.

5.8 ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS TRINTA E UM PACIENTES COM RCUI, TRINTA PACIENTES COM SII E TRINTA CONTROLES, QUANTO À TENDÊNCIA E PRÁTICAS SEXUAIS

TABELA 39: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto ao local onde receberam as primeiras informações sobre sexo

GRUPO		PRIMEIRAS INFORMAÇÕES SOBRE SEXO				TOTAL
		RUA, AMIGOS	INSTITUIÇÕES	NAO ORIENTADO	AMBIENTE FAMILIAR	
CONTR.	Nº	15	7	4	4	30
	%	50.0	23.3	13.3	13.3	100.0
RCUI	Nº	15	5	6	5	31
	%	48.4	16.1	19.4	16.1	100.0
SII	Nº	13	9	7	1	30
	%	43.3	30.0	23.3	3.3	100.0
TOTAL	Nº	43	21	17	10	91
	%	47.3	23.1	18.7	11.0	100.0

A Tabela 39 demonstra a distribuição dos três grupos quanto ao local em que receberam suas primeiras informações a respeito de sexo. Houve homogeneidade, com predomínio de obtenção das informações na rua, isto é, através de conversas com colegas e amigos (47,3% do total). O segundo lugar em que obtiveram as informações foram instituições, como escolas (23,1% do total) e em último lugar, no ambiente familiar (11% do total). [$\chi^2(6)=4,736$, P-V=0,578; teste exato de Fisher: P-V=0,568].

TABELA 40: Distribuição dos 30 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controle, quanto a praticarem a masturbação no momento atual

GRUPO		MASTURBAÇÃO ATUAL		TOTAL
		NÃO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	8	22	30
	%	26.7	73.3	100.0
RCUI	NÚMERO	20	10	30
	%	66.1	33.3	100.0
SII	NÚMERO	10	20	30
	%	33.3	66.7	100.0
TOTAL	NÚMERO	38	52	90
	%	42.2	57.8	100.0

A Tabela 40 demonstra a distribuição dos três grupos quanto à prática da masturbação, no momento atual. O grupo RCUI foi associado significativamente à não prática da masturbação: 66,7%, comparados a 42,2% do total, enquanto o grupo Controle foi associado à prática: 73,3%, comparados com 57,8% do total da amostra. [$\chi^2(2)=11,296$, P-V=0,004; teste exato de Fisher: P-V=0,0041].

TABELA 41: Distribuição dos 26 pacientes com RCUI, 29 pacientes com SII e 30 Controles, quanto à idade de início da prática da masturbação

GRUPO		IDADE INÍCIO DA MASTURBAÇÃO			TOTAL
		7 - 12 A.	13 - 22 A.	NUNCA	
CONTROLE	NÚMERO	9	15	6	30
	%	30.0	50.0	20.0	100.0
RCUI	NÚMERO	3	16	7	26
	%	11.5	61.5	26.9	100.0
SII	NÚMERO	7	16	6	29
	%	24.1	55.2	20.7	100.0
TOTAL	NÚMERO	19	47	19	85
	%	22.4	55.3	22.4	100.0

Através da análise da Tabela 41, os três grupos mostraram-se homogêneos quanto ao início da prática masturbatória. Do total de oitenta e cinco pacientes que responderam a este item, 55,3% referiram que o início da masturbação foi entre 13 a 22 anos. [$\chi^2(4) = 2,875$, P-V= 0,579; teste exato de Fisher: P-V= 0,578].

TABELA 42: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto à vivência de relações heterossexuais

GRUPO		VIVÊNCIA DE RELAÇÕES HETEROSSEXUAIS				TOTAL
		INSATISFAÇÃO	INDIFERENTE	SATISFAÇÃO	NÃO TEVE	
CONTROLE	Nº	6	0	22	2	30
	%	20.0	0	73.3	6.7	100.0
RCUI	Nº	7	1	20	3	31
	%	22.6	3.2	64.5	9.7	100.0
SII	Nº	7	4	17	2	30
	%	23.3	13.3	56.7	6.7	100.0
TOTAL	Nº	20	5	59	7	91
	%	22.0	5.5	64.8	7.7	100.0

TABELA 43: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto a sentirem prazer sexual atualmente

GRUPO		PRAZER SEXUAL			TOTAL
		NAO	SIM	NAO TEVE	
CONTROLE	NÚMERO	6	22	2	30
	%	20.0	73.3	6.7	100.0
RCUI	NÚMERO	9	19	3	31
	%	29.0	61.3	9.7	100.0
SII	NÚMERO	11	17	2	30
	%	36.7	56.7	6.7	100.0
TOTAL	NÚMERO	26	58	7	91
	%	28.6	63.7	7.7	100.0

Os três grupos mostraram-se homogêneos quanto a terem satisfação na vivência da relação heterossexual: 64,8% do total; e quanto à sentirem prazer sexual atualmente: 63,7% do total. Estes dados estão descritos, respectivamente, na Tabela 42 - [$\chi^2(6) = 6,262$, P-V= 0,395;

teste exato de Fisher: P-V= 0,511] e Tabela 43 [$X^2(4)= 2,401$, P-V= 0,663; teste exato de Fisher: P-V= 0,646].

A Tabela 39 mostra que houve homogeneidade entre os grupos, quanto a terem recebido as primeiras informações sobre sexo através de conversas com colegas e amigos e não no ambiente familiar. Isto pode denotar uma falta de conhecimento dos pais quanto ao assunto sexualidade, bem como uma ausência de contato afetivo e de comunicação com os filhos.

As Tabelas 40 e 41 descrevem, respectivamente, a prática de masturbação no momento atual e a idade do início desta prática. Houve uma homogeneidade quanto à idade de início da prática masturbatória. Entretanto, o grupo RCUI revelou não manter essa prática no momento atual, inibindo o comportamento de masturbação. Pode-se inferir que a alteração do padrão de comportamento, no grupo RCUI, deve-se à diminuição da libido, em função das limitações impostas pela própria doença ou por alteração no comportamento e no aspecto afetivo-emocional.

As Tabelas 42 e 43 mostraram que houve uma homogeneidade entre os grupos, quanto a sentirem prazer na relação heterossexual e quanto a sentirem prazer sexual, atualmente.

Relatos das histórias de vida de pacientes com SII e RCUI mostram a dificuldade dos pais em manterem diálogo sobre questões pertinentes à sexualidade, principalmente com as filhas, repercutindo no desenvolvimento futuro do relacionamento afetivo-sexual das mesmas. Para exemplificar, estão descritos fragmentos de algumas histórias de vida dos pacientes com SII e RCUI:

CASO 7 - SII:

"Meus pais e avós são muito antiquados. Não aceitam relação sexual antes do casamento e me pressionam, dizendo que já namorei bastante e tenho que me casar".

CASO 10 - SII:

"Quando fiquei menstruada, adoeci. Fiquei seis meses sem contar para minha mãe. Fiquei com medo, achava que era doença ruim. A minha mãe nunca explicou nada sobre essas coisas (sexo)".

"Casei-me aos 17 anos e não sabia nada sobre sexo. No começo foi muito difícil".

CASO 14 - SII:

"Minha mãe só deixava brincar com meninas, com meninos não podia".

"Casei-me aos 19 anos, porque minha tia me obrigou. Tinha medo de que eu perdesse a virgindade. Na época meu marido tinha 30 anos".

CASO 27 - SII:

"Minha mãe nunca conversou comigo sobre assuntos de mulher... Fiquei menstruada, não sabia o que era... Ela não me preparou para os perigos da vida, para as coisas que podiam acontecer... (violência sexual)".

CASO 23 - RCUI:

"Sentia-me muito mal após a relação, entrava em crise depressiva. Acho que era muito moralista. O sexo era um tabú, talvez porque minha mãe me reprimia muito".

CASO 26 - RCUI:

"Minha mãe nunca conversou sobre essas coisas. Quando fiquei menstruada, escondia a roupa e lavava no rio. Casei-me inocente, não sabia de nada. Foi duro no início, tinha medo e quando tive a primeira relação sexual a minha barriga ficou inchada. Acho que o início de meus problemas de saúde foi desde a minha primeira menstruação. Hoje acho que não sinto mais prazer, porque não menstruo mais".

CASO 28 - RCUI:

"Nunca tive orientação a respeito da sexualidade. Minha mãe nunca me orientou. Aprendi com meus amigos...".

"No início foi difícil viver a sexualidade, porque tinha sentimento de culpa, não sentia prazer. A primeira vez não aconteceu de forma consciente. Não sabia direito o que estava acontecendo. Quantas recordações desagradáveis...".

5.9. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DE VINTE E TRÊS PACIENTES COM RCUI, DEZENOVE PACIENTES COM SII E VINTE CONTROLES, QUANTO AO RELACIONAMENTO CONJUGAL

TABELA 44: Distribuição dos 23 pacientes com RCUI, 19 pacientes com SII e 19 Controles, quanto a compatibilidade de gênio com o par conjugal

GRUPO		COMPATIBILIDADE		TOTAL
		NÃO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	6	14	20
	%	30.0	70.0	100.0
RCUI	NÚMERO	6	17	23
	%	26.1	73.9	100.0
SII	NÚMERO	6	13	19
	%	31.6	68.4	100.0
TOTAL	NÚMERO	18	44	62
	%	29.0	71.0	100.0

TABELA 45: Distribuição dos 23 pacientes com RCUI, 19 pacientes com SII e 20 Controles, quanto a ocorrência de brigas frequentes com o par conjugal

GRUPO		BRIGAS FREQUENTES		TOTAL
		NÃO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	14	6	20
	%	70.0	30.0	100.0
RCUI	NÚMERO	14	9	23
	%	60.9	39.1	100.0
SII	NÚMERO	15	4	19
	%	78.9	21.1	100.0
TOTAL	NÚMERO	43	19	62
	%	69.4	30.6	100.0

A Tabela 44 descreve a distribuição de vinte e três pacientes com RCUI, dezenove pacientes com SII e vinte Controles, quanto à compatibilidade de gênio com o par conjugal.

Nesta análise, incluíram-se os pacientes nas categorias: casado / amasiado, separado e viúvo. Verificou-se uma homogeneidade entre os três grupos, quanto a haver ou ter havido no passado (pacientes separados ou viúvos), compatibilidade de gênio com o parceiro: do total de sessenta e dois pacientes incluídos nas categorias acima, 71% responderam positivamente à questão: compatibilidade entre o casal [$X^2(2) = 0,166$, P-V= 0,920; teste exato de Fisher: P-V= 0,940]. Quanto à ocorrência de brigas freqüentes com o par conjugal, descrita na Tabela 45, houve também uma homogeneidade entre os sessenta e dois pacientes, 69,4% responderam negativamente a esse item [$X^2(2) = 1,606$, P-V= 0,448; teste Exato de Fisher: P-V= 0,514].

As Tabelas 44 e 45 mostraram que houve uma homogeneidade entre os pacientes dos três grupos, com estado civil casado, amasiado, separado ou viúvo, quanto a responderem positivamente ao item "ter compatibilidade de gênio com o parceiro" e quanto a negarem a ocorrência de brigas freqüentes com o par conjugal.

TABELA 46: Distribuição dos 22 pacientes com RCUI, 17 pacientes com SII e 14 Controle, quanto à associação entre estado civil casado ou amasiado e brigas freqüentes

GRUPO		BRIGAS FREQUENTES	
		NAO	SIM
CONTROLE	NÚMERO	13	1
	%	92.9	7.1
RCUI	NÚMERO	13	9
	%	59.1	40.9
SII	NÚMERO	13	4
	%	76.5	23.5
TOTAL	NÚMERO	39	14
	%	73.6	26.4

O estudo da relação entre estado civil atual (casado ou amasiado) e brigas freqüentes foi realizado para vinte e dois pacientes com RCUI, dezessete com SII e catorze Controles (Tabela 46). Observou-se que o grupo RCUI apresentou maior associação entre o estado civil

casado/amasiado e brigas freqüentes: 40,9%, comparados ao grupo SII (23,5%) e ao grupo Controle (7,1%) - [$X^2(2)= 5,126$, P-V= 0,077; teste Exato de Fisher; P-V= 0,0849].

Podem-se levantar duas hipóteses para exemplificar a maior associação no grupo RCUI entre estado civil casado / amasiado e brigas freqüentes: as conseqüências negativas e limites impostos pela condição do quadro RCUI, podem ter prejudicado o relacionamento conjugal e, por outro lado, os antecedentes pessoais, características de personalidade e reações afetivo-emocionais, de cada par conjugal, talvez tenham desencadeado a dificuldade de relacionamento. Com base neste estudo, não foi possível chegar a uma afirmação conclusiva.

As histórias de vida relatadas pelos pacientes com SII e RCUI evidenciam conflitos nos relacionamentos conjugais, tanto antes do surgimento da doença como conseqüentes à mesma. A seguir, estão descritos alguns trechos da história de vida dos pacientes com SII e RCUI, que exemplificam esses conflitos:

CASO 8 - SII:

Associou o início de seu quadro clínico a problemas no relacionamento conjugal.

"Nesta época (do surgimento da SIF), descobri que meu marido tinha um caso com outra mulher. Estava grávida, foi um choque, comecei a passar mal, fiquei nervosa e até hoje não tenho mais saúde".

"Meu marido tem problemas com a bebida. Quando ele bebe, fico muito nervosa, brigo com ele, tento dar-lhe conselhos".

CASO 15 - SII:

"A minha relação com meu marido ficou difícil depois do meu problema de saúde... Mas desde que eu me casei, não consigo ter prazer na relação sexual. Isto incomoda...".

"Será que esse problema não surgiu por causa do estupro?"

CASO 18 - SII:

"Meu marido hoje tem 110kg... não faz nada, só come e bebe... Fiquei cinco anos de minha vida só tratando do meu marido, dava-lhe banho, comida na boca... Ele chegou a ter crises de raiva, queimava os móveis, destruía tudo".

"Desde o nascimento da minha filha, há seis anos, não tenho mais sexo... Não tenho mais confiança no meu marido... às vezes ele me procura, deixa acontecer, mas não tenho mais interesse por ele. Sinto falta de uma relação sexual. Gostaria de ter uma pessoa ao meu lado..."

CASO 20 - SII:

"Antes eu tinha problemas com meu marido. Ele batia em mim, bebia muito... Batia por ciúmes. Não gostava de que eu saísse à porta de casa, não podia conversar com ninguém..."

"Ele só brigava com a gente. Um dia tentou matar-me com uma corda".

"Sofri muito, choro muito. Ficava junto com ele por causa dos filhos. Com isso, sofri muito, desde quando me casei. Assim foram vinte e cinco anos de sofrimento. Sempre na esperança de que um dia ele vá melhorar".

"Eu não tive tempo de namorar. Assim que ele me conheceu, pegou-me à força e me estuprou. Não tinha nem 15 anos".

"Fiquei grávida, meu pai nos obrigou a casar".

"Ele mudou, não briga mais, nós vivemos melhor... talvez por eu estar doente, estar sempre internada... Agora ele tem mais preocupação comigo..."

"Ele não aceita mais voltar para o meu quarto... Eu não gostaria que voltasse... Não posso ter relação sexual, porque tenho muita dor, ardume. Não sinto falta".

CASO 1 - RCUI:

Paciente associa o início do quadro RCUI com o abandono do marido. Referiu que há cinco anos sabia que o marido tinha relações extra-conjugais, mas não tomava uma atitude.

CASO 3 - RCUI:

Paciente associa o agravamento da doença a discussões com o marido. Referiu que o mesmo não lhe dá atenção, nem quando está doente e há quatro anos dormem em cama separada. Disse saber que o marido mantém relação extra-conjugal, mas não adota uma atitude contra.

CASO 28 - RCUI:

"Acredito que meus sintomas começaram depois do casamento. A felicidade do meu casamento durou pouco, só quatro ou cinco anos... Gostaria de me separar, morar sozinha, conhecer outra pessoa..."

"Nunca fui apaixonada por meu marido. Ele se diz apaixonado, mas acho que é dependência, porque, depois que casamos, ele ascendeu socialmente".

5.10. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DE TRINTA E UM PACIENTES COM RCUI, TRINTA PACIENTES COM SII E TRINTA CONTROLES, QUANTO AOS ANTECEDENTES MÓRBIDOS NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

TABELA 47: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto a terem tido doenças gerais nos últimos 10 anos

GRUPO		DOENÇAS GERAIS		TOTAL
		NÃO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	12	18	30
	%	40.0	60.0	100.0
RCUI	NÚMERO	16	15	31
	%	51,6	48,4	100,0
SII	NÚMERO	14	16	30
	%	46,7	53,3	100,0
TOTAL	NÚMERO	42	49	91
	%	46,2	53,8	100,0

A Tabela 47 descreve a distribuição dos 3 grupos quanto a apresentarem doenças gerais, com exceção de doenças que envolvam o sistema gastrointestinal, nos últimos dez anos.

Verificou-se uma homogeneidade entre os três grupos: dos 53,8% dos pacientes que responderam positivamente a esse item, 60% foram do grupo Controle, 48,4%, do grupo RCUI e 53,3%, do grupo SII [$X^2(2)= 0,832$, P-V= 0,660].

TABELA 48: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controle, quanto à tendência a cirurgias nos últimos 10 anos

GRUPO		CIRURGIAS		TOTAL
		NÃO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	15	15	30
	%	50.0	50.0	100.0
RCUI	NÚMERO	11	20	31
	%	35,5	64.5	100.0
SII	NÚMERO	17	13	30
	%	56.7	43.3	100.0
TOTAL	NÚMERO	43	48	91
	%	47.3	52.7	100.0

Os três grupos mostraram-se homogêneos quanto à tendência a cirurgias, nos últimos dez anos, como demonstra a Tabela 48: 52,7% do total de noventa e um pacientes passaram por algum tipo de intervenção cirúrgica [$X^2(2)= 2,880$, P-V= 0,237; teste exato de Fisher: P-V= 0,2551].

TABELA 49: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto a terem sofrido acidentes nos últimos 10 anos

GRUPO		ACIDENTES		TOTAL
		NÃO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	17	13	30
	%	56.7	43.3	100.0
RCUI	NÚMERO	26	5	31
	%	83.9	16.1	100.0
SII	NÚMERO	25	5	30
	%	83.3	16.7	100.0
TOTAL	NÚMERO	68	23	91
	%	74.7	25.3	100.0

A Tabela 49 descreve a distribuição dos três grupos de pacientes quanto a terem sofrido acidentes nos últimos dez anos. Observou-se uma associação entre o grupo Controle e acidentes ocorridos: 43,3% comparados a 16,1%, do grupo RCUI e 16,7%, do grupo SII [$\chi^2(2)= 7,730$, P-V= 0,021; teste exato de Fisher: P-V= 0,0278].

Os dados das Tabelas 50, 51 e 52 foram obtidos através de auto-avaliações realizadas pelos próprios pacientes dos três grupos.

TABELA 50: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controle, quanto a terem distúrbios emocionais

GRUPO		DISTÚRBIOS EMOCIONAIS		TOTAL
		NÃO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	29	1	30
	%	96.7	3.3	100.0
RCUI	NÚMERO	29	2	31
	%	93.5	6.5	100.0
SII	NÚMERO	22	8	30
	%	73.3	26.7	100.0
TOTAL	NÚMERO	80	11	91
	%	87.9	12.1	100.0

A Tabela 50 descreve a presença ou não de distúrbios emocionais. Observou-se um predomínio de não referirem a presença de distúrbios emocionais. Porém, o grupo SII, quando comparado aos grupos RCUI e Controle, apresentou um índice mais elevado de distúrbios emocionais: 26,7%, comparados a 6,5%, no grupo RCUI e 3,3%, no grupo Controle [$\chi^2(2)= 9,091$, P-V= 0,011; teste exato de Fisher: P-V= 0,0204].

TABELA 51: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto a terem ansiedade e/ou depressão

GRUPO		DISTÚRBIOS EMOCIONAIS			TOTAL
		ANSIEDADE	DEPRESSÃO	NAO RESPONDEU	
CONTROLE	NÚMERO	2	1	27	30
	%	6.7	3.3	90.0	100.0
RCUI	NÚMERO	2	1	28	31
	%	6.5	3.2	90.3	100.0
SII	NÚMERO	6	5	19	30
	%	20.0	16.7	63.3	100.0
TOTAL	NÚMERO	10	7	74	91
	%	11.0	7.7	81.3	100.0

A Tabela 51 demonstra que, no global, os três grupos não referiram apresentar distúrbios emocionais, como ansiedade e/ou depressão, chegando a 81,3%, do total de noventa e um pacientes. Porém, o grupo SII, quando comparado aos grupos RCUI e Controle, referiu maiores índices de ansiedade e/ou depressão, respectivamente: 20,9%, comparados a 6,5%, do grupo RCUI e 6,7%, do Controle e 16,7%, comparados a 3,2%, do grupo RCUI e 3,3%, do grupo Controle [$X^2(4)= 9,774$, $P-V= 0,044$; teste exato de Fisher: $P-V= 0,0613$].

TABELA 52: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controle, quanto a terem recebido tratamentos psicoterápicos e/ou psicofarmacológicos

GRUPO		PSICOTERAP + PSICOFARMACOL		TOTAL
		NAO	SIM	
CONTROLE	NÚMERO	27	3	30
	%	90.0	10.0	100.0
RCUI	NÚMERO	25	6	31
	%	80.6	19.4	100.0
SII	NÚMERO	18	12	30
	%	60.0	40.0	100.0
TOTAL	NÚMERO	70	21	91
	%	76.9	23.1	100.0

No global, conforme demonstra a Tabela 52, os três grupos referiram não ter recebido tratamento psicoterápico e/ou psicofarmacológico: 76,9%, do total de noventa e um pacientes. Porém, o grupo SII, quando comparado aos grupos RCUI e Controle, mostrou uma forte associação ao uso destes recursos: 40%, comparados ao grupo RCUI: 19,4%, e ao Controle: 10% [$\chi^2(2)= 7.972$, P-V= 0,019; teste exato de Fisher: P-V= 0,0228].

As Tabelas 47 e 48 mostram que houve uma homogeneidade entre os três grupos quanto às tendências a não apresentarem doenças gerais e a terem passado por alguma intervenção cirúrgica, nos últimos dez anos. Estes dados não coincidem com os da literatura, que mostram que os pacientes com SII, quando comparados a outros indivíduos com doenças orgânicas e à população geral, tendem a possuir mais perturbações somáticas e, conseqüentemente, a ter necessitado de um número mais elevado de intervenções cirúrgicas (BARREIRO et al, 1993).

Os dados da Tabela 49 demonstram que o grupo Controle revelou a ocorrência de um índice significativamente mais alto de acidentes, nos últimos dez anos, quando comparado aos grupos RCUI e SII. Esta associação pode ser conseqüente ao fato de que a maioria dos pacientes que procuram, pela primeira vez, o ambulatório de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da UNICAMP sofrerem acidentes, com seqüelas no aparelho visual.

Conforme informações emitidas pelos próprios pacientes a respeito de possuírem distúrbios emocionais como ansiedade e/ou depressão e sobre terem recebido a algum tipo de tratamento psicoterápico e/ou psicofarmacológico (Tabelas 50 a 52), observou-se que os portadores de SII identificam, em si mesmos, maiores índices de perturbações emocionais e, conseqüentemente, referem ter recebido mais tratamento, quando comparados aos grupos RCUI e Controle.

Um maior comprometimento emocional nos pacientes com SII, quando comparados a pacientes com doenças inflamatórias intestinais, como RCUI, tem sido descrito na literatura: CREED & GUTHRIE (1987); CORNEY & STANTON (1990); SMITH et al (1990); WALKER et al (1990,1992) encontraram, entre aproximadamente 50 e 70% dos pacientes com SII, diagnósticos de transtornos de ansiedade e/ou depressão.

No estudo de CORNEY & STANTON (1990), não foi possível identificar se os sintomas psicológicos ocorreram antes ou depois da instalação do quadro de SII. No entanto, houve, entre os pacientes, uma tendência a referirem que os sintomas emocionais e somáticos tiveram início simultaneamente ou que os sintomas de ansiedade e depressão ocorreram em consequência do quadro de SII. Por outro lado, o estudo de WALKER et al (1990), que analisou distúrbios psiquiátricos como ansiedade e depressão, em pacientes com SII, comparando-os a doentes com DII, revelou que a maioria dos pacientes com SII, (82%), referiram que seus sintomas psíquicos ocorreram antes do aparecimento do distúrbio gastrointestinal.

O estudo de THORNTON et al (1990) procurou identificar as características psicológicas da SII e não encontrou uma incidência alta de ansiedade e depressão nestes pacientes, contradizendo os dados encontrados no presente trabalho. Segundo este autor, quando o critério diagnóstico para a SII é bem definido, parece não haver associação entre SII e distúrbios psicológicos.

Estudos como o de SMITH et al (1990) e DROSSMAN et al (1982), demonstraram que os pacientes com diagnósticos de SII, que procuram atenção médica, apresentam maiores índices de distúrbios emocionais, como ansiedade e depressão, do que os pacientes, com o mesmo diagnóstico, que não buscaram o atendimento médico. Desta forma, estes autores levantam a hipótese de que a presença de distúrbios emocionais nos pacientes com SII não é conseqüente à doença e sim, pode ocorrer simultaneamente e/ou anteriormente ao quadro da SII e, provavelmente, determina o comportamento de procurar tratamento médico.

HEATON et al (1992) estudaram a tendência dos indivíduos com sintomas de SII a procurarem atenção médica, de acordo com o sexo, idade e gravidade dos sintomas gastrointestinais. Estes autores concluíram que os sintomas da SII são mais severos e mais freqüentes nos indivíduos que procuram o auxílio médico. Desta forma, o comportamento de procura ao médico pode estar associado à gravidade dos sintomas e não à fatores psicológicos.

A seguir, encontram-se descritos fragmentos das histórias de vida dos pacientes com SII e RCUI, que evidenciam sintomas depressivos e quadros indicativos de sofrimento emocional. Porém, não se pode inferir com certeza, se as perturbações emocionais precederam o surgimento da sintomatologia orgânica ou são conseqüentes à mesma.

Os pacientes com SII demonstraram maior facilidade de expressar, verbalmente, inseguranças, medos e pensamentos negativistas, do que os indivíduos com RCUI. Estes últimos tenderam a introjetar sua agressividade e demonstraram uma atitude manifesta de calma e tranqüilidade. Os pacientes com RCUI demonstraram necessidade de manter o controle do meio externo, como uma forma indireta de conter suas emoções e manter a estabilidade emocional. Essas diferentes atitudes, manifestadas pelos grupos SII e RCUI, podem ser observadas nos relatos dos próprios pacientes:

CASO 5 - SII:

"Todo dia amanheço indisposta, sem garra para a vida. Sou insegura. Tenho medo de tudo, faço tragédias na cabeça... Sinto-me angustiada, não faço nada com prazer".

CASO 7 - SII:

"Sou uma pessoa que não valoriza o que faz, tenho medo de fazer algo errado e receber crítica. Se sou criticada, fico mal, diminuída, acho que não sou nada... Também não faço o que eu desejo e sim o que acredito que os outros esperam. Isso me deixa muito-tensa".

CASO 9 - SII:

"Hoje não tenho mais prazer em nada... Vejo a vida com muita tristeza... Meu ponto de apoio é meu filho... sou sozinha. Já tive até vontade de me suicidar... Tenho medo da vida, sou insegura".

CASO 13 - SII:

"Sinto dois tipos de nervosismo, um quando tenho que fazer algo, por exemplo, ser avaliado no exame para motorista e ter dor de barriga e diarreia antes da consulta médica. Este tipo de nervosismo tenho desde criança, antes das provas escolares. O segundo tipo piorou depois do casamento. É irritação com meus filhos. Qualquer coisa fico nervoso, estouro e começo a sentir dores no peito".

CASO 14 - SII:

"Sempre fui muito nervosa. Depois que comecei a sentir dores pelo corpo todo, comecei a tomar calmantes".

CASO 22 - SII:

"Sempre fui nervoso. Sou muito preocupado com o dia a dia. Com filhos, com o amanhã".

CASO 23 - SII:

"Acho que sou uma pessoa muito nervosa e agressiva. Preocupo-me muito com meus problemas em família. Qualquer coisa que alguém fala, fico irritado e saio de casa até me acalmar".

CASO 27 - SII:

"Hoje tenho depressão, vontade de chorar, angústia...".

CASO 1 - RCUI:

"Estou me acabando com essa mania de ordem, fui sempre muito nervosa".

CASO 2 - RCUI:

"Não me esqueço mais do meu problema. Sempre fui fechado, quieto, com dificuldade de brigar e ainda peguei uma doença... estragou mais ainda... Não gosto de ser quieto, acho que puzei meu pai. Estou sempre escondido no meu canto, com vergonha, acho que vou atrapalhar".

CASO 5 - RCUI:

Quando algo foge de seu controle, fica nervoso, não gosta de deixar nada para o dia seguinte.

"Sou nervoso por dentro".

CASO 6 - RCUI:

Referiu ser calma, não estoura, segura os nervos, não gosta de chorar, nunca fica zangada.

CASO 9 - RCUI:

Relatou ser "nervosa por dentro", porém não consegue desabafar, só chora.

CASO 13 - RCUI:

Referiu que sempre foi nervosa, mas controlava-se.

"Guardava o nervoso para dentro".

CASO 15 - RCUI:

Referiu que quando está nervoso não extravasa, mesmo no dia seguinte, tem diarreia. Disse:

"Quando criança, nunca podia falar nada, tinha que guardar os sentimentos".

CASO 17 - RCUI:

Avalia-se como uma pessoa com "sistema nervoso abalado".

CASO 20 - RCUI:

Referiu ser uma pessoa aparentemente calma, tranqüila, mas "nervoso por dentro". Refere não brigar e guardar sua raiva. Acredita não esquentar com seus problemas.

CASO 24 - RCUI:

"Guardo sempre as mágoas para mim, não coloco para fora, e quando estou nervoso, a minha diarreia piora".

CASO 26 - RCUI:

"Quando estou com problemas fico muito nervosa, sem paciência, irritada, estouro por qualquer razão e até sem motivos".

CASO 27 RCUI:

"Minha forma de ser é nervoso. Agora, se fico nervoso por qualquer motivo, já vem a doença. Quando passo por uma situação nova, também pioram os sintomas".

CASO 29 - RCUI:

"Acho-me uma pessoa nervosa, principalmente por causa dos problemas no trabalho. Fico nervoso, quando alguma coisa que planejo não dá certo e também, quando não sei o que vai acontecer. Tenho muitos pesadelos, acordo, à noite, sufocado e cansado".

5.11. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS TRINTA E UM PACIENTES COM RCUI, TRINTA PACIENTES COM SII E TRINTA CONTROLES QUANTO A SOFREREM DE INSÔNIA

TABELA 53: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, quanto a sofrerem de insônia

GRUPO		INSÔNIA					TOTAL
		NAO TEM	INICIAL	INTERME- DIARIA	TERMINAL	TOTAL	
CONTROLE	NÚMERO	20	4	4	1	1	30
	%	66.7	13.3	13.3	3.3	3.3	100.0
RCUI	NÚMERO	18	3	5	1	4	31
	%	58.1	9.7	16.1	3.2	12.9	100.0
SII	NÚMERO	6	3	7	3	11	30
	%	20.0	10.0	23.3	10.0	36.7	100.0
TOTAL	NÚMERO	44	10	16	5	16	91
	%	48.4	11.0	17.6	5.5	17.6	100.0

De acordo com os dados da Tabela 53, os pacientes com SII, quando comparados aos grupos RCUI e Controle, mostraram associação à insônia, principalmente insônia total: 36,7%, comparados a 17,6%, da amostra global e insônia intermediária: 23,3%, comparados a 17,6%, da amostra global [$X^2(8) = 20,527$, P-V = 0,009].

5.12. ANÁLISE DAS PERCENTAGENS DE RESPOSTAS POSITIVAS, EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE, APRESENTADAS POR TRINTA E UM PACIENTES COM RCUI, TRINTA PACIENTES COM SII E TRINTA CONTROLES E APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA APLICADA A ESSAS PERCENTAGENS, PARA VERIFICAR COMO ESSAS CARACTERÍSTICAS SE ASSOCIAM AOS TRÊS GRUPOS

TABELA 54: Distribuição das respostas positivas de características de personalidade apresentadas por 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles. As características estão expostas em ordem de aparecimento decrescente, na amostra global. A presença ou ausência destas características não são mutuamente excluentes. Esta Tabela mostra também o teste QUI-Quadrado, comparando os 3 grupos quanto a cada característica de personalidade.

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE	GRUPOS			TOTAL	TESTE QUI-QUADRADO	
	CONT	RCUI	SII		χ ² (2)	P-V
	%	%	%			
Franqueza	96.7	100.0	95.5	97.6	2.126	0.345
Perserverante	80.0	83.9	72.7	79.5	1.813	0.404
Tímido	73.3	74.2	81.8	75.9	1.042	0.594
Perturba-se Facilmente	53.3	83.9	95.5	75.9	17.360	0.000
Perfeccionista	53.3	90.3	81.8	74.7	10.950	0.004
Organizado	70.0	77.4	72.7	73.5	0.434	0.805
Tolerante	70.0	74.2	63.6	69.9	0.416	0.812
Calado	60.0	64.5	68.2	63.9	0.301	0.860
Emocionalmente Controlado	70.0	67.7	36.4	60.2	5.510	0.064
Toma decisões c/facilidade	66.7	58.1	54.5	60.2	2.466	0.291
Metódico	33.3	74.2	77.3	60.2	11.090	0.004
Rígido	46.7	64.5	63.6	57.8	2.474	0.290
Dependência Afetiva	46.7	71.0	50.0	56.6	3.942	0.139
Lazer	70.0	45.2	54.5	56.6	5.365	0.068
Otimista	63.3	58.1	36.4	54.2	2.609	0.271
Alegre	66.7	58.1	27.3	53.0	5.769	0.056
Dorme bem	66.7	58.1	22.7	51.8	12.664	0.002
Humor Estável	56.7	54.8	31.8	49.4	5.365	0.068
Auto-Crítico	33.3	54.8	63.6	49.4	5.747	0.057
Insônia	33.3	41.9	81.8	49.4	14.857	0.001
Submisso	30.0	61.3	54.5	48.2	6.124	0.047
Liderança	46.7	45.2	40.9	44.6	0.714	0.700
Calmo	53.3	51.6	18.2	43.4	8.730	0.013
Ciumento	43.3	38.7	50.0	43.4	0.180	0.914
Tolera Frustrações	66.7	38.7	13.6	42.2	13.610	0.001
Agressivo	30.0	38.7	50.0	38.6	1.176	0.555
Fatigamento Fácil	16.7	45.2	50.0	36.1	8.343	0.015
Auto-Depreciativo	16.7	41.9	45.5	33.7	6.867	0.032
Crítico c/Outros	23.3	45.2	27.3	32.5	3.245	0.197
Consumo Alcoólico	46.7	19.4	18.2	28.9	5.692	0.058
Ambicioso	20.0	25.8	40.9	27.7	0.801	0.670
Caprichos Alimentares	20.0	19.4	50.0	27.7	5.654	0.059
Tabagismo	30.0	9.7	22.7	20.5	3.975	0.137
Egoísta	10.0	9.7	31.8	15.7	4.377	0.112
Preguiçoso	3.3	16.1	9.1	9.6	2.803	0.246
Droga	3.3	3.2	4.5	3.6	0.075	0.963

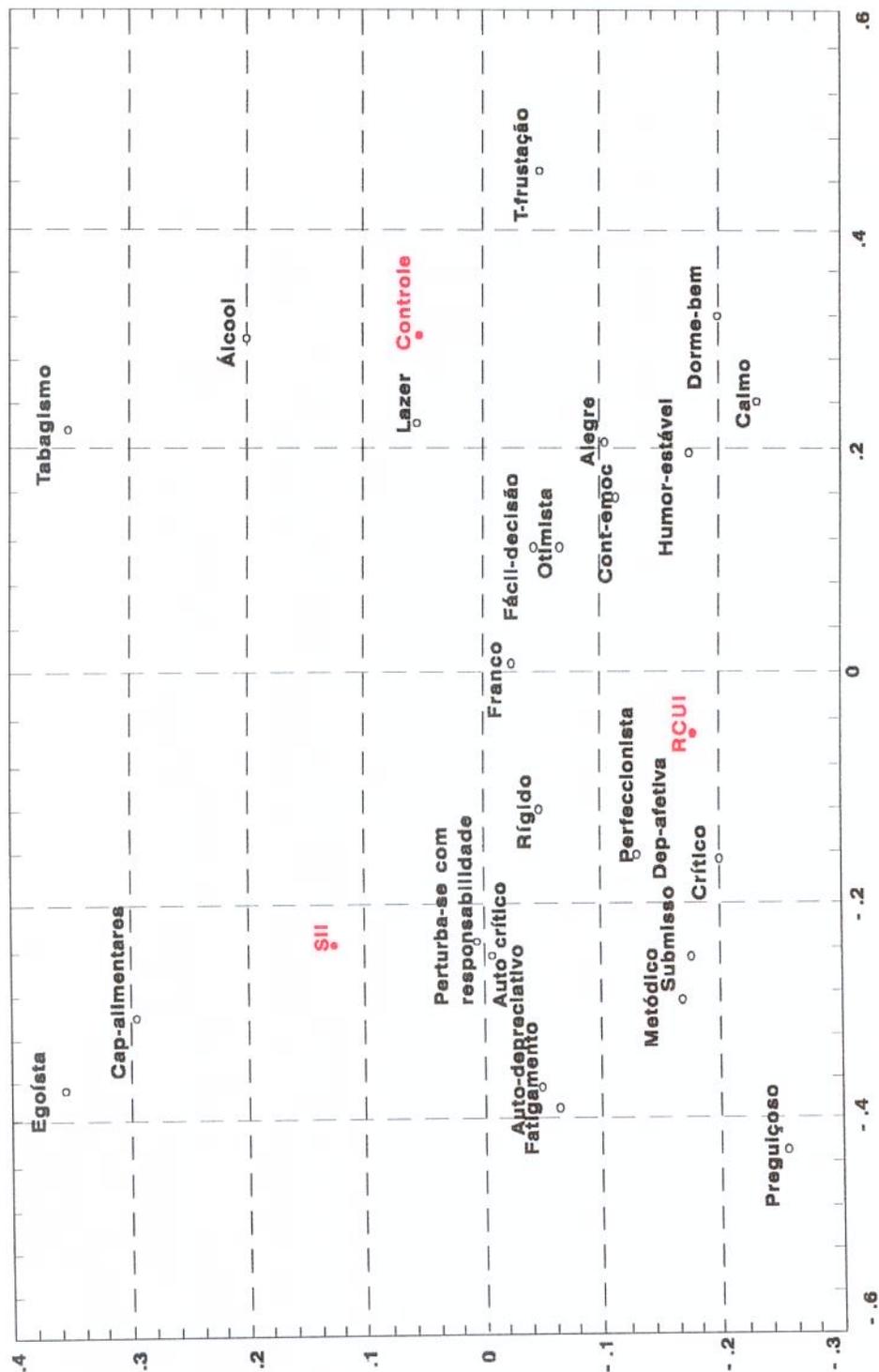


FIGURA 1: Representação gráfica da Análise de Correspondência aplicada à Tabela 54, com exclusão das características de personalidade que apresentaram baixa associação, para verificar como estas características se associam aos grupos RCUI, SII e Controle.

A Tabela 54 demonstra a distribuição das respostas positivas de características de personalidade apresentadas pelos três grupos. A Figura 1 mostra a representação gráfica da Análise de Correspondência aplicada à Tabela 54, com a exclusão das características de personalidade que apresentaram baixa associação, para verificar como se associam aos grupos.

De forma global, a partir da análise de correspondência, aplicada à Tabela 54 (Figura 1), os três grupos apresentaram traços de personalidade específicos, quando comparados entre si.

Os grupos que apresentaram características de personalidade mais divergentes e opostas, foram os grupos SII e Controle. Já o grupo RCUI apresentou um conjunto específico, mas, também, algumas características em comum com o SII e o Controle.

O **grupo SII** apresentou as seguintes características de personalidade, em ordem de porcentagens decrescentes: perturba-se facilmente com responsabilidades (95,5%), auto-crítico (63,6%), caprichos alimentares (50%), fadiga fácil (50%), auto-depreciativo (45,5%) e egoísta (31,8%).

O **grupo Controle**, considerando-se a ordem decrescente de porcentagens, caracterizou-se por: ser emocionalmente controlado (70%), ser alegre (66,7%), dormir bem (66,7%), tolerar frustrações (66,7%), tomar decisões com facilidade (66,7%), ser otimista (63,3%), de humor estável (56,7%), ser calmo (53,3%), ter hábito de consumo alcoólico moderado (46,7%) e ser tabagista (30%).

O **grupo RCUI** apresentou com maior frequência, em ordem decrescente de porcentagens, as seguintes características de personalidade: perfeccionista (90,3%), metódico (74,2%), dependência afetiva de familiares e/ou amigos (71%), rígido (64,5%), submisso (61,3%), crítico com os outros (45,2%) e preguiçoso (16,1%).

Ambos os grupos (RCUI e SII) apresentaram as seguintes características, em ordem decrescente de porcentagens: fácil perturbação com responsabilidades (83,9%), auto-crítica (54,8%), fadiga fácil (45,2%) e auto-depreciação (41,9%). O grupo RCUI apresentou

também, assim como o grupo Controle: controle emocional (67,7%), humor estável (54,8%) e calma (51,6%).

A característica **franqueza** foi comum aos três grupos, (97,6% do total), não apresentando associação significativa a nenhum dos grupos e, conseqüentemente, colocando-se na origem da representação gráfica. (Figura 1).

Este trabalho encontrou alguns traços de personalidade específicos em pacientes com RCUI e com SII, quando comparados a um grupo Controle sem sintomas gastrintestinais. No entanto, deve-se ter cautela na generalização dos dados deste estudo, pois se referem a uma população específica de pacientes que foram atendidos no Hospital das Clínicas da Unicamp. E, embora este estudo tenha encontrado um padrão característico de personalidade para os pacientes com RCUI e para o grupo com SII, não se pode concluir que todos os indivíduos com as características de personalidade descritas, necessariamente desenvolverão sintomas gastrintestinais. Por outro lado, não se pode afirmar que todos os indivíduos com o quadro de RCUI e de SII apresentam as mesmas características identificadas neste estudo.

O grupo RCUI apresentou características que se enquadram em um tipo de personalidade obsessiva, descrita por MAYER-GROSS, SLATER, ROTH (1972), como: perfeccionismo, rigidez, metodismo e controle de emoções, entre outros.

KAPLAN e SADOCK (1984a), identificam algumas características nos pacientes com um quadro de RCUI, como: asseio, cautela, excessiva sensibilidade, aparente modéstia, egocentrismo, passividade, falta de ambição, necessidade de amor, simpatia e afeição e ligação ou apego excessivo à mãe. Estes autores afirmam que a mistura de traços obsessivos e de vulnerabilidade narcisista subjacente não são suficientes para desenvolver uma personalidade específica no paciente com RCUI, mas sim, para criar uma variedade de limitações e vulnerabilidade psicológica, que se manifestam de maneira e intensidade variáveis, em diferentes pacientes.

KAPLAN & SADOCK (1984a), descreveram que as crianças com RCUI tendem a apresentar traços obsessivos, obstinados e rígidos e necessitam da aprovação do meio. Tendem a ser submissas e passivas ou manipuladoras e petulantes.

PONTES, CAMPOS, RODRIGUES (1988) identificaram nestes pacientes, características que coincidem com os dados deste trabalho: perfeccionismo, auto-crítica exagerada, traços obsessivo-compulsivos, passividade e dependência.

PROBST et al (1990) estudaram as relações entre fatores somáticos, psicológicos e sociais em pessoas com doenças inflamatórias intestinais, como RCUI e doença de Crohn. Observaram que esses pacientes apresentam restrições significativas no trabalho, nas atividades de lazer, na vida sexual e social e também identificam algumas características psicológicas como: "são mais nervosos, inibidos e reservados e são menos agressivos, sociáveis e tranquilos".

Alguns relatos de pacientes com RCUI demonstram a tendência dos mesmos a apresentarem características obsessivas de personalidade:

CASO 1 - RCUI:

Referiu que teve uma educação rígida e desenvolveu um senso de responsabilidade severo, com mania de ordem e limpeza. Disse levantar-se cedo, todos os dias, para deixar a casa "impecável".

"Estou me acabando com essa mania de ordem, fui sempre muito nervosa..."

CASO 5 - RCUI:

Disse que o trabalho lhe traz preocupação, porque se exige demais e é perfeccionista. Referiu também que quando algo sai de seu controle, fica "nervoso" e não gosta de deixar nada para o dia seguinte.

CASO 9 - RCUI:

Relatou ser metódica, com necessidade de planejar o dia antes de se levantar.

CASO 18 - RCUI:

Referiu ser uma pessoa muito preocupada com os problemas familiares e com suas obrigações. Não consegue deixar nada para o dia seguinte, trabalha muito, tem necessidade de manter a casa sempre arrumada e organizada.

Os portadores de SII, neste trabalho, apresentaram, principalmente, características que denotaram uma baixa auto-estima, sentimento de desvalorização, pensamentos negativistas, auto-crítica severa e preocupação excessiva com suas responsabilidades. Não se enquadraram, como o grupo RCUI, no padrão de uma personalidade com características obsessivas, embora tenham apresentado alguns traços comuns. Foi o grupo que se opôs mais fortemente ao grupo Controle, que se revelou tranqüilo, calmo, otimista, seguro e emocionalmente controlado.

DINAN et al (1991), verificaram a prevalência de desordem emocional e a presença de traços de personalidade específicos nos pacientes com SII e úlcera péptica. Verificaram-se algumas características psicológicas, como alto nível de neuroticismo e introversão e tendência a interpretar negativamente os eventos da vida diária. Estes autores acreditam que tais características apresentadas pelos pacientes com SII podem ser resultantes de uma inabilidade para enfrentar o estresse.

TALLEY et al (1990) avaliaram o papel de fatores psicológicos em desordens gastrintestinais funcionais, como a SII e não encontraram traços de personalidade típicos nesses pacientes. Afirmaram que outros fatores, provavelmente, têm um papel mais importante na etiologia e sintomatologia da SII do que traços específicos de uma personalidade pré-mórbida.

THORNTON et al (1990) não encontraram, também, maior prevalência de desordem psiquiátrica e/ou psicológica em pacientes com SII, quando comparados a outros, com doenças orgânicas crônicas. Defendem o pressuposto de que, se há um critério diagnóstico definido para a SII, não se encontra uma relação específica entre SII e psicopatologia.

SMITH et al (1990) estudaram os fatores psicossociais quanto a possibilidade de terem valor diagnóstico para distinguir SII de doenças gastrintestinais orgânicas. Este estudo prospectivo encontrou altos índices de distúrbios psicológicos, como ansiedade, depressão, estresse e somatização, em ambos os grupos de pacientes. Concluíram que as variáveis psicossociais não têm valor no diagnóstico diferencial entre SII e doenças orgânicas do aparelho digestivo, com sintomatologia semelhante à da RCUI.

Estudos sistemáticos (BLANCHARD et al, 1990; FOWLIE, EASTWOOD, FORD, 1992) têm revelado maiores índices de neuroticismo, compulsividade, histeria e depressão aos pacientes com SII, quando comparados aos indivíduos com outras doenças. No entanto, não há um consenso sobre o maior comprometimento emocional fazer parte de uma personalidade pré-mórbida, isto é, estar presente antes do desenvolvimento da SII, ou estar correlacionado a mudanças de vida, com características estressantes ou ainda à piora dos próprios sintomas físicos da doença.

5.13. ANÁLISE DAS PERCENTAGENS DE RESPOSTAS POSITIVAS, EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE APRESENTADAS POR TRINTA E UM PACIENTES COM RCUI, TRINTA PACIENTES COM SII E TRINTA CONTROLES, DIVIDIDOS QUANTO AO SEXO

TABELA 55: Distribuição das respostas positivas de características de personalidade apresentadas por 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, divididas quanto ao sexo. Esta Tabela mostra também o teste QUI-Quadrado, comparando os três grupos, quanto a cada característica de personalidade

	CONTROLES		RCUI		SII		χ ²	p	
	PREM	FEM	PREM	FEM	PREM	FEM			
	%	%	%	%	%	%			
Tenso	100.0	93.3	100.0	100.0	87.5	100.0	97.6	8.640	0.124
Pensar demais	60.0	100.0	78.6	88.2	87.5	64.3	79.5	12.087	0.034
Tímido	66.7	80.0	71.4	76.5	75.0	85.7	75.9	1.925	0.859
Perturba-se Fácil	53.3	53.3	85.7	82.4	87.5	100.0	75.9	17.669	0.003
Perfeccionista	53.3	53.3	100.0	82.4	100.0	71.4	74.7	12.933	0.024
Organização	66.7	73.3	92.9	64.7	87.5	64.3	73.5	3.243	0.387
Tolerante	53.3	86.7	57.1	88.2	75.0	57.1	69.9	8.039	0.154
Calado	46.7	73.3	64.3	84.7	62.5	71.4	63.9	4.240	0.515
Tompe decisão fácil	60.0	73.3	64.3	52.9	25.0	71.4	68.2	8.627	0.125
Emoções Contr.	60.0	80.0	50.0	82.4	25.0	42.9	60.2	11.640	0.040
Metódico	33.3	33.3	85.7	64.7	100.0	64.3	60.2	14.208	0.014
Rígido	53.3	40.0	78.6	52.9	87.5	50.0	57.8	9.369	0.095
Dep. Ativa	33.3	60.0	71.4	70.6	62.5	42.9	56.6	6.752	0.240
Lazer	53.3	86.7	35.7	32.9	37.5	64.3	56.6	13.399	0.020
Ótimista	53.3	73.3	50.0	64.7	50.0	28.6	54.2	5.515	0.356
Alegre	66.7	66.7	42.9	70.6	37.5	21.4	53.0	8.174	0.147
Dormir bem	66.7	66.7	64.3	52.9	25.0	21.4	51.8	13.639	0.018
Auto-Crítico	40.0	26.7	50.0	58.8	75.0	57.1	49.4	8.214	0.145
Humor estável	33.3	60.0	35.7	70.6	62.5	14.3	49.4	11.647	0.040
Insesta	33.3	33.3	35.7	47.1	87.5	78.6	49.4	16.644	0.005
Sufocado	26.7	33.3	57.1	64.7	75.0	42.9	48.2	7.660	0.176
Liderança	40.0	53.3	35.7	52.9	25.0	50.0	44.6	2.515	0.774
Criminoso	53.3	33.3	35.7	41.2	62.5	42.9	43.4	2.550	0.769
Calmo	20.0	86.7	42.9	58.8	12.5	21.4	45.4	24.870	0.000
Tolera frustração	53.3	80.0	50.0	29.4	-	21.4	42.2	20.915	0.001
Agressivo	33.3	26.7	42.9	35.3	62.5	42.9	38.6	2.589	0.763
Fatigam.Fácil	26.7	6.7	50.0	41.2	62.5	42.9	36.1	13.506	0.019
Auto-Depressivo	13.3	20.0	-	41.2	62.5	35.7	33.7	12.145	0.053
Crítico c/ outros	26.7	20.0	28.6	58.8	37.5	21.4	32.5	10.819	0.055
Consumo de Alcool	46.7	46.7	7.1	29.4	-	28.6	28.9	8.850	0.115
Ansiosos	26.7	13.3	31.4	29.4	37.5	42.9	27.7	2.348	0.799
Capx. Abstrata	20.0	20.0	14.3	23.5	87.5	28.6	27.7	9.799	0.081
Talento	33.3	26.7	7.1	11.8	37.5	14.3	20.5	4.277	0.510
Egocêntrico	20.0	-	14.3	5.9	12.5	42.9	15.7	9.341	0.096
Preocupado	-	6.7	7.1	23.5	12.5	7.1	9.6	7.478	0.187
Druga	-	6.7	-	5.9	-	7.1	3.6	2.540	0.770

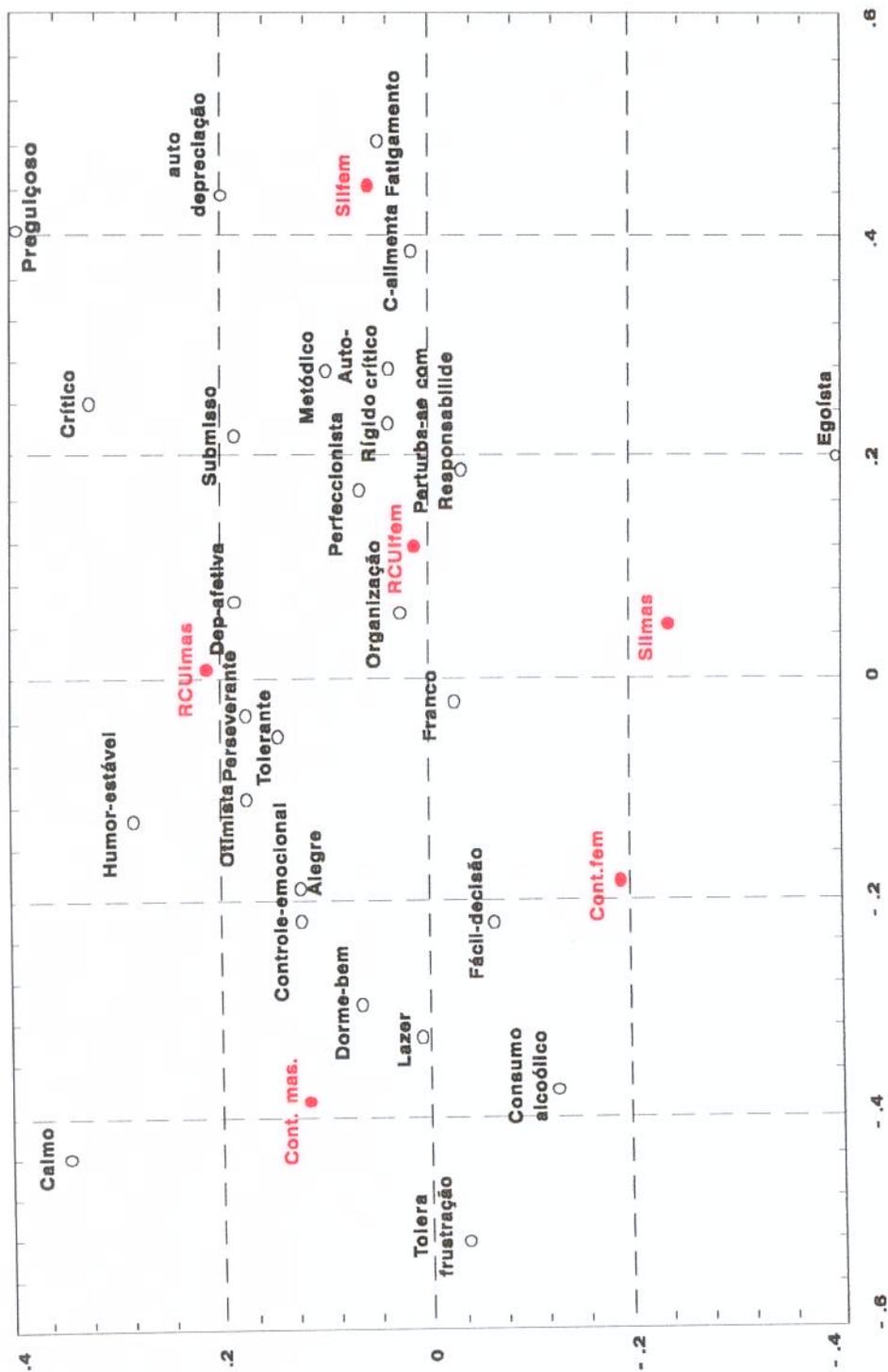


FIGURA 2: Representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 55, com exclusão das características de personalidade que apresentaram baixa associação, para verificar como estas características se associam aos 3 grupos, divididos quanto ao sexo.

A Tabela 55 demonstra a distribuição das respostas positivas de características de personalidade apresentadas pelos três grupos, de acordo com o sexo, e a Figura 2 mostra a representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 55, com exclusão das características que apresentaram baixa associação, para verificar como se associam aos grupos.

De forma global, houve diferenças entre os sexos, com relação às características de personalidades, numa análise intra e intergrupos.

O grupo no qual houve maior homogeneidade entre os sexos foi o grupo Controle, que demonstrou associação a características, como tolerar frustrações, ter lazer, dormir bem, tomar decisões com facilidade e consumir álcool com moderação. Houve uma diferenciação quanto ao sexo, no grupo Controle, com relação às características ser calmo, ter controle emocional e ser alegre, que se associaram mais fortemente ao sexo masculino. Estas características do grupo Controle masculino equivalem àquelas encontradas no grupo RCUI masculino. Por outro lado, as mulheres do grupo Controle demonstraram ser mais egoístas, assim como o grupo SII masculino.

Os indivíduos do sexo masculino, no grupo RCUI, apresentaram características de personalidades opostas, quando comparados ao grupo SII masculino, ou seja, caracterizou-se como de humor estável, otimista, perseverante, tolerante e dependente, afetivamente, de amigos e familiares e também apresentou, embora com menor associação, as características: ser submisso, crítico e preguiçoso. Por outro lado o grupo SII masculino não apresentou associação às características: calmo, humor estável, dormir bem, controle emocional, alegria, otimismo, perseverança, dependência afetiva e tolerar frustrações e apresentou associação a ser egoísta e perturbar-se facilmente com responsabilidades. As mulheres dos grupos RCUI e SII mostraram-se semelhantes, apresentando as características: perfeccionismo, fácil perturbação com responsabilidades; rigidez, auto-crítica e fadiga fácil. Por outro lado, o grupo feminino com RCUI, quando comparado ao grupo feminino com SII, demonstrou dormir melhor, ser mais calmo e mais organizado e, quando comparado ao grupo RCUI masculino, apresentou semelhança, por serem pessoas dependentes, afetivamente, submissos, tolerantes e perseverantes. O grupo RCUI feminino demonstrou ter um pouco de todas as características, e, conseqüentemente, ser o grupo mais equilibrado, que se assemelha ao comportamento médio dos

grupos. As mulheres do grupo SII demonstraram-se mais ciumentas, auto-depreciativas, com mais caprichos alimentares, mais agressivas e sofreram mais insônia do que as mulheres com RCUI.

De forma global, analisando as diferenças entre os sexos dos três grupos, verificou-se que as mulheres apresentaram traços de personalidade que denotam maior comprometimento emocional, estando mais associadas a características obsessivas do que os homens. E, comparando-se os três grupos, as mulheres com SII mostraram-se mais comprometidas, ao contrário das mulheres do grupo Controle.

A literatura revela que as mulheres apresentam maior comprometimento psicológico, com mais diagnósticos de distúrbios emocionais, como depressão, ansiedade e psicose maníaco-depressiva, do que os homens (JASPERS, 1973; EY, BERNARD, BRISSET, 1975; DALGALARRONDO, 1990; NUNES, 1992).

5.14. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS TRINTA E UM PACIENTES COM RCUI, TRINTA PACIENTES COM SII, TRINTA PACIENTES CONTROLES, SEGUNDO A MÉDIA DE PONTOS OBTIDOS EM CADA ITEM DA ESCALA DE BECK PARA DEPRESSÃO E SEGUNDO A MÉDIA DA PONTUAÇÃO TOTAL OBTIDA PELA APLICAÇÃO DA ESCALA. ESTUDO DA REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA APLICADA ÀS MÉDIAS OBTIDAS PELA ESCALA DE BECK PARA DEPRESSÃO, PARA VERIFICAR COMO OS TRÊS GRUPOS APRESENTARAM MAIOR ASSOCIAÇÃO COM ALGUM ITEM DA ESCALA

TABELA 56: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, segundo a média de pontos obtidos em cada item da escala de Beck para depressão. Os 21 itens que compõem a escala foram nomeados e distribuídos em ordem decrescente, segundo as médias gerais obtidas para cada item. Esta Tabela mostra também a média da pontuação total obtida pela aplicação da escala em cada grupo, e na última coluna mostra os P-valores obtidos pelo teste ANOVA, que indica se houve uma diferença significativa entre os três grupos.

	RCUI			SII			F	P-V
	CONTROLE	RCUI	SII	CONTROLE	SII	CONTROLE		
	MÉDIA	MÉDIA	MÉDIA	MÉDIA	MÉDIA	MÉDIA		
01.Irritabilidade	1.1	1.3	1.3	1.2	0.335	0.7161		
02.Choro	0.9	0.9	1.6	1.1	2.438	0.0933		
03.Distúrbio do sono	0.8	1.0	1.7	1.1	5.292	0.0068		
04.Perda de peso	0.5	1.0	1.7	1.1	9.551	0.0002		
05.Preocupação c/saúde	1.0	0.9	1.5	1.1	2.842	0.0637		
06.Tristeza	0.7	0.8	1.4	1.0	5.326	0.0066		
07.Fracasso	0.7	1.0	1.3	1.0	3.333	0.0403		
08.Pessimismo	0.5	0.7	1.5	0.9	6.259	0.0029		
09.Culpa	0.6	0.5	1.5	0.9	6.079	0.0034		
10.Insegurança	0.6	0.8	1.3	0.9	3.572	0.0322		
11.Fadiga física	0.6	0.9	1.3	0.9	4.077	0.0203		
12.Insatisfação	0.4	0.8	1.0	0.7	4.422	0.0148		
13.Castigo	0.6	0.6	1.0	0.7	1.407	0.2503		
14.Interesse p/outros	0.6	0.6	0.9	0.7	0.552	0.5780		
15.Capacid.p/trabalhar	0.3	0.5	1.3	0.7	14.896	0.0001		
16.Interesse p/sexo	0.3	0.5	1.3	0.7	7.504	0.0010		
17.Auto-desvalorização	0.4	0.4	0.9	0.6	3.449	0.0361		
18.Auto-crítica	0.4	0.4	0.8	0.6	3.118	0.0492		
19.Auto-imagem rebaixada	0.5	0.7	0.7	0.6	0.879	0.4189		
20.Perda de apetite	0.5	0.4	1.1	0.6	4.622	0.0123		
21.Pensamentos suicidas	0.1	0.2	0.5	0.3	2.572	0.0821		
TOTAL	12.1	14.8	25.5	17.5	12.657	0.0001		

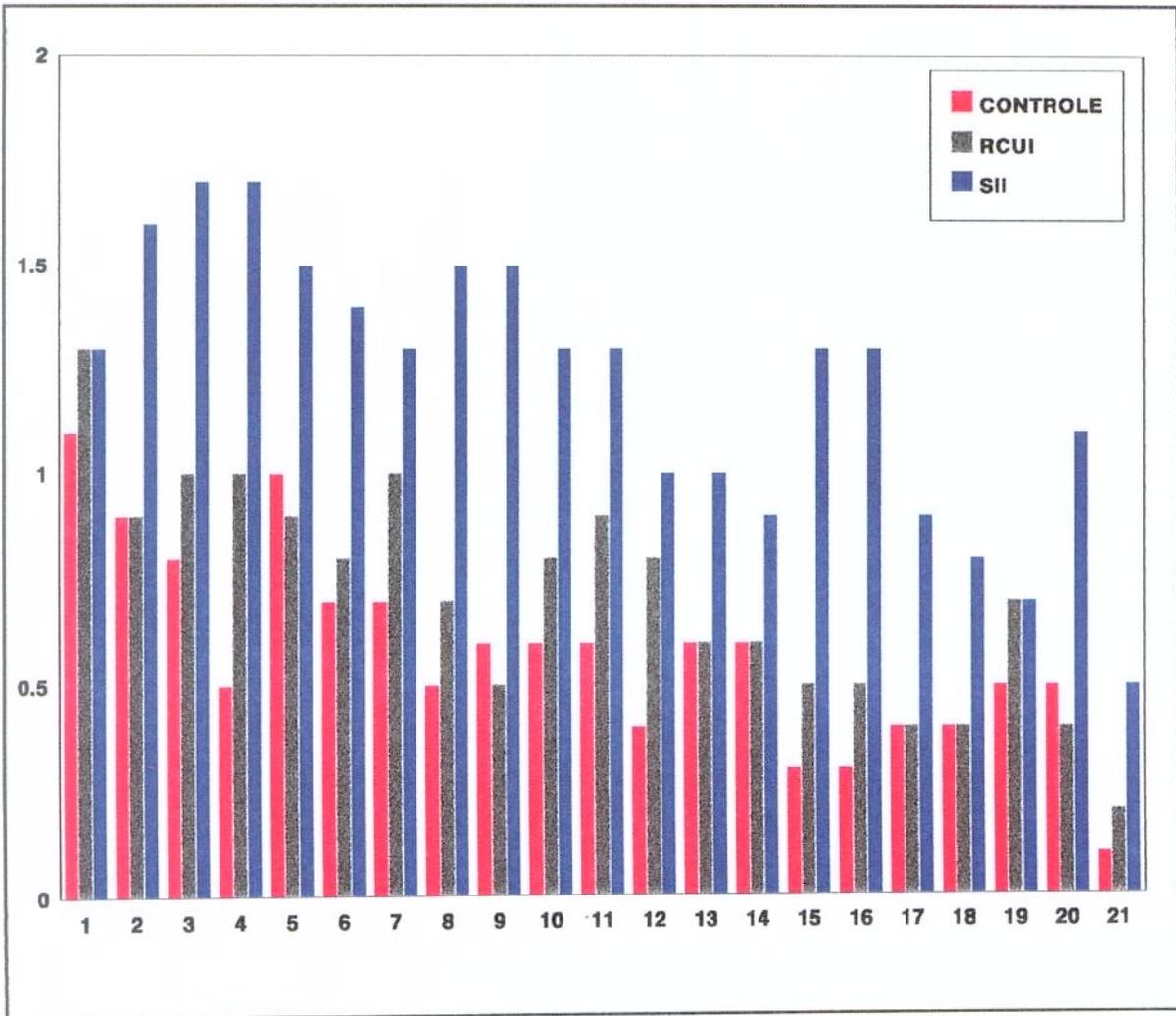


FIGURA 3: Representação gráfica da distribuição dos três grupos, segundo a média de pontos obtidos em cada item da escala de Beck para depressão, na ordem apresentada na Tabela 56.

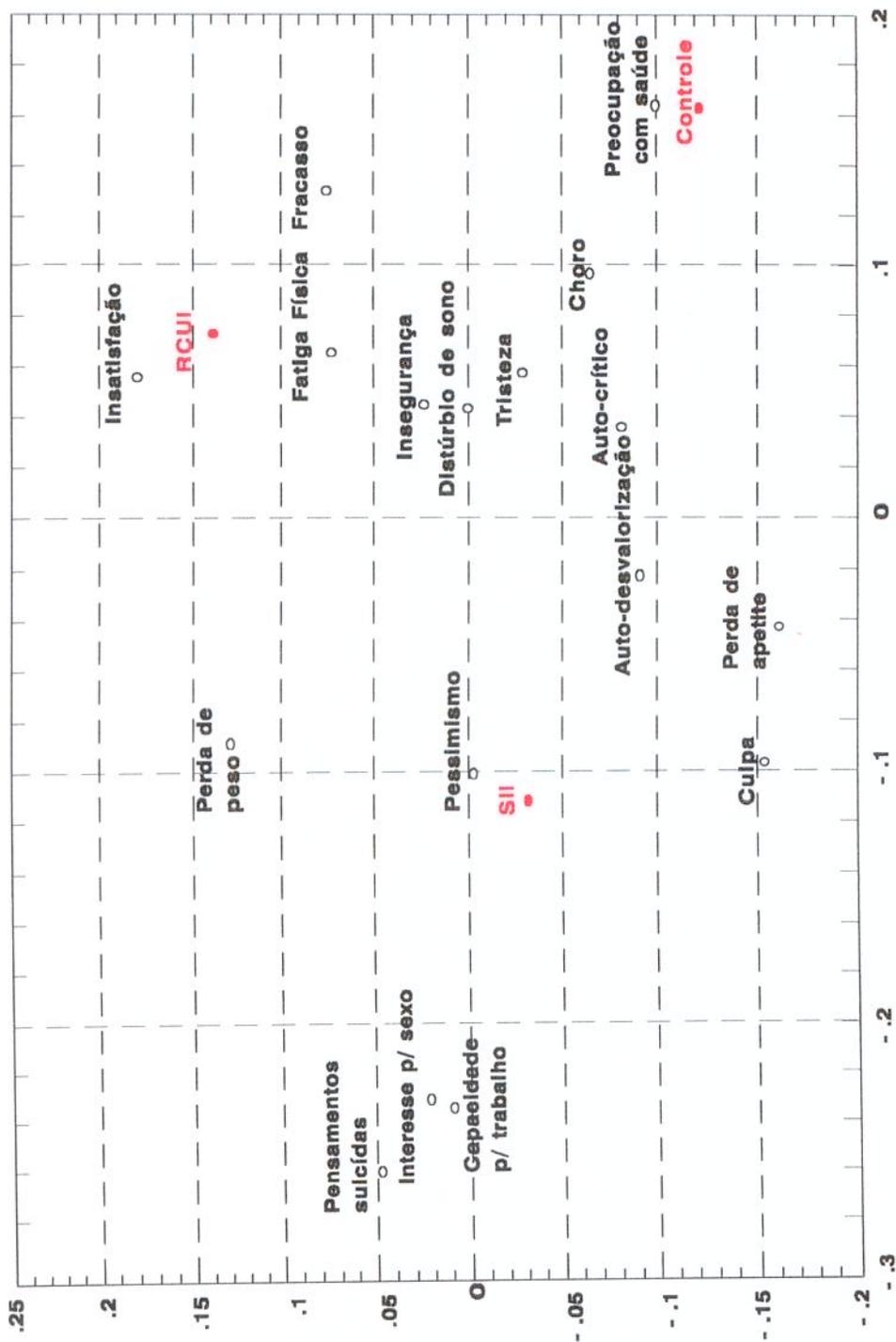


FIGURA 4: Representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 56, excluindo os itens: castigo, irritabilidade, interesse pelos outros e auto-imagem rebaixada, que não apresentaram associação com nenhum dos grupos, para verificar como os três grupos (RCUI, SII e Controle) apresentaram maior associação com algum item da escala de Beck.

Para a elaboração da Tabela 56, foi realizada uma análise de conteúdo da escala de Beck para a depressão. Com base nesta análise, cada um dos vinte e um itens da escala recebeu uma denominação elaborada pela presente investigadora, sendo: **item 1:** tristeza; **item 2:** pessimismo; **item 3:** fracasso; **item 4:** insatisfação; **item 5:** culpa; **item 6:** castigo; **item 7:** auto-imagem rebaixada; **item 8:** auto-crítica; **item 9:** pensamentos suicidas; **item 10:** choro; **item 11:** irritabilidade; **item 12:** interesse pelos outros; **item 13:** insegurança; **item 14:** auto-desvalorização; **item 15:** capacidade para o trabalho; **item 16:** distúrbio de sono; **item 17:** fadiga física; **item 18:** perda de apetite; **item 19:** perda de peso; **item 20:** preocupação com a saúde e **item 21:** interesse por sexo.

Os itens acima descritos foram nomeados e distribuídos na Tabela, em ordem decrescente, segundo as médias gerais obtidas para cada item, na amostra global, e segundo as médias obtidas para cada item nos três grupos, separadamente.

A última linha da Tabela 56 mostra a distribuição das médias da pontuação total obtida pela aplicação da escala de Beck nos três grupos, e a última coluna desta Tabela mostra os P-valores obtidos pelo teste ANOVA, que têm como funções indicarem se houve uma diferença significativa nos resultados obtidos pela aplicação da escala de Beck para depressão, entre os três grupos (RCUI, SII e Controle).

A Figura 3 mostra a representação gráfica da distribuição dos três grupos, segundo a média de pontos obtidos nos vinte e um itens da escala de Beck para depressão.

Através da visualização dos dados da Tabela 56 e da Figura 3, observou-se que os pacientes do grupo SII obtiveram médias maiores em cada um dos itens da escala de Beck e, conseqüentemente, uma média total também significativamente maior, quando comparado ao grupo RCUI e grupo Controle. O grupo RCUI obteve médias mais próximas do grupo SII, colocando-se numa posição intermediária, e o grupo Controle apresentou médias de valores menores, em cada item, e no total da escala. Estas diferenças de médias entre os três grupos foram estatisticamente significativas. (Teste ANOVA: $F; 12,657, P-V= 0,0001$).

Os dados da Tabela 56 e Figura 3 indicam, no global, que o grupo SII apresentou mais sintomas depressivos do que o grupo RCUI e o grupo Controle.

Para verificar se algum dos três grupos apresentou maior associação a algum item da escala de Beck para depressão, a Figura 4 mostra a representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 56, com a exclusão dos itens: castigo, irritabilidade, interesse pelos outros e auto-imagem rebaixada, porque não apresentaram associação a nenhum dos grupos.

Através da análise de correspondência aplicada à Tabela 56, cuja representação gráfica encontra-se na Figura 4, de forma global, não foram encontradas diferenças significativas, mas verificaram-se algumas tendências em cada um dos três grupos, sendo elas:

O **grupo RCUI** associou-se aos seguintes itens da escala de Beck para depressão: insatisfação, fracasso, fadiga física, perda de peso, insegurança, distúrbio de sono e tristeza.

O **grupo Controle** associou-se aos seguintes itens da escala de Beck para depressão: preocupação com a saúde e choro.

O **grupo SII** se opôs aos grupos RCUI e Controle e associou-se aos seguintes itens da escala de Beck para depressão: pessimismo, culpa e também associou-se, em último plano, à falta de interesse por sexo, diminuição da capacidade para o trabalho, pensamentos e idéias suicidas, perda do apetite e auto-desvalorização.

A Tabela 56 e Figura 3 e a representação gráfica da análise de correspondência aplicada a esta Tabela (Figura 4) demonstra que o grupo SII apresentou mais sintomas depressivos, como pessimismo, sentimento de culpa, pensamentos e idéias suicidas, sentimento de desvalorização, bem como diminuição da libido, gerando falta de interesse pelo sexo, perda do apetite e diminuição da capacidade para o trabalho, quando comparado aos grupos RCUI e Controle. O grupo RCUI apresentou alguns sintomas depressivos como insatisfação, tristeza, insegurança, sentimento de fracasso, distúrbio de sono, perda de peso e fadiga física, porém, num grau menor, quando comparado ao grupo SII. O grupo Controle, por sua vez, apresentou um número menor de sintomas que caracterizam um quadro depressivo.

5.15. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS TRINTA E UM PACIENTES COM RCUI, TRINTA PACIENTES COM SII E TRINTA CONTROLES, SEGUNDO A MÉDIA DE PONTOS OBTIDOS NA ESCALA DE BECK PARA DEPRESSÃO DIVIDIDOS QUANTO AO SEXO

TABELA 57: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles divididos de acordo com o sexo, segundo a média de pontos obtidos em cada item da Escala de Beck para depressão. A última linha desta Tabela mostra a média da pontuação total obtida pela aplicação da Escala em cada grupo, dividido quanto ao sexo. E na última coluna, mostra os P-Valores obtidos pelos testes ANOVA e K-W, que indicam se houve uma diferença significativa entre os três grupos.

Item da Escala de Beck para Depressão	Grupo						Méd.	Testes de Significância	
	CONTROLE		RCUI		SII			ANOVA P-VAL	K-W P-VAL
	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.			
	MÉD.	MÉD.	MÉD.	MÉD.	MÉD.	MÉD.			
Irritabilidade	0.9	1.3	1.1	1.4	1.3	1.4	1.2	0.8156	0.7708
Choro	1.4	0.5	0.9	0.9	1.5	1.6	1.1	0.1235	0.1073
Distúrbio de sono	1.0	0.5	1.1	0.8	2.0	1.5	1.1	0.0225	0.0271
Perda de peso	0.5	0.5	0.9	1.1	1.9	1.5	1.1	0.0025	0.0030
Preoc./saúde	1.1	0.9	0.9	0.9	1.4	1.6	1.1	0.2846	0.2651
Tristeza	0.6	0.8	0.9	0.6	1.6	1.3	1.0	0.0395	0.0429
Fracasso	0.7	0.7	1.1	0.9	1.1	1.5	1.0	0.1500	0.1583
Pessimismo	0.4	0.6	1.1	0.5	1.6	1.4	0.9	0.0130	0.0197
Culpa	0.8	0.4	0.6	0.5	1.7	1.3	0.9	0.0236	0.0430
Insegurança	0.8	0.4	0.8	0.8	1.8	0.9	0.9	0.0164	0.0261
Fadiga Física	0.7	0.5	1.1	0.7	1.5	1.1	0.9	0.0392	0.0649
Inatistência	0.5	0.3	1.0	0.6	1.3	0.7	0.7	0.0108	0.0060
Castigo	0.4	0.8	0.6	0.7	0.8	1.1	0.7	0.4581	0.2670
Interesse p/outros	0.8	0.4	0.4	0.8	0.9	0.8	0.7	0.6552	0.4296
Capacidade p/trab.	0.3	0.3	0.6	0.4	1.2	1.4	0.7	0.0001	0.0006
Interesse p/sexo	0.5	0.2	0.9	0.2	2.3	0.5	0.7	0.0001	0.0001
Auto-desvaloriz.	0.5	0.3	0.6	0.3	0.7	1.1	0.6	0.0943	0.0971
Auto-crítica	0.5	0.4	0.6	0.2	0.9	0.8	0.6	0.1213	0.1875
Auto-imagem rebaix.	0.5	0.5	1.1	0.4	0.9	0.6	0.6	0.0929	0.1538
Perda de Apetite	0.7	0.3	0.6	0.3	1.6	0.6	0.6	0.0017	0.0049
Pensamento Suicida	0.1	0.2	0.4	0.1	0.7	0.4	0.3	0.1258	0.3055
GERAL	13.5	10.7	16.6	13.3	28.9	22.9	17.5	0.0001	0.0003

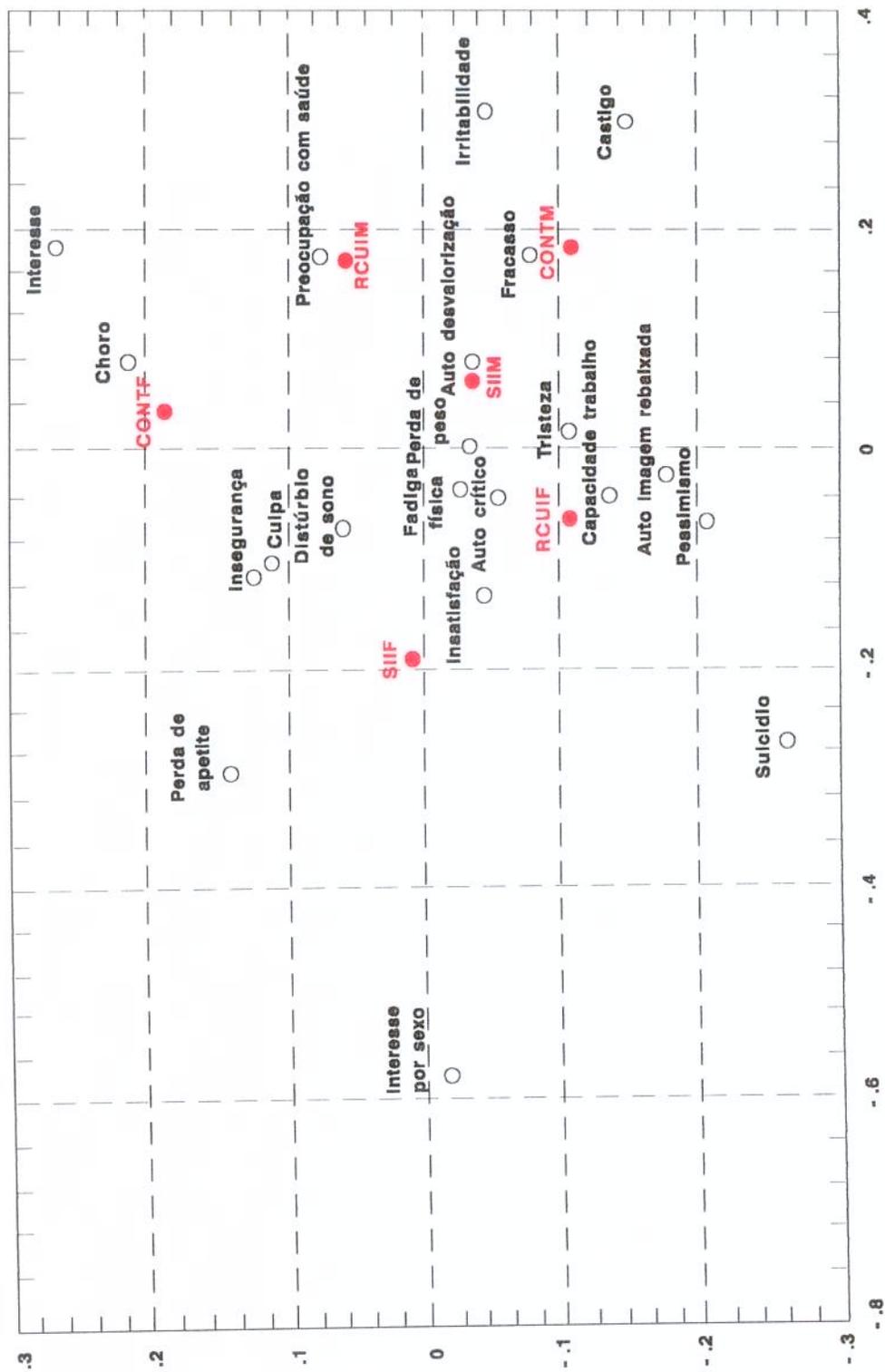


FIGURA 5: Representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 57, excluindo os itens de menor associação, para verificar como os três grupos divididos quanto ao sexo, apresentaram maior associação com algum item da escala de Beck.



A Tabela 57 mostra a distribuição das médias de pontos obtidos em cada item da escala de Beck para depressão, nos três grupos, de acordo com o sexo.

A Figura 5 mostra a representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 57, eliminando os itens da escala que demonstraram menor associação, para verificar se algum grupo apresentou maior associação a algum item da escala de Beck.

De forma global, a Tabela 57 e a Figura 5 mostram que o grupo SII feminino ($X= 28,9$) apresentou maior pontuação, ou seja, mais sintomas depressivos, seguido do grupo SII masculino ($X= 22,9$). Desta forma, os grupos SII feminino e masculino se opuseram aos grupos Controle masculino ($X= 10,7$), RCUI masculino ($X= 13,3$) e Controle feminino ($X= 13,5$) e, especificamente o grupo RCUI feminino ($X= 16,6$) colocou-se na média geral dos pontos obtidos pela escala de Beck, comparado com os grupos RCUI masculino e SII e Controle, de ambos os sexos.

A análise de correspondência (Figura 5) aplicada à Tabela 57 não revelou diferenças significativas entre os grupos, ou seja, todos se voltaram na mesma direção, tendo o **grupo SII** apresentado uma média maior de sintomas depressivos. Porém, pode-se constatar que existem algumas tendências, ou seja, o **grupo SII feminino** mostrou forte associação à maioria dos itens da escala de Beck, como desinteresse por sexo, falta de apetite, idéias suicidas, insegurança, culpa, distúrbios de sono, insatisfação e perda de peso. O **grupo SII masculino** mostrou, também, forte associação à maioria dos itens da escala, principalmente, à auto-desvalorização, sentimento de fracasso e de estar sendo castigado, tristeza, fadiga, perda de peso e preocupação com a saúde. O **grupo RCUI feminino** se associou a pessimismo, auto-imagem rebaixada, diminuição da capacidade para o trabalho, tristeza e idéias suicidas. O **grupo RCUI masculino** associou-se, basicamente, à preocupação com a saúde e, de forma global, teve uma pontuação média em quase todos os itens. O **grupo Controle feminino** se associou, levemente, à vontade de chorar, diminuição do interesse pelos outros, insegurança e sentimento de culpa. E o **grupo Controle masculino** se associou, moderadamente, à irritabilidade e sentimentos de fracasso e de estar sendo castigado.

5.16. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS PONTOS OBTIDOS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE BECK PARA DEPRESSÃO, NOS TRINTA E UM PACIENTES COM RCUI, TRINTA PACIENTES COM SII E TRINTA CONTROLES, SEGUNDO APRESENTAREM OU NÃO DEPRESSÃO E SEGUNDO TEREM DEPRESSÃO MODERADA OU GRAVE, PELOS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS POR MATOS, PIEDRABUENA E KARNIOL

TABELA 58: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, 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, Piedrabuena e Karniol

GRUPO		GRUPO DE DEPRESSÃO			TOTAL
		AUSENTE	MODERADA	GRAVE	
CONTROLE	NÚMERO	23	2	5	30
	%	76.7	6.7	16.7	100.0
RCUI	NÚMERO	22	4	5	31
	%	71.0	12.9	16.1	100.0
SII	NÚMERO	10	3	17	30
	%	33.3	10.0	56.7	100.0
TOTAL	NÚMERO	55	9	27	91
	%	60.4	9.9	29.7	100.0

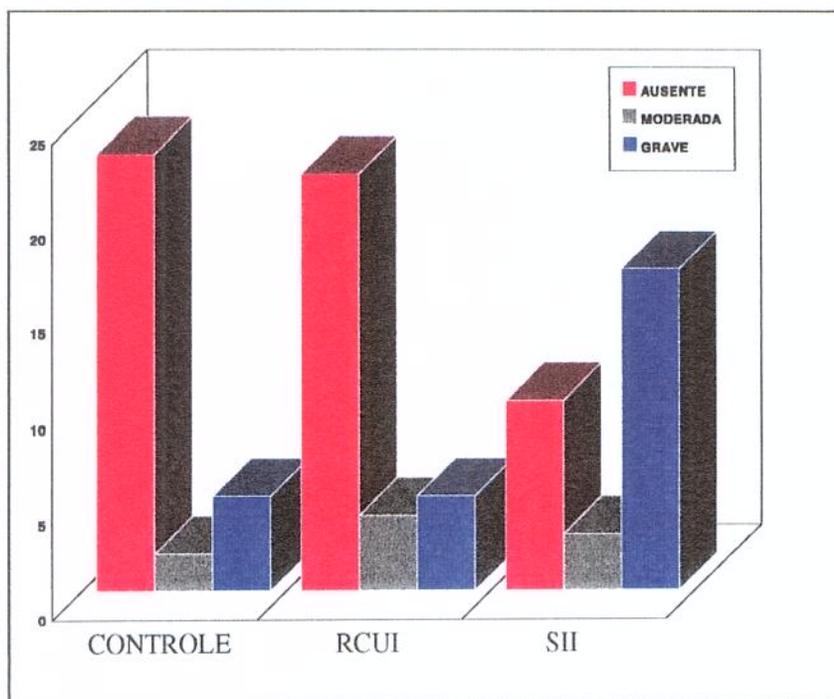


FIGURA 6: Representação gráfica da distribuição dos três grupos (Tabela 58), segundo apresentarem ou não depressão de acordo com o número de pontos obtidos pela aplicação da escala de Beck para depressão, e segundo terem depressão moderada ou grave, pelos critérios estabelecidos por Matos, Piedrabuena e Karniol.

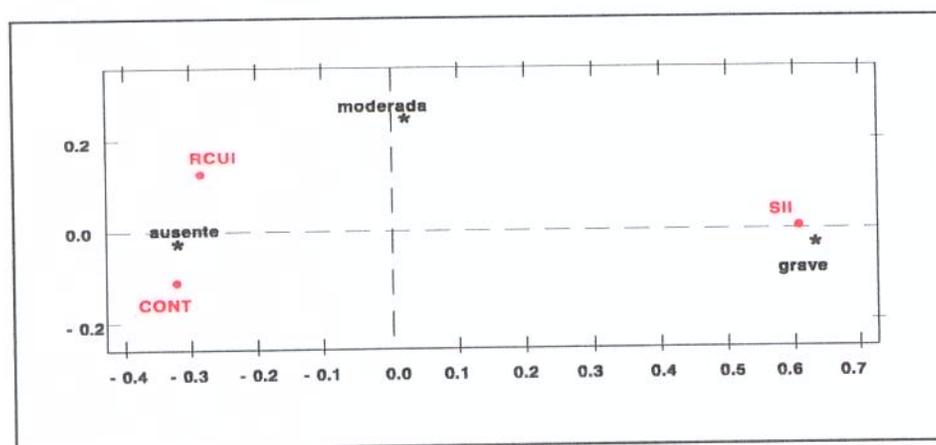


FIGURA 7: Representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 58, para verificar como a ausência e presença de depressão e como a depressão moderada ou grave se associam aos grupos: RCU, SII e Controle.

Como foi descrito no método do presente trabalho, MATOS, PIEDRABUENA, KARNIOL (1984) estabeleceram um nível de corte para a média de pontos obtidos através da aplicação da escala de Beck para depressão (Anexo 2), sendo: depressão ausente (valores totais dos pontos entre 0 ----| 18); depressão moderada (valores totais dos pontos entre 18 ----| 25) e depressão grave (valores totais dos pontos entre 25 ----| 62).

Considerando o nível de corte do número de pontos estabelecidos, em nosso meio, por MATOS, PIEDRABUENA, KARNIOL (1984), verificou-se, através dos dados obtidos pela Tabela 58 e Figura 6, que 33,3% (10) dos pacientes com SII, 71% (22) dos pacientes com RCUI e 76,7% (23) dos Controles **não apresentaram sintomas depressivos**; 10% (3) dos pacientes com SII, 2,9% (4) dos pacientes com RCUI e 6,7% (2) dos Controles foram classificados com **grau moderado de depressão** e 56,7% (17) dos pacientes com SII, 16,1% (5) dos pacientes com RCUI e 16,7% (5) dos pacientes Controles foram classificados com **grau grave de depressão**.

De acordo com os dados apresentados pela Tabela 58 e Figura 6, os grupos tiveram diferenças significativas quanto a apresentarem ou não depressão e segundo terem depressão moderada ou grave, pelos critérios estabelecidos por Matos, Piedrabuena e Karniol [$X^2(4)=17,117$, P-V= 0,002; teste exato de Fisher: P-V= 0,001].

A Figura 7 mostra a representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 58, para verificar como a ausência e presença de depressão e como o grau de depressão, moderada ou grave se associam aos três grupos.

Através da visualização da representação gráfica da Figura 7, observou-se que os grupos Controle e RCUI apresentaram ausência de depressão e se opuseram ao grupo SII, que se coloca ao lado da depressão grave. Especificamente o grupo RCUI ficou localizado entre a ausência de depressão e a depressão moderada, porém, manteve-se mais próximo da ausência de depressão.

5.17. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS PONTOS OBTIDOS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE BECK PARA DEPRESSÃO, NOS TRINTA E UM PACIENTES COM RCUI, TRINTA PACIENTES COM SII E TRINTA CONTROLES, SEGUNDO APRESENTAREM OU NÃO DEPRESSÃO E SEGUNDO TEREM DEPRESSÃO MODERADA OU GRAVE PELOS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS POR MATOS, PIEDRABUENA E KARNIOL, DIVIDIDOS QUANTO AO SEXO.

TABELA 59: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, divididos quanto ao sexo, 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, Piedrabuena e Karniol

GRUPO		GRAU DE DEPRESSÃO			TOTAL
		AUSENTE	MODERADA	GRAVE	
CONTROLE	NÚMERO	11	1	3	15
FEMININO	%	73.3	6.7	20.0	100.0
CONTROLE	NÚMERO	12	1	2	15
MASCULINO	%	80.0	6.7	13.3	100.0
RCUI	NÚMERO	8	3	3	14
FEMININO	%	57.1	21.4	21.4	100.0
RCUI	NÚMERO	14	1	2	17
MASCULINO	%	82.4	5.9	11.8	100.0
SII	NÚMERO	1	3	9	13
FEMININO	%	7.7	23.1	69.2	100.0
SII	NÚMERO	9	0	8	17
MASCULINO	%	52.9	0	47.1	100.0
TOTAL	NÚMERO	55	9	27	91
	%	60.4	9.9	29.7	100.0

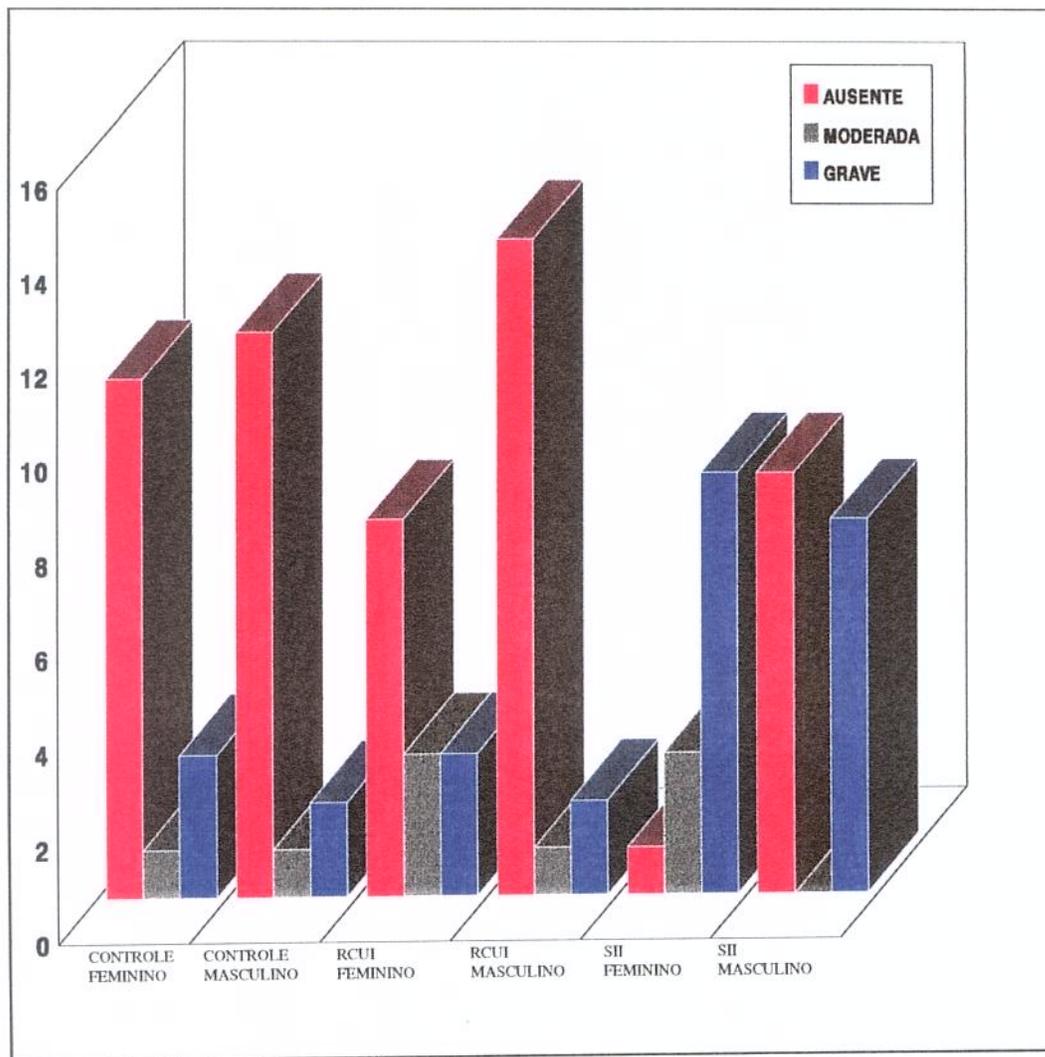


FIGURA 8: Representação gráfica da distribuição dos três grupos (Tabela 59), divididos quanto ao sexo, segundo apresentarem ou não depressão, de acordo com o número de pontos obtidos pela aplicação da escala de Beck para depressão e segundo terem depressão moderada ou grave, pelos critérios estabelecidos por Matos, Piedrabuena e Karniol.

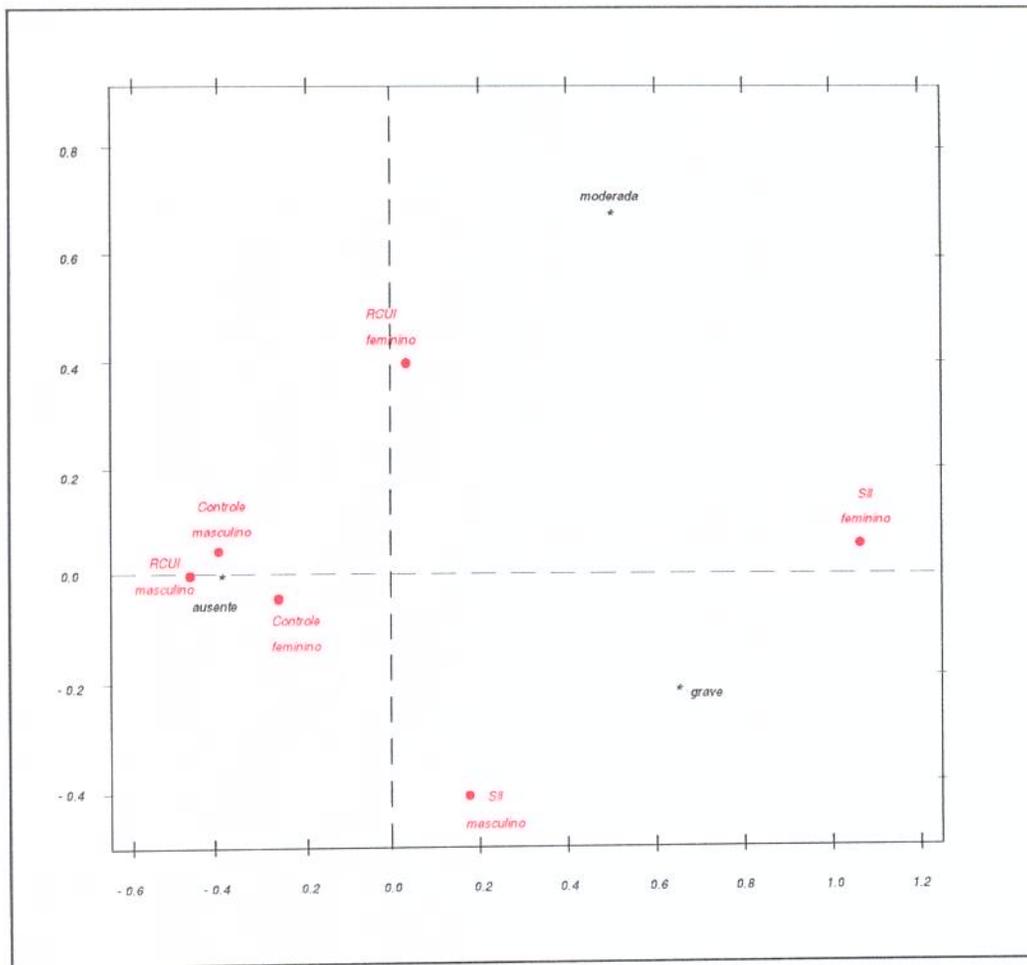


FIGURA 9: Representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 59, para verificar como a ausência e presença de depressão e como a depressão moderada ou grave se associam aos três grupos, divididos quanto ao sexo.

A Tabela 59 e a Figura 8 apresentam a distribuição da média dos pontos obtidos pela escala de Beck para depressão nos três grupos, divididos quanto ao sexo, segundo o nível de corte do número de pontos estabelecidos, em nosso meio, por MATOS, PIEDRABUENA, Karniol (1984).

Verificou-se, através dos dados obtidos pela Tabela 59 e Figura 8, que 52,9% (9) do grupo SII masculino, 7,7% (1) do grupo SII feminino, 82,4% (14) do grupo RCUI masculino, 57,1% (8) do grupo RCUI feminino, 80% (12) do grupo Controle masculino e

73,3% (11) do **grupo Controle feminino não apresentaram sintomas depressivos**; 23,1% (3) do **grupo SII feminino**, 5,9% (1) do **grupo RCUI masculino**, 21,4% (3) do **grupo RCUI feminino**, 6,7% (1) do **grupo Controle masculino** e 6,7% (1) do **grupo Controle feminino** apresentaram **grau moderado de depressão** e 47,1% (8) do **grupo SII masculino**, 69,2% (9) do **grupo SII feminino**, 11,8% (2) do **grupo RCUI masculino**, 21,4% (3) do **grupo RCUI feminino**, 13,3% (2) do **grupo Controle masculino** e 20% (3) do **grupo Controle feminino** apresentaram **depressão grave** [QUI-Quadrado: $X^2(10)=27,893$, P-Valor= 0,002].

A Figura 9 mostra a representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 59, para verificar como a ausência e presença de depressão e como o grau de depressão: moderada ou grave, associaram-se aos três grupos, divididos quanto ao sexo.

Observou-se, através da análise de correspondência (Figura 9), que o **grupo RCUI masculino** e os **grupos Controle feminino e masculino** não apresentaram depressão, segundo o critério estabelecido por Matos, Piedrabuena e Karniol. Especificamente, o **grupo RCUI feminino** apresentou-se num ponto intermediário entre os graus: depressão ausente e depressão moderada, enquanto os **grupos SII**, de **ambos os sexos**, tendem a apresentar grau de depressão grave.

O grupo SII mostrou forte associação à depressão grave, contrapondo-se ao grupo Controle, que se associou à ausência de depressão. O grupo RCUI mostrou-se num ponto intermediário, embora mais associado à ausência de depressão.

Este trabalho verificou que os pacientes com SII apresentam mais distúrbios psicológicos, como depressão, do que paciente com RCUI e grupo Controle. Este achado tem sido descrito na literatura, embora não haja um consenso global (BLANCHARD et al, 1990; WALKER et al, 1990; FOWLIE, EASTWOOD, FORD, 1992).

NORTH et al (1991), em um estudo prospectivo, investigaram se o humor depressivo e/ou eventos estressantes de vida estão associados à exacerbação da doença inflamatória intestinal (DII) como RCUI e doença de Crohn. Utilizaram, como o presente estudo, o inventário de Beck para depressão, porém, excluíram cinco itens, que classificaram como conseqüentes aos sintomas da DII e não, à depressão, especificamente, sendo eles: fadiga física,

perda do apetite, perda de peso (2 questões) e preocupação com a saúde. Esta modificação da escala (de 66 questões para 51) tem como função avaliar somente os sintomas cognitivos da depressão, tendo valor diagnóstico para detectar sintomas depressivos em DII. Este estudo encontrou uma pequena associação entre flutuação dos sintomas gastrintestinais e humor depressivo, em ambos os grupos de pacientes, com RCUI e Doença de Crohn. Concluíram que sintomas depressivos podem promover uma intensificação da percepção de sintomas intestinais. Por outro lado, a exacerbação destes pode provocar angústia e sintomas depressivos. Enfatizam os autores, que deve haver cautela ao atribuir-se uma etiologia específica e ao associarem-se sintomas psicológicos e/ou psiquiátricos à DII, e sugerindo a realização de estudos prospectivos, que avaliem outros sintomas psicológicos, como a ansiedade.

BLANCHAR et al (1990) encontraram mais distúrbios emocionais, como depressão e ansiedade em pacientes com SII, do que em pacientes com doenças inflamatórias intestinais, como a RCUI e mais do que em grupos Controles saudáveis. Assim, o presente trabalho reforça os achados deste estudo.

Da mesma forma, WALKER et al (1990) verificaram índices mais elevados de depressão maior, distúrbios de pânico, agorafobia e ansiedade generalizada, em pacientes com SII, do que em pacientes com DII e grupo Controle. Encontraram que o padrão de distúrbios psicológicos, como depressão e ansiedade, em pacientes com RCUI, é semelhante ao de outros pacientes sem sintomas gastrintestinais.

FOWLIE, EASTWOOD, FORD (1992) verificaram a influência de distúrbios psicológicos na sintomatologia da SII e concluíram que a ansiedade parece estar mais associada à manutenção dos sintomas da SII e a depressão, à determinação das exacerbações desta síndrome, bem como à tendência a perceber e interpretar os eventos de vida como negativos.

NORTH et al (1990) revisaram trabalhos publicados em língua Inglesa, que estudaram a associação entre RCUI, eventos de vida, características de personalidade e distúrbios psiquiátricos. Esta revisão objetivou avaliar a fidedignidade dos métodos utilizados nestes estudos. Foram identificados cento e setenta e dois estudos, sendo trinta e quatro repetidos, restando um total de cento e trinta e oito. Destes cento e dezenove, incluíram adultos, vinte somente crianças, e um estudo abrangeu todas as faixas etárias. Um grupo de vinte e cinco

artigos foram estudos de casos com um único paciente. Somente trinta e quatro dos cento e trinta e oito estudos foram controlados e dezenove destes utilizaram grupos comparativos com outras doenças. O restante abrangeu populações controles com distúrbios funcionais como a SII e/ou sujeitos saudáveis. Do total dos cento e trinta e oito estudos, foram encontradas falhas metodológicas em cento e trinta e um, como: amostra com número reduzido de sujeitos, falta de critério diagnóstico para a RCUI, falha na técnica de seleção dos sujeitos, ausência de grupos controles ou grupos não homogêneos quanto a idade, sexo e principais características sócio-demográficas, critérios não especificados de diagnóstico psiquiátrico, estudos retrospectivos, ausência de análise objetiva dos resultados e conclusões não justificadas com base nos resultados encontrados.

Estes estudos com falhas metodológicas, reforçaram a associação positiva entre distúrbios psiquiátricos e RCUI. Os sete estudos que seguiram uma metodologia adequada, foram: ESLER & GOULSTON (1973); BELLINI & TANSELLA (1976); FAVA & PAVAN (1977a, 1977b); HELZER et al (1982); ARAPAKIS et al (1986); ANDREWS, BARCZAK, ALLAN (1967) e TARTER et al (1987).

Estes estudos utilizaram grupos controles com outras doenças e instrumentos de avaliação psiquiátrica padronizados. Quatro desses estudos (ESLER & GOULSTON, 1973; BELLINI & TANSELLA, 1976; HELZER et al, 1982; ARAPAKIS et al, 1986) avaliaram características de personalidade e somente um deles (ARAPAKIS et al, 1986) encontrou uma associação positiva entre característica de personalidade e RCUI. Nenhum dos sete estudos encontrou associação entre RCUI e distúrbios psiquiátricos. Três desses estudos (HELZER et al, 1982; ANDREWS et al, 1967; FAVA & PAVAN, 1977a, 1977b) encontraram alterações psiquiátricas em 25%, 26% e 34%, respectivamente, dos pacientes com RCUI.

Desde o estudo de MURRAY (1930) fatores emocionais têm sido associados à RCUI. MENDELOFF et al (1970) e FELDMAN et al (1967a) negam a associação entre fatores psicológicos e o surgimento da RCUI. ENGEL (1961) classificou a RCUI como uma doença de etiologia multifatorial, estando os aspectos emocionais parcialmente envolvidos. Finalmente, MURRAY (1930) e WHITEHEAD et al (1982) afirmaram que os problemas psicológicos presentes nos pacientes com RCUI resultam do caráter crônico e severo da própria doença.

O presente trabalho confirma os achados encontrados por revisão da literatura realizada por NORTH et al (1990). Assim, através de um estudo metodologicamente adequado, não se evidencia maior índice de distúrbios psicológicos e/ou psiquiátricos, como ansiedade e depressão, em pacientes com RCUI, comparados a pacientes com outras doenças crônicas e a controles saudáveis.

5.18. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DE PONTOS OBTIDOS NA APLICAÇÃO DA ESCALA DE TRAÇOS E COMPORTAMENTOS DE AGRESSIVIDADE DE GAYRAL, NOS TRINTA E UM PACIENTES COM RCUI, TRINTA PACIENTES COM SII E TRINTA CONTROLES

TABELA 60: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, segundo as médias de pontos obtidos em cada item da escala de traços e de comportamentos de agressividade de Gayral. Os seis itens que compõem a escala foram distribuídos em ordem decrescente, segundo as médias obtidas para cada item pelos três grupos. A última linha desta Tabela mostra a média de pontuação total obtida na aplicação da escala em cada grupo. E, na última coluna, mostra os valores obtidos pelo teste ANOVA, que indica se houve diferença significativa entre os três grupos.

DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DE PONTOS	GRUPO			TOTAL	ANOVA	
	CONTROLE	RCUI	SII		F	P-V
	MÉDIA	MÉDIA	MÉDIA	MÉDIA		
ANSIEDADE	2.8	4.7	5.4	4.3	12.074	0.0001
DEPRESSÃO	2.1	2.3	4.2	2.9	9.828	0.0001
SOMATIZAÇÃO	1.3	2.9	3.1	2.5	8.912	0.0003
COMBATIVIDADE	1.3	2.9	2.9	2.4	15.566	0.0001
DISTÚRBO PERSONALIDADE	0.9	1.8	1.7	1.5	3.696	0.0288
INTROJEÇÕES	0.5	1.2	0.8	0.9	5.308	0.0067
TOTAL	8.9	15.5	18.3	14.2	18.175	0.0001

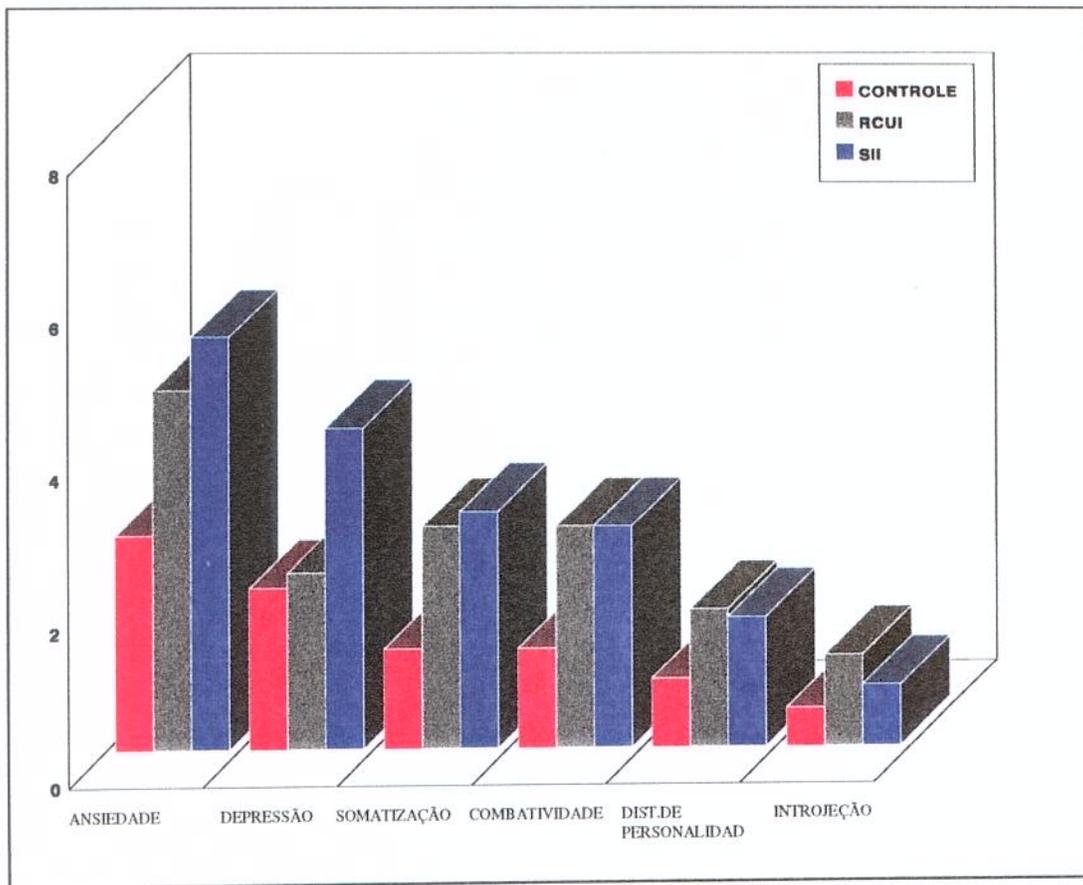


FIGURA 10: Representação gráfica da distribuição dos três grupos, segundo as médias de pontos obtidos em cada item da escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral, de acordo com a Tabela 60.

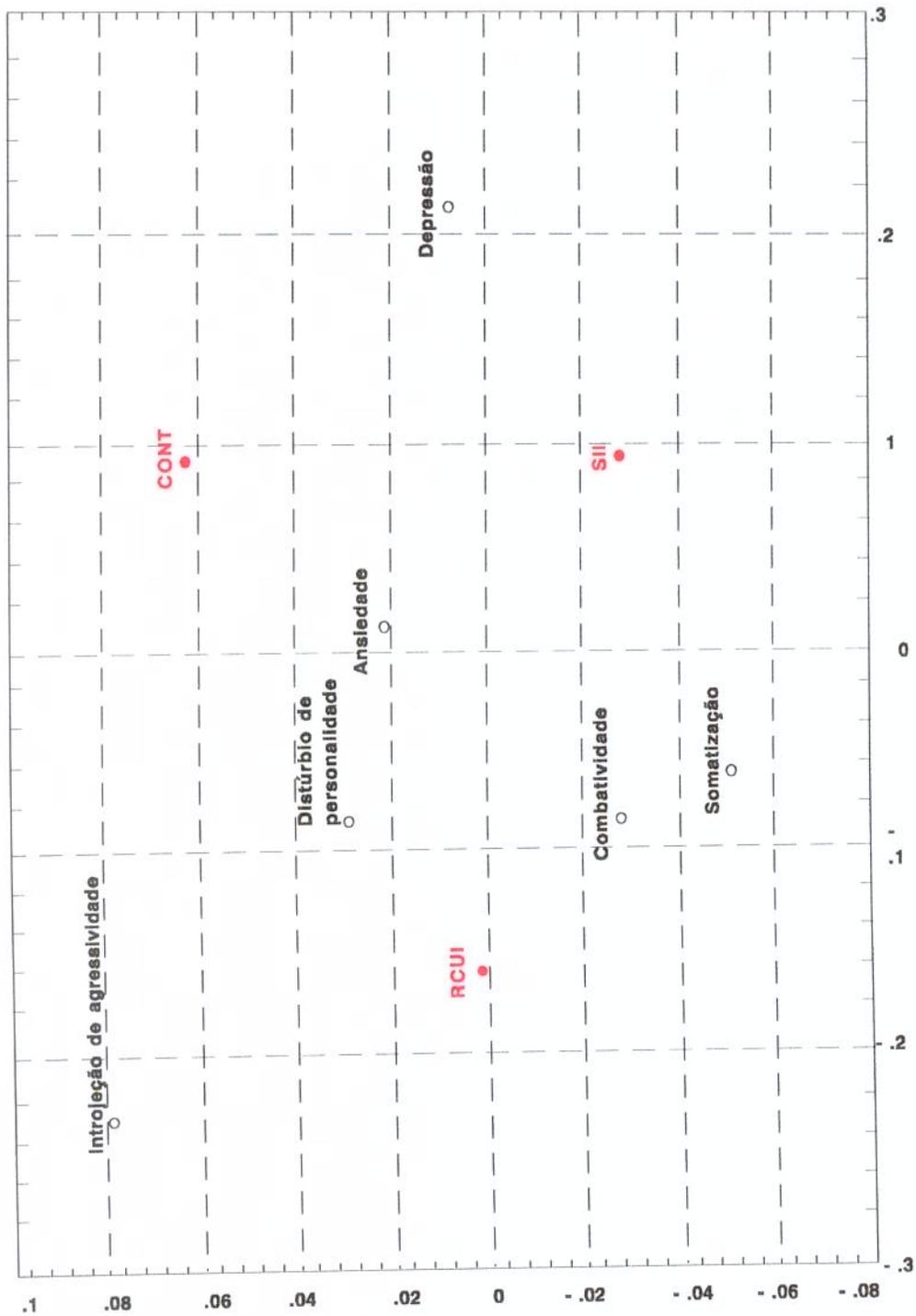


FIGURA 11: Representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 60 para verificar como os grupos se associam com os itens da escala de traços e de comportamentos de agressividade de Gayral.

A Tabela 60 mostra a distribuição dos seis itens que compõem a escala de traços e de comportamentos de agressividade de Gayral (Anexo 3), em ordem decrescente, segundo as médias obtidas, para cada um dos itens da escala, pelos três grupos. A última linha da Tabela mostra a média da pontuação obtida na aplicação da escala em cada grupo. Na última coluna, mostra os P-Valores obtidos pelo teste ANOVA, que indica se houve diferenças significativas entre os três grupos.

A Figura 10 mostra a representação gráfica da distribuição dos três grupos, segundo as médias de pontos obtidos para cada um dos itens da escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral.

De acordo com os dados da Tabela 60 e da Figura 10, verificou-se que a média de pontos obtidos no **item I (Ansiedade)** da escala de traços e comportamentos de agressividade de Gayral, para os pacientes com **RCUI**, foi de 4,7, para o grupo **SII** foi de 5,4 e para o grupo **Controle**, de 2,8 (o máximo de pontos obtidos é 9).

No **item II (Depressão)**, observou-se, no grupo de pacientes com **RCUI**, uma média de pontos de 2,3; nos pacientes com **SII**, uma média de 4,2 e no **Controle**, uma média de 2,1 (o máximo de pontos positivos é 8).

No **item III (Combatividade)**, verificou-se uma média de pontos obtidos, pelos pacientes com **RCUI**, de 2,9; pelos pacientes com **SII**, de 2,9 e pelo grupo **Controle**, de 1,3 (o máximo de pontos positivos é 10).

No **item IV (Distúrbios de Personalidade)**, observou-se que a média de pontos, no grupo com **RCUI**, foi de 1,8; no grupo com **SII** foi de 1,7 e no grupo **Controle**, de 0,9 (o máximo de pontos positivos é 8).

No **item V (Somatização)**, verificou-se, no grupo de pacientes com **RCUI**, uma média de pontos de 2,9; no grupo com **SII**, uma média de 3,1 e no grupo **Controle**, de 1,3 (o máximo de pontos positivos é 7).

No **item VI (Introjeção de Agressividade)**, verificou-se que, no grupo de pacientes com **RCUI**, a média de pontos foi de 1,2; no grupo com **SII**, foi de 0,8 e no grupo **Controle**, de 0,5 (o máximo de pontos obtidos é 7).

Mediante a análise global dos dados obtidos através da aplicação da escala de traços e comportamento de agressividade de Gayral, nos três grupos, verificou-se que os itens da escala distribuíram-se na seguinte ordem decrescente: Ansiedade (média= 4,3); Depressão (média= 2,9); Somatização (média= 2,5); Combatividade (média= 2,4); Distúrbios de personalidade (média= 1,5) e Introjeção de Agressividade (média= 0,9). A comparação dos 3 grupos mostrou que o **grupo SII** obteve médias maiores nos itens: ansiedade, depressão, somatização e, conseqüentemente, na média total de pontos. O **grupo RCUI** obteve a mesma média que o grupo **SII**, no item Combatividade e obteve maiores médias nos itens: Distúrbio de Personalidade e Introjeção da Agressividade. O **grupo Controle** obteve as menores médias, em todos os itens da escala e, conseqüentemente, na média total (teste ANOVA:F:18,175; P-V= 0,0001).

A Figura 11 mostra a representação gráfica da análise de correspondência, aplicada à Tabela 60, para verificar como os grupos se associaram aos itens da escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral. Com base nesta análise, não foram encontradas diferenças significativas entre os três grupos, porém, observaram-se algumas tendências, como: depressão e introjeção, itens que se destacaram na análise, pois se localizam em posições contrárias, através do primeiro eixo. O **grupo SII** associou-se, principalmente, à depressão, seguida de somatização e combatividade. O **grupo RCUI** se associou à combatividade, como o grupo **SII**, e também se associou à introjeção e distúrbio de personalidade. O **grupo Controle**, por sua vez, foi o menos associado a esses itens e se opôs, principalmente, à combatividade e somatização. O item ansiedade foi comum aos três grupos, não apresentando associação significativa a nenhum deles e, conseqüentemente, localizando-se próximo à origem da representação gráfica.

Desta forma, mediante uma análise global dos dados, os grupos **RCUI** e **SII** apresentaram sintomas de ansiedade, depressão e somatização. Porém, o grupo **SII** demonstrou-se mais depressivo e com maior índice de somatização. E, o grupo **RCUI** mostrou maior tendência em introjetar a agressividade e apresentar distúrbios de personalidade.

Ambos os grupos SII e RCUI demonstraram associação com o item combatividade, o que denota que ambos os grupos apresentam dificuldade de exteriorizar sua agressividade, pois as respostas positivas foram relacionadas a "guardarem ressentimentos e despeito" e apresentarem "tensão muscular".

5.19. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DE PONTOS OBTIDOS NA APLICAÇÃO DA ESCALA DE TRAÇOS E COMPORTAMENTOS DE AGRESSIVIDADE DE GAYRAL, NOS 31 PACIENTES COM RCUI, 30 PACIENTES COM SII E 30 CONTROLES, DIVIDIDOS QUANTO AO SEXO

TABELA 61: Distribuição dos 31 pacientes com RCUI, 30 pacientes com SII e 30 Controles, divididos de acordo com o sexo, segundo a média de pontos obtidos em cada item da escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral. A última linha da Tabela mostra a média da pontuação total obtida pelos três grupos separados quanto ao sexo. E na última coluna mostra os P-valores obtidos pelos testes ANOVA e K-W, que indicam se houve diferença significativa entre os três grupos.

PONTUAÇÃO MÉDIA DE CADA ITEM DA ESCALA DE TRAÇOS E COMPORTAMENTOS DE AGRESSIVIDADE DE GAYRAL	GRUPO						MÉD	TESTES DE DIFERENÇA ENTRE GRUPOS	
	CONTROLE		RCUI		SII			ANOVA P-VAL	K-W P-VAL
	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC			
	MÉD	MÉD	MÉD	MÉD	MÉD	MÉD			
Ansiedade	3.5	2.1	5.6	3.9	6.8	4.4	4.3	0.0001	0.0001
Depressão	2.7	1.5	3.4	1.4	4.9	3.7	2.9	0.0001	0.0001
Somatização	1.9	0.7	4.1	1.9	3.5	2.8	2.5	0.0001	0.0001
Combatividade	1.4	1.2	2.9	2.9	3.4	2.5	2.4	0.0001	0.0001
Dist. Personal.	0.9	0.8	1.6	2.0	1.8	1.6	1.5	0.1617	0.0778
Introjeções	0.5	0.5	1.4	1.1	1.1	0.6	0.9	0.0205	0.0365
GERAL	10.9	6.8	19.1	12.6	21.5	15.8	14.2	0.0001	0.0001

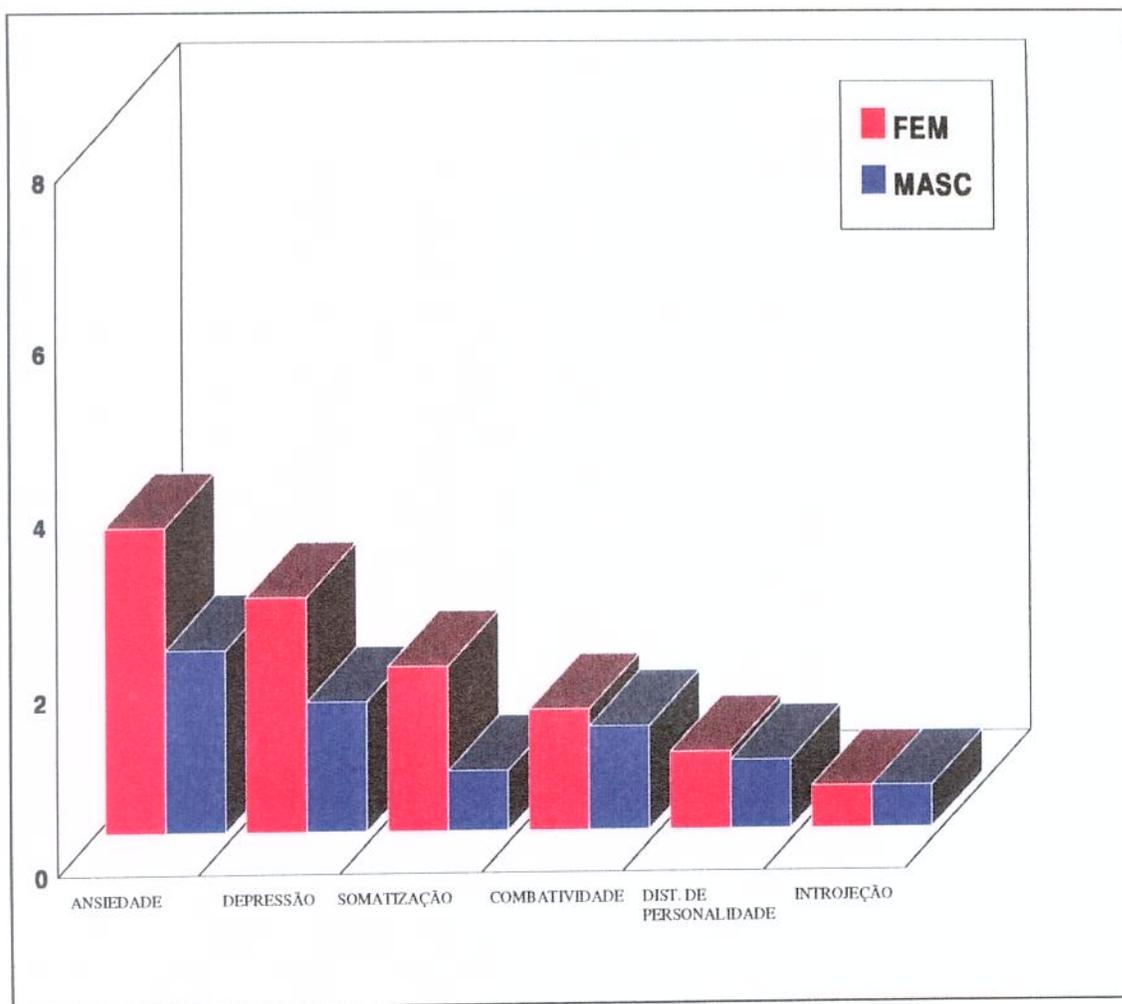


FIGURA 12: Representação gráfica do grupo Controle, dividido de acordo com o sexo, segundo as médias de pontos obtidos em cada item da escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral, de acordo com a Tabela 61.

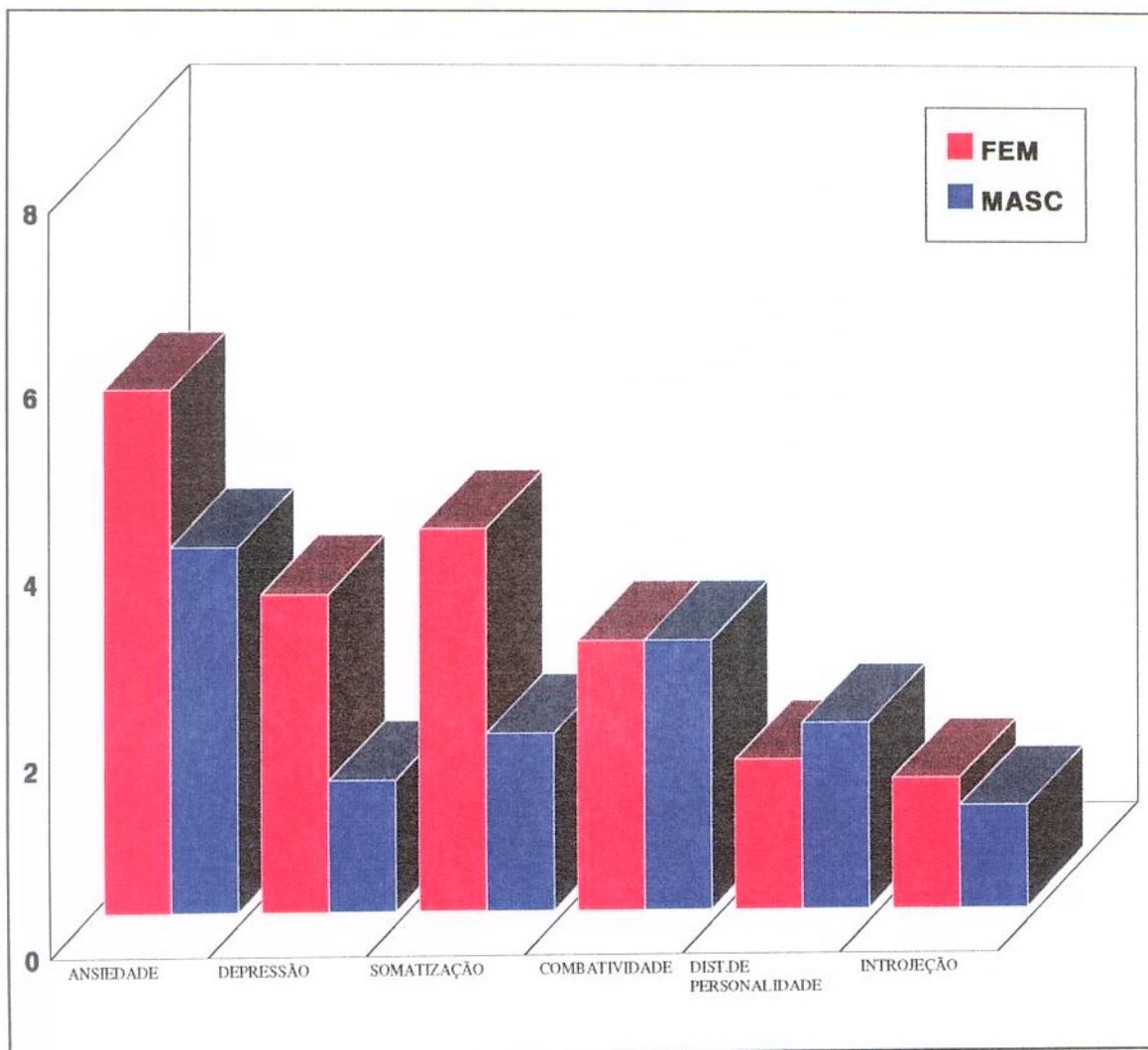


FIGURA 13: Representação gráfica do grupo RCUI, dividido quanto ao sexo, segundo as médias de pontos obtidos em cada item da escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral, de acordo com a Tabela 61.

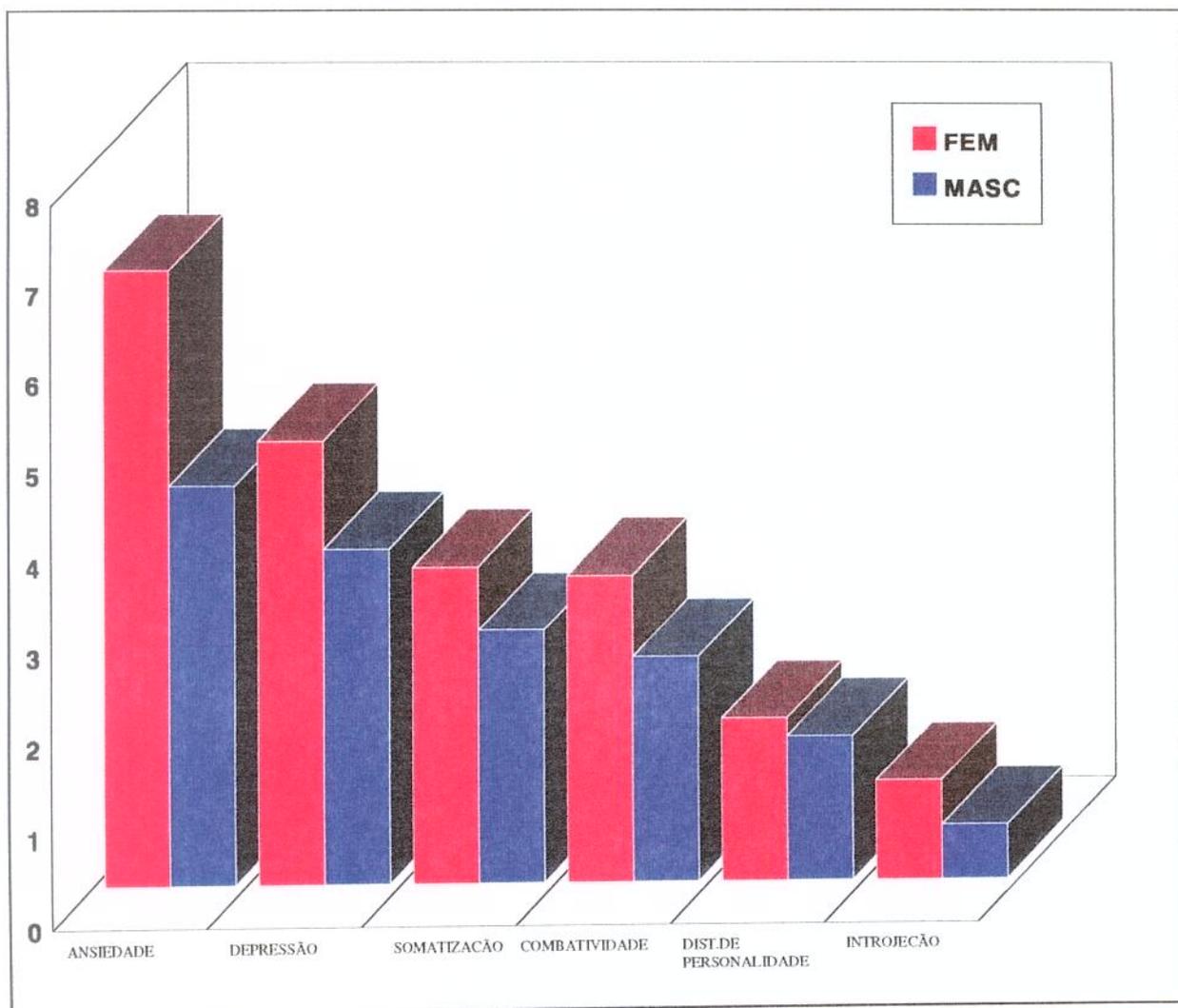


FIGURA 14: Representação gráfica do grupo SII, dividido de acordo com o sexo, segundo as médias de pontos obtidos em cada item da escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral, de acordo com a Tabela 61.

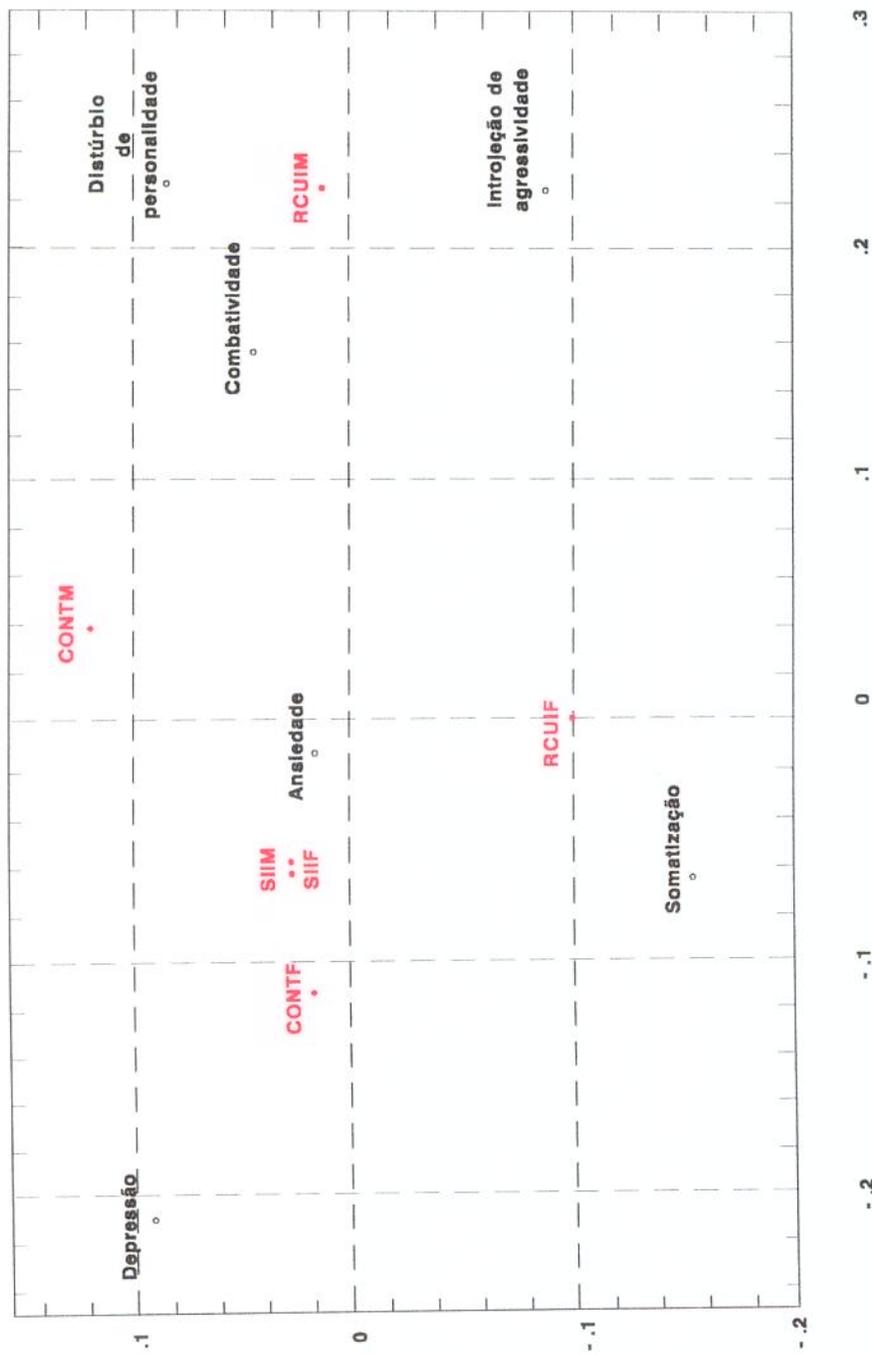


FIGURA 15: Representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 61 para verificar como os três grupos divididos quanto ao sexo, se associaram com os itens da escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral.

A Tabela 61 mostra a distribuição dos seis itens que compõem a escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral, em ordem decrescente segundo as médias obtidas para cada um dos itens da escala pelos três grupos, divididos quanto ao sexo. A última linha da Tabela mostra a média da pontuação total obtida na aplicação da escala, em cada um dos grupos, divididos quanto ao sexo. A última coluna mostra os P-Valores, obtidos pelos testes ANOVA e K-W, para verificar diferenças das médias entre os grupos.

As Figuras 12, 13 e 14 mostram, respectivamente, a representação gráfica das médias de pontos obtidas para os seis itens que compõem a escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral, para os grupos Controle, RCUI e SII, divididos quanto ao sexo.

Os dados da Tabela 61 e Figuras 12, 13 e 14 mostram que a média de pontos, obtida no **item I (Ansiedade)**, foi de 3,5 para o grupo **Controle feminino**; 2,1 para o grupo **Controle masculino**; 5,6 para o grupo **RCUI feminino**; 3,9 para o grupo **RCUI masculino**; 6,8 para o grupo **SII feminino** e 4,4 para o grupo **SII masculino**.

No **item II (Depressão)**, a média de pontos obtida pelo grupo **Controle feminino** foi de 2,7; para o grupo **Controle masculino**, 1,5; para o grupo **RCUI feminino**, 3,4; para o grupo **RCUI masculino**, 1,4; para o grupo **SII feminino**, 4,9 e para o grupo **SII masculino**, 3,7.

No **item III (Combatividade)**, verificou-se uma média de pontos, obtido pelo grupo **Controle feminino**, de 1,4; grupo **Controle masculino**, 1,2; grupo **RCUI feminino**, 2,9; grupo **RCUI masculino**, 2,9; grupo **SII feminino**, 3,4 e grupo **SII masculino**, 2,5.

No **item IV (Distúrbios de Personalidade)**, observou-se que a média de pontos, obtido pelo grupo **Controle feminino**, foi de 0,9; grupo **Controle masculino**, 0,8; grupo **RCUI feminino**, 1,6; grupo **RCUI masculino**, 2,0; grupo **SII feminino**, 1,8 e grupo **SII masculino**, 1,6.

No item V (**Somatização**), verificou-se uma média de pontos de 1,9 para o grupo **Controle feminino**; 0,7 para o grupo **Controle masculino**; 4,1 para o grupo **RCUI feminino**; 1,9 para o grupo **RCUI masculino**; 3,5 para o grupo **SII feminino** e 2,8 para o grupo **SII masculino**.

No item VI (**Introjeção de Agressividade**), a média de pontos obtidos para o grupo **Controle feminino** foi de 0,5; para o grupo **Controle masculino**, 0,5; para o grupo **RCUI feminino**, 1,4; para o grupo **RCUI masculino**, 1,1; para o grupo **SII feminino**, 1,1 e para o grupo **SII masculino**, 0,6.

Comparando-se a média de pontos obtidos nos sexos masculino e feminino, em cada grupo, verificou-se que, no **grupo Controle**, o **sexo feminino** obteve média mais alta nos itens, em ordem decrescente: ansiedade, depressão, somatização, combatividade e distúrbios de personalidade, e no item introjeção da agressividade, ambos os sexos obtiveram a mesma média. **No grupo RCUI**, o **sexo feminino** obteve médias mais altas nos itens (em ordem decrescente): ansiedade, depressão, somatização e introjeção da agressividade, no item combatividade, os dois sexos obtiveram a mesma média e no item distúrbio de personalidade, o sexo masculino obteve uma média maior. **No grupo SII**, o **sexo feminino** revelou médias mais altas, em todos os itens da escala, sendo eles (em ordem decrescente): ansiedade, depressão, somatização, combatividade, distúrbio de personalidade e introjeção da agressividade. Desta forma, verificou-se que o **sexo feminino** demonstrou maiores médias nos itens ansiedade, depressão e somatização, nos três grupos.

Pode-se verificar, comparando-se os três grupos, que o da **SII** obteve médias mais altas em todos os itens da escala, com exceção de somatização e introjeção da agressividade, em que o **grupo RCUI feminino** revelou um índice mais alto. Por outro lado, o grupo **Controle** obteve médias mais baixas, em todos os itens da escala, com exceção do item depressão, em que o **grupo RCUI masculino** obteve a média mais baixa.

A Figura 15 mostra a representação gráfica da análise de correspondência aplicada à Tabela 61, para verificar como os grupos, divididos quanto ao sexo, se associaram aos itens da escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral. Esta análise não revelou diferenças significativas entre os grupos, mas podem-se observar algumas tendências, sendo elas:

os **grupos SII feminino e masculino** e o **grupo Controle feminino** se associaram mais fortemente ao item depressão, opondo-se ao **grupo RCUI masculino**, que apresentou maior associação a distúrbios de personalidade e introjeção da agressividade e o **grupo RCUI feminino** que se associou mais fortemente ao item somatização. Finalmente, o **grupo Controle masculino** não apresentou associação significativa a nenhum dos itens da escala de traços e de comportamento de agressividade de Gayral.

5.20. ANÁLISE DOS EVENTOS ESTRESSANTES, OCORRIDOS ANTES DO DESENVOLVIMENTO DA SII E DA RCUI

A coleta de dados a cerca dos eventos estressantes de vida, associados ao desenvolvimento da RCUI e da SII, foi realizada através do relato espontâneo dos pacientes, durante a entrevista com base no roteiro de história de vida (Anexo 1). Não houve uma categorização anterior dos eventos estressantes, para evitar sugestão a respeito da suposta relação entre o evento estressante e o desenvolvimento de quadros como a SII e a RCUI.

De forma global, relacionamos os eventos estressantes, que foram associados ao desenvolvimento da RCUI e da SII, colocando: entre parênteses, o número de pacientes que identificaram o evento:

I. Perdas ou ameaças de perdas

- a) Morte de entes familiares como pai, mãe, cônjuge e filhos (3 pacientes na SII e 0 na RCUI);
- b) Separação conjugal e/ou ameaça de separação; crises e conflitos conjugais freqüentes (2 na SII e 8 na RCUI);
- c) Doença e/ou cirurgia (2 na SII e 3 na RCUI);
- d) Mudança de residência, de estado e saída da casa dos pais (1 na SII e 1 na RCUI);
- e) Acidentes automobilísticos (3 na SII e 1 na RCUI);
- f) Violência sexual com mulheres (2 na SII).

2. Conflitos no trabalho e dificuldade financeira

- a) Desemprego (2 na SII e 4 na RCUI);
- b) Aposentaria (1 na RCUI);
- c) Crise financeira (5 na SII e 4 na RCUI);
- d) Trabalho excessivo (7 na RCUI).

3. Mudanças na rotina diária (positivas e negativas), e associadas ao processo de desenvolvimento do indivíduo

- a) Casamento ou equivalente (1 na SII e 2 na RCUI);
- b) Nova situação no campo de trabalho (3 na SII e 1 na RCUI);
- c) Gravidez (1 na SII);
- d) Menopausa (2 na SII e 3 na RCUI);
- e) Eventos festivos - Natal, Ano Novo (1 na SII).

4. Outros Fatores

- a) Alimentação (4 na SII);
- b) Pensamentos supersticiosos - macumba (1 na SII).

Segue abaixo, relato dos pacientes com SII, a respeito de suas percepções da relação dos eventos identificados como estressantes e o desenvolvimento de suas doenças.

CASO 2 - SII:

"Acho que a causa de meu problema foi uma dilatação no intestino, após ter feito aquela refeição, na qual misturei com um monte de água. Os médicos falaram que é algo psicológico..."

CASO 6 - SII:

"Acho que tenho alguma coisa na barriga, no intestino, na vesícula. Depois que tive a criança, as cólicas aumentaram bastante. Não posso comer algumas coisas, se sentir o cheiro, fico com ânsia, como uma mulher grávida".

"... Eu queria muito engravidar. Estava contente, mas me magoou muito a provocação de minha sogra".

CASO 8 - SII:

"Nesta época (piora dos sintomas), descobri que meu marido tinha um caso com outra mulher. Estava grávida, foi um choque, comecei a passar mal, fiquei nervosa e até hoje não tenho mais saúde..."

CASO 11 - SII:

"No começo, os médicos me deixaram nervoso. Disseram que eu tinha uma massa na barriga. Eu estava pensando que era doença ruim, que era câncer..."

"... hoje eu ainda tenho medo de morrer, medo de ter uma doença grave..."

"... Minha mãe morreu de câncer no intestino, em 1990 (dois anos antes do início do quadro da SII). Ficou dois anos doente, eu cuidava dela. Era muito apegado a ela..."

CASO 15 - SII:

"Na época, passei pelos médicos de minha cidade, Eles não encontraram doença nenhuma. Fica difícil entender o que eu tenho no intestino. Não tenho nada orgânico. Já fiz todos os exames possíveis... Fica difícil para mim admitir a opinião dos médicos..."

"Cheguei a pensar que estava com câncer... Estou com uma alimentação super controlada... Não consigo admitir que o estado nervoso causa diarreia..."

CASO 18 - SII:

"A diarreia vem sem eu esperar... e não tem relação com o que eu como... Quando penso que estou bem, vejo que não estou, tenho a diarreia e tenho aquela decepção..."

"Quando estou mais nervosa, pioram as dores, os gases e a diarreia. Fico aborrecida, não aceito essa doença..."

"Quando piorou a diarreia novamente, fiquei desesperada, porque achava que era câncer..."

CASO 20 - SII:

"Meus problemas de saúde começaram desde quando me casei... Fiquei grávida. Estive entre a vida e a morte. Porque passou a hora de ter o bebê, meu primeiro filho".

"Eu não tive tempo de namorar. Assim que ele me conheceu, me pegou a força e me estuprou... Eu fiquei grávida... meu pai fez-nos casar, mas eu não queria...".

CASO 21 - SII:

"Tudo que eu como faz mal. O que me deixa mais nervoso é a dor, não sabia o que era... Ficava preocupado, pensava que era uma doença que não tivesse cura. Como doença ruim, câncer".

CASO 22 - SII:

"Os médicos não admitem que os problemas são consequência da operação ou de apendicite. Na minha mente, existe relação".

"Meu amigos acham que eu não tenho doença... Que o problema é o trauma da cirurgia... que é da cabeça...".

"Sinto-me desesperado, acho que não há solução, fico com vontade de chorar...".

CASO 24 - SII:

"Acho que meu problema pode ser de cabeça, porque a maioria dos exames dão negativos...".

CASO 25 - SII:

"Acho que meu problema de intestino é efeito da macumba que o pessoal da minha pensão fez contra mim. Eles querem a alma da gente... Não conto para os médicos, porque parece que eu sou louco... Acho que é no corpo o meu problema...".

CASO 26 - SII:

"Eu passei a noite tomando cerveja... acordei com febre e garganta inflamada. Tomei o remédio com leite, melhorou a garganta e a febre, mas veio a desenteria... Acho que o leite causou a desenteria...".

"Nenhum médico descobre o meu problema... Pensei em ir embora para o norte e ficar com minha mãe... Antes de eu vir para cá, nunca tinha ficado internado em um hospital...".

CASO 27 - SII:

"Acho que eu tenho uma doença ruim no intestino. Tenho medo de ter a mesma doença que meu pai teve (câncer no estômago)..."

CASO 29 - SII:

"Quando eu vim com minha família, da Bahia para São Paulo, mudou o meu sistema nervoso... Comecei a ter problemas de nervos... Quase não comia, não dormia... e começou a atacar o estômago, o intestino e dar diarreia..."

Nos relatos dos pacientes com SII, detectou-se a necessidade dos mesmos identificarem uma provável causa externa, para justificar o surgimento de seus sintomas. Verificou-se que muitos pacientes identificam um evento estressante, porém, não se pode concluir se foi o que desencadeou a doença ou se o mesmo foi identificado pelo paciente, após a instalação do quadro clínico, como um meio de encontrar uma causa para seu problema, aliviando-o de uma culpa. Ficou clara, também, a ansiedade dos pacientes, quanto aos seus sintomas, e o receio de desenvolver uma doença grave, como um câncer. Demonstraram, muitas vezes, não aceitar o diagnóstico médico de que não existe uma causa orgânica para seus sintomas. Isto gera ansiedade, angústia e insegurança, estimulando os pacientes a procurarem, insistentemente, os exames médicos, na tentativa de encontrarem uma causa orgânica, para que possam "retirar de si mesmos" a responsabilidade do desenvolvimento da doença.

Os pacientes com SII, muitas vezes, têm um história progressiva de sintomas gastrointestinais, porém, não haviam procurado atenção médica. Este dado observado coincide com a literatura, que relaciona o comportamento de procurar atenção médica a aspectos psicológicos e não, à sintomatologia clínica da SII (MENDELOFF et al, 1970; THOMPSON & HEATON, 1980; DROSSMAN et al, 1982; SANDLER et al, 1984; BOMMELAER, ROUCH, DELASALLE, 1990; SMITH et al, 1990; WITEHEAD et al, 1990).

BARREIRO et al (1993) acreditam que, embora a causa da SII não seja bem compreendida, tais pacientes apresentam padrões alterados de motilidade colônica (contração muscular) e os sintomas surgem como resultado do aumento da sensibilidade da distensão do

trato gastrointestinal, no momento da passagem de gases ou material fecal e da tendência do intestino reagir mais fortemente a algum evento, como: alimentação, estresse emocional ou distensão gasosa.

BARREIRO et al (1993) enfatizam que o impacto causado pelos sintomas da SII varia de um indivíduo para o outro, podendo até comprometer, seriamente, sua qualidade de vida. Referem que, para alguns indivíduos com SII, os eventos estressantes tem um papel fundamental no surgimento dos sintomas e afirmam, que para esses casos uma mudança no estilo de vida, removendo o estímulo aversivo (desencadeante do estresse), pode resultar numa melhora considerável dos sintomas intestinais. As pessoas com SII parecem ser mais sensíveis aos eventos e mais propensas a desenvolverem respostas fisiológicas exacerbadas (sintomas intestinais), quando expostas ao estresse.

DROSSMAN et al (1982, 1990, 1992) também dão uma importância ao aspecto emocional, como um fator desencadeante ou agravante da SII e aconselham a não rotular os pacientes através da afirmação "tudo vem da sua cabeça" ou considerá-los como "emocionalmente perturbados". Acreditam, assim, que a SII é uma complexa desordem da motilidade intestinal, relacionada ao estresse.

DROSSMAN et al (1982, 1990, 1992) afirmam, também, que a SII não é causada por estresse e/ou ansiedade, mas seus sintomas podem ser exacerbados por esses fatores. Se o indivíduo com SII também apresenta um diagnóstico de depressão, ansiedade ou pânico, seus sintomas intestinais podem piorar durante os períodos de desordem emocional. Desta forma, embora os sintomas psicológicos ou traços de personalidade não causem SII, podem levar a uma maior vulnerabilidade ao estresse. Conseqüentemente, tratamentos psicológicos, que auxiliam os indivíduos a enfrentarem mais adequadamente o estresse, têm reduzido a frequência e a severidade dos episódios de diarreia, em pacientes com SII.

A seguir, encontram-se descritos alguns relatos dos pacientes com RCUI, a cerca da relação entre eventos estressantes e o desenvolvimento da doença.

CASO 1 - RCUI:

Referiu que o início do quadro clínico foi desencadeado após seis meses do episódio de abandono do marido, que foi viver com sua amante.

CASO 2 - RCUI:

Disse que os sintomas da doença tiveram início no final do ano, após ter abandonado a atividade escolar.

CASO 3 - RCUI:

Associou o início dos sintomas da RCUI após o casamento e relaciona a piora dos mesmos, após crises conjugais.

CASO 4 - RCUI:

Não associa o desencadeamento da RCUI a eventos estressantes de vida.

CASO 5 - RCUI:

Referiu não saber porque desenvolveu a doença e questiona se fez algum mal para alguém, considerando a doença como uma forma de castigo.

CASO 13 - RCUI:

Relacionou o início do quadro da RCUI à perda do emprego.

CASO 20 - RCUI:

Associou o desencadeamento de sua doença a sua saída de casa, após uma discussão com o pai (pai alcoólatra e agressivo).

CASO 26 - RCUI:

"Acho que meu problema começou na infância, por falta de cuidados da minha mãe, porque, quando comecei a ter diarreia, nunca recebi tratamento".

CASO 28 - RCUI:

"Nunca aceitei o diagnóstico da RCUI. Procurei diversos médicos para confirmar o diagnóstico. Não quis aceitar que era um problema incurável, que se tem de tratar o resto da vida. No começo, não aceitava que era de problema emocional...".

O relato espontâneo, realizado pelo grupo com RCUI a respeito da sua percepção da relação causal: evento estressante-- surgimento da doença demonstrou algumas características que diferiam do grupo com SII. Ou seja, os pacientes, quando identificam um evento estressante, fazem-no de forma mais objetiva e direta, nomeando claramente um fato que acreditam ter desencadeado a sua doença. Por outro lado, aqueles pacientes com RCUI, que não identificam um evento antes do surgimento da doença, tendem a não aceitar a possível relação do aspecto emocional com o quadro clínico e, muitas vezes, tendem a não aceitar o próprio diagnóstico da RCUI.

Comparando-se os relatos dos grupos SII e RCUI, um aspecto chamou atenção: foi o fato dos pacientes com SII, mais do que os pacientes com RCUI, terem receio de desenvolver doenças graves, como o câncer. É um dado interessante porque, na SII, não existe a possibilidade de evoluir para uma neoplasia, ao contrário da RCUI que apresenta esse perigo real. Esse dado confirma a hipótese de que os pacientes com SII apresentam comprometimento emocional, que pode gerar esse receio, maior do que os pacientes com RCUI.

As características comportamentais distintas entre os grupos com SII e o grupo com RCUI, com relação à percepção de suas doenças, coincidem com a atual classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 (1993). Nesta classificação, a SII pertence à sub-categoria "Disfunção Autonômica Somatoforme" (F45,3), da categoria Transtornos Somatoformes (F45), tendo como principal característica a repetição de sintomas físicos e o comportamento de busca persistente de investigações médicas, apesar dos exames serem negativos e dos médicos garantirem a ausência de um quadro orgânico de base. E também, os sintomas são revelados pelo paciente como se fossem decorrentes de um transtorno físico, de um sistema ou órgão, que se encontra sob inervação e controle autonômico. A RCUI, por sua vez, encontra-se classificada na categoria "Fatores Psicológicos e de Comportamento Associados a

Transtornos ou Doenças Classificadas em Outros Locais" (F54). Esse grupo de doenças tem como principal característica a presença de influências psicológicas ou de comportamento, como um fator relevante na etiologia do transtorno físico, não existindo, no entanto, uma relação causal linear: fator emocional → transtorno físico.

A forma pela qual deve ser coletada a informação a respeito dos eventos estressantes, como provável causa, no desencadeamento de uma doença e a maneira de se interpretar os relatos dos próprios pacientes devem ser realizadas com extrema cautela, para que não seja estabelecida uma falsa relação causal entre o evento estressante e a doença.

ENGEL (1970) enfatiza a importância da vivência de situações de perda, seja de um ente querido ou de uma posição social, que gera sentimentos de desesperança e desânimo, como antecedentes à somatização.

O estudo das relações entre os eventos estressantes de vida e o desenvolvimento de diversas doenças vem sendo realizado através da recordação espontânea, pela aplicação de escalas ou por associação das mesmas (NORTH et al, 1990).

Embora a recordação de eventos, pelos pacientes, seja passível de esquecimentos, a utilização de entrevistas com roteiros pré-estabelecidos, pesquisando o significado pessoal dos eventos mencionados, além da aplicação das escalas, pode proporcionar uma maior fidedignidade da lembrança dos fatos. O estudo de eventos de vida, através de recordações deve abranger períodos nunca superiores ao ano anterior à consulta.

HOMES & RAHE, (1967) publicaram uma escala de "Readaptação Social", para ser utilizada como um instrumento que quantificasse os eventos de vida. Para estes autores, "readaptação social inclui a quantidade e duração de mudanças, no padrão usual de vida, resultante de vários eventos. Assim definida, a readaptação social mede a intensidade e extensão de tempo, necessárias para a acomodação a um evento de vida, independente de ser ele desejável ou não". A escala classifica os eventos, de acordo com o grau de dificuldade de readaptação, exigida para cada acontecimento e inclui eventos sobre a constelação familiar, casamento, ocupação, situação econômica, relacionamentos interpessoais e sociais, educação, religião, lazer e saúde. Esses eventos são considerados estressantes, porque geram uma mudança na vida do

indivíduo e, conseqüentemente, incluem tanto situações "agradáveis", como nascimento de um filho, casamento, quanto situações "desagradáveis": morte de um ente querido, desemprego, e outros.

DOHRENWEND (1993) acredita que a possibilidade de mudanças de vida é fator mais importante, na relação entre psicopatologia e os eventos, de que o fato de ser indesejável.

Segundo MYERS, LINDENTHAL, PEPPER (1972,1975), mudanças na vida do indivíduo, como mudanças de habitat, ingresso na escola, diplomação, ocupação, nascimento e morte na família, são eventos que podem preceder episódios de doenças físicas ou mentais.

MYERS et al (1972, 1975) diferem os eventos como "experiências envolvendo uma transformação de papel, mudanças no status econômico ou no ambiente, ou imposições de dor".

Segundo BROWN (1973), a existência de um elo causal, entre os eventos da vida e enfermidade, tem importância teórica somente quando é visto o significado dos acontecimentos, para cada indivíduo. Este autor enfatiza que deve existir um cuidado em aceitar deliberadamente o relato do paciente, quando este associa um evento estressante ao surgimento de sua doença, mesmo que essa resposta seja dada através de um questionamento mais livre, ou através de um questionário estruturado, como a Escala de Holmes e Rahe.

BROWN (1973) critica a investigação de eventos de vida através do questionário para a classificação de readaptação social de Holmes e Rahe, porque acredita que as questões são muito abertas e genéricas. Enfatiza que a própria doença e as limitações conseqüentes a ela poderiam influenciar no preenchimento do questionário. E também acredita que as conclusões, que atribuem o surgimento da doença aos eventos de vida, podem ser invalidadas por outro fator, como a ansiedade, que influencia a forma pela qual o indivíduo vivencia e percebe um evento como estressante, bem como influencia a própria doença. Desta forma, o autor acredita que esses vieses impossibilitam o estabelecimento de um elo causal entre os eventos de vida e a doença, quando se usam instrumentos como a Escala de Holmes e Rahe.

BROWN & BIRLEY (1968), estudando a relação dos eventos estressantes com a esquizofrenia, elaboraram a seguinte classificação de eventos: mudança de papéis para o indivíduo (deixar a escola, mudar de trabalho); mudanças de papéis para parentes próximos ou

membros da família (desemprego, casamento de um filho); mudanças na saúde do indivíduo (hospitalização, suspeita de doença grave); mudanças na saúde de parentes próximos ou membros da casa, incluindo morte; mudanças de residência e qualquer mudança nos contatos entre o indivíduo e seus parentes ou outros membros da casa; outros tipos de mudança, como: ser transferido no emprego; realizações positivas ou desapontamentos e "crises" (eventos dramáticos, sendo o indivíduo ou familiares o foco do incidente: ser preso, sofrer acidente automobilístico, entre outros). No entanto, estes autores tiveram o cuidado de impedir que os pacientes superestimassem o valor estressante dos eventos, como forma de encontrar uma causa para a sua doença. Para isso, não realizaram questões sobre as reações provocadas pelos eventos ou sobre o que tinha sido doloroso ou excitante e também, levantaram o momento em que o fato ocorreu na vida do indivíduo, para testar a hipótese de que as crises e mudanças de vida, ocorridas cerca de três semanas antes, eram importantes para o desenvolvimento da doença.

BROWN (1973) enfatiza a importância do "significado contextual" do evento estressante, na vida do indivíduo, ou seja, valoriza os acontecimentos anteriores e conseqüentes aos eventos identificados, valorizando não o "significado" que é dado pelos indivíduos ou as reações dos mesmos ao evento e, sim, como esse significado e essa reação se estabelecem, num determinado contexto, que pode ser diferente para duas pessoas, mesmo quando passam pela mesma situação.

No estudo sobre depressão entre mulheres, BROWN et al (1973) concluíram que quase a metade dos pacientes havia tido um evento gravemente ameaçante, de importância etiológica, e a sua classificação de ameaça de longa duração está relacionada à experiência de perda. A palavra perda foi utilizada no sentido amplo, incluindo: separações ou ameaça de separação (morte de um parente ou ameaça do marido abandonar o lar); uma revelação desagradável sobre alguém íntimo, levando a uma reavaliação da pessoa e do relacionamento (descobrir a infidelidade do marido); doenças que ameacem a vida de alguém íntimo; perda material importante ou desapontamento ou ameaça desta (casal com condições precárias de moradia); mudança forçada de casa ou ameaça dela e um grupo miscelâneo de crises, envolvendo algum elemento de perda.

Os trabalhos realizados por BROWN et al (1973) demonstraram a importância de especificar a extensão do período, entre o evento e a ocorrência da crise, e a caracterização do grau de gravidade do evento para o indivíduo particular.

MARRIS (1974) amplia o conceito de "luto" para situações que poderiam, num primeiro momento, ser classificadas como "ganhos". Para este autor, a resposta dada a toda e qualquer mudança é ambivalente, ou seja, existe o "desejo de se adaptar à mudanças" e um "impulso de restaurar o passado".

Segundo BROWN (1976), há duas correntes principais que explicam a possível relação causal entre eventos e doenças: uma atribui aos eventos um papel **desencadeador**, enfatizando a influência dos fatores genéticos e constitucionais e a outra atribui aos eventos um papel **formativo**, enfatizando os fatores sociais. Este autor propõe uma junção dessas duas correntes quando cita que "uma pessoa predisposta, devido a razões somáticas, pode também ter alguma chance de desenvolver a desordem, após certas experiências sociais".

A partir dos dados obtidos pelo presente trabalho, sobre a provável relação causal entre os eventos estressantes de vida e o desenvolvimento de doenças, como a SII e a RCUI, não se pôde chegar a conclusões definitivas.

Observou-se, nas histórias livres de vida, que alguns pacientes dos grupos SII e RCUI não identificaram um evento como antecedente ao desenvolvimento de sua patologia (11 na SII e 9 na RCUI) e a maioria dos pacientes de ambos os grupos identificou eventos como provável desencadeante de suas manifestações sintomáticas. No entanto, não houve uma diferenciação entre eles, quanto à natureza do evento estressante, ou seja, ambos citaram acontecimentos relacionados a perdas ou ameaças de perdas; conflitos no trabalho e dificuldades financeiras e mudanças na rotina diária. Especificamente, para o grupo SII, foram citadas outras prováveis causas como a alimentação e pensamentos supersticiosos, como macumba realizada por terceiros.

Conforme BROWN (1973) enfatizou, no seu trabalho, não é importante identificar qual o evento estressante e sim verificar que houve um evento estressante qualquer relacionado, pelo paciente, ao surgimento da doença. Desta forma, é importante, na pesquisa de eventos estressantes, contextualizá-los na vida de cada paciente.

5.21. ANÁLISE DAS PREDISPOSIÇÕES À SOMATIZAÇÕES ADQUIRIDAS NA INFÂNCIA, NOS GRUPOS SII E RCUI

Nas histórias livres de vida dos pacientes com RCUI e SII, com base no roteiro de histórico de vida (Anexo 1), verificou-se a ocorrência de acontecimentos na infância, como: morte ou separação dos pais; educação rígida e severa, com a utilização de punições físicas; pais alcoólatras; pais com doenças crônicas físicas e psíquicas; falta de atenção e carinho das figuras paternas e início precoce na atividade ocupacional.

A seguir, encontram-se descritos trechos de alguns dos relatos espontâneos, das histórias livres de vida dos pacientes com SII e RCUI, a respeito de suas recordações de vivências negativas, no período da infância:

CASO 2 - SII:

A mãe faleceu quando o paciente tinha cinco anos.

"Minha mãe faleceu de repente, não sei o motivo, lembro-me muito pouco dela"

CASO 3 - SII:

Referiu que na infância tinha pouco tempo para brincar, porque era obrigado a trabalhar na roça.

CASO 6 - SII:

O paciente contou que seu pai faleceu, logo após seu nascimento.

"Ele cortou o pé com um prego e não cuidou, acabou indo para o hospital e morreu de tétano. Era um homem teimoso. Minha mãe conta isso com muita tristeza"

CASO 6 - SII:

Referiu que a mãe sempre teve problemas psiquiátricos, necessitando de várias internações hospitalares.

"Essa doença de minha mãe não deixou que ela cuidasse de nós"

O pai era uma pessoa "nervosa", rígida e utilizava de punição física na educação.

CASO 7 - SII:

"Acho que fiquei assim, porque nunca recebi apoio e atenção de meus pais. Minha mãe nunca me abraçou, ou disse uma palavra de carinho. Sempre me punia e criticava. Meu pai também sempre foi uma pessoa distante..."

"Sempre meu pai quis ter um filho homem... Acho que fui rejeitada por ter nascido mulher... Meu pai nunca me amou..."

CASO 9 - SII:

"... Nunca lembro de minha mãe ter-se preocupado comigo quando criança. Nunca perguntou sobre meus problemas. Não recebia apoio..."

"Nunca me lembro de minha mãe ter me abraçado, beijado"

CASO 11 - SII:

"Meu pai sempre teve um temperamento forte... tinha medo de contrariá-lo. Era muito bravo, batia na gente. Era nervoso e discutia com minha mãe..."

CASO 13 - SII:

"Meu pai e minha mãe sempre foram nervosos. A mãe tem problema no coração; sempre esteve doente. Precisa tomar cuidado para não falar algo errado, senão ela fica doente"

CASO 17 - SII:

"Quando criança não tinha tempo para brincar, ajudava minha mãe nos serviços de casa... Reclamava, porque não tinha tempo para brincar ou estudar..."

CASO 19 - SII:

"Meu pai bebia muito e ficava agressivo, irritado e brigava com minha mãe..."

"Minha mãe era muito nervosa, ficava irritada com qualquer coisa... ficava nervosa quando meu pai bebia..."

CASO 23 - SII:

"Tive muitas dificuldades quando criança. Com nove anos tinha que trabalhar, fazer o serviço de casa, sempre fui bem ajuizado. Não podia estudar, era rejeitado..."

CASO 25 - SII:

O paciente foi adotado aos cinco anos. Não conheceu os pais verdadeiros, que o abandonaram após o nascimento.

"Acho que não fui bem cuidado, não fizeram nada para eu subir na vida. Sentia-me diferente dos meus irmãos, que eram filhos verdadeiros. Fui uma criança revoltada, porque não tinha um pai verdadeiro"

CASO 28 - SII:

Referiu que a mãe tinha problemas psiquiátricos.

"Eu e meu pai cuidávamos da minha mãe... Ela achava que era doente porque ficou na menopausa... Conta que estava menstruada e uma cobra deu um susto nela... Daí ela ficou de cama e não levantou mais... Eu era muito apegado à minha mãe..."

CASO 1 - RCUI:

Paciente lembra de um episódio traumático, ocorrido quando tinha catorze anos. O pai estava alcoolizado e discutia com a mãe, pegou uma faca e a mãe o ameaçou com uma jura de morte. Após um ano, o pai foi assassinado. O paciente culpou a mãe por "ter jogado uma praga contra o pai".

Referiu que foi educado por tia e avó materna, porque a mãe vivia internada em hospitais.

CASO 3 - RCUI:

A mãe da paciente faleceu no parto quando a mesma tinha dois anos de idade.

CASO 4 - RCUI:

Referiu ter uma infância "difícil", desde oito anos trabalhava na roça.

CASO 6 - RCUI:

Referiu que a mãe nunca lhe deu atenção e era muito rígida, utilizando de punição física para educar. Disse que a mãe sempre desconfiou dela, chamava-de de mentirosa. Isso a deixava nervosa, porque não podia responder ou se defender.

CASO 7 - RCUI:

Disse que o pai era alcoolista e agressivo com os filhos e com a mãe. Disse ser muito apegado à mãe. Acha que não deve casar-se, porque tem medo de deixar a mãe sozinha. Nunca teve uma namorada firme.

CASO 8 - RCUI:

Referiu que os pais se separaram quando a mãe estava grávida dela. Quando tinha cinco anos a mãe casou-se novamente e a paciente foi morar com avós. Disse que sempre teve vontade de conhecer os pais verdadeiros, mas os avós não permitiam.

CASO 9 - RCUI:

O pai faleceu quando a paciente tinha dez anos.

CASO 10 - RCUI:

Disse que na infância não tinha muito tempo para brincar, porque tinha que trabalhar na roça.

CASO 14 - RCUI:

Disse que sua mãe era enérgica, rígida, ao mesmo tempo que superprotetora. Tinha um vínculo forte com o paciente e era uma figura importante em sua comunidade.

CASO 15 - RCUI:

A mãe faleceu quando o paciente tinha seis meses de idade. O pai deixou os filhos e o paciente foi adotado. Referiu ter uma lembrança "péssima" dos pais adotivos, porque sempre se sentiu discriminado e rejeitado.

CASO 16 - RCUI:

Disse que a mãe sofria de problemas de saúde, necessitando de diversas internações hospitalares e sempre dava a responsabilidade do cuidado da casa à paciente.

CASO 18 - RCUI:

Disse que o pai sempre foi muito nervoso e rígido. Não dava liberdade, não deixou estudar, obrigando a trabalhar, desde criança. Nunca pôde contrariar as ordens do pai, senão recebia punição física.

CASO 20 - RCUI:

Referiu que pai era alcoolista e tinha um comportamento agressivo com os filhos e esposa. Sempre teve medo do pai e procurava obedecer-lhe.

CASO 21 - RCUI:

Disse que recebeu uma educação rígida, o pai era uma pessoa fechada, "um pai fantasma", não tinha contato com os filhos.

CASO 25 - RCUI:

Paciente foi filha do segundo casamento do pai. Disse nunca ter se sentido aceita pelos irmãos e que recebeu uma educação rígida.

"Meus pais nunca me deixaram fazer nada sozinha, nunca me deixaram viver... Minha mãe tinha um temperamento difícil, era dominadora, mente fechada..."

CASO 26 - RCUI:

Referiu ter tido uma infância sofrida. Começou a trabalhar na roça com dez anos.

"Fazia boneca de sabugo de milho, sofria muito por causa da pobreza, não tinha nem o que vestir..."

CASO 27 - RCUI:

Referiu que o pai é uma pessoa muito distante e não mantém diálogo nem com as pessoas próximas.

CASO 29 - RCUI:

Disse que a mãe sempre foi mais enérgica (do que o pai), dando uma educação rígida, com punições físicas.

"Sempre tive medo de minha mãe"

Esses eventos de natureza aversiva, ocorridos na infância, podem ter gerado na criança sintomas somáticos, em função da mesma não ter capacidade de enfrentá-los.

Com base na teoria do estresse e na "Síndrome Geral de Adaptação" descrita por SELYE (1965), quando o organismo se prepara para enfrentar uma situação que vê e sente como ameaçadora e perigosa, tende a apresentar duas reações naturais: agressão ou fuga. Porém, a criança não pode adotar esses comportamentos frente à autoridade das figuras paternas e frente às limitações impostas em sua vida. Então, pode descarregar a tensão gerada pela situação aversiva no próprio corpo, produzindo sintomas somáticos.

Com a repetição desse mecanismo, ao longo da vida, poderá desenvolver somatizações e doenças.

O potencial nocivo, ou causador de somatizações, criado pelas situações estressantes, dependerá do tipo e da intensidade do estresse. Mas, também dependerá de sua repetição e duração, ao longo da vida, e da forma como cada indivíduo o enfrenta.

A criança também poderá desenvolver sintomas somáticos, por meio de um mecanismo de imitação de sintomas, baseada na percepção da doença de uma pessoa importante em sua vida, como pai e mãe. Muitas vezes, os pais não são dotados da capacidade de expressar afeto e atenção à criança e acabam dirigindo-se à mesma somente quando se encontra com um sofrimento físico. Conseqüentemente, essa atitude acaba reforçando o comportamento da criança de obter atenção e apoio, através de seus sintomas somáticos. Essa reação comportamental pode ser mantida durante a vida e ser um fator predisponente à somatização, no adulto. Com o "papel de doente", o indivíduo acaba eximindo-se de deveres e responsabilidades e recebe apoio e atenção do meio. Assim, obtém ganhos secundários com a doença, recebendo atenção, satisfazendo

seu desejo de dependência e livrando-se da responsabilidade de ser ativo, social e profissionalmente.

Pode-se observar também, através dos relatos espontâneos, que alguns pacientes, desde criança, tiveram que reprimir suas emoções, para não serem punidos pelos pais.

A emoção é uma designação genérica que engloba o sentir (afeto) e a expressão, física e involuntária, do sentimento. É um fenômeno que se passa, ao mesmo tempo, na psique e no soma. A repressão da emoção pode ser um fator predisponente para a somatização (SMITH et al, 1990).

Quando a emoção é reprimida, sua energia é absorvida pelo soma, através de contrações musculares estáticas, que determinam e definem uma atitude: a de repressão emocional. Associada a essas contrações musculares estáticas (para conter a emoção), existem aquelas reações fisiológicas não controladas conscientemente, como a dos vasos sanguíneos, estômago, intestinos, que poderão, a longo prazo, causar sintomas somáticos e até doenças. A agressividade, quando reprimida e não sublimada, também pode ser um fator importante de predisposição à somatização (SMITH et al, 1990).

Desta forma, uma vez que exista o afeto ou o componente psíquico da emoção, é necessário que se dê vazão a ele, visto que não se desfaz por si mesmo. Se sua expressão verbal ou corporal (em termos de musculatura voluntária) é bloqueada, a descarga poderá ser realizada sobre os órgãos internos, que independem da vontade da pessoa (SMITH et al, 1990).

A incapacidade de comunicar, com palavras, os seus pensamentos faz com que esse indivíduo "fale" com a "linguagem dos órgãos", ou seja, o adoecer de determinado órgão é a forma inconsciente de proclamar seu sofrimento, por não conseguir fazê-lo de outra forma. A incapacidade de expressar e vivenciar as emoções é um fator importante na gênese das doenças orgânicas (SMITH et al, 1990).

A ansiedade se expressa em um nível mental, somático ou misto e a forma e intensidade da manifestação de sintomas físicos depende, não só de uma predisposição genética e de reações reflexas influenciadas pelo condicionamento, como também, de elementos de natureza cultural e social. A autorização de sentir e exprimir emoções pelo corpo é, com efeito, um dado

intimamente ligado aos modelos educativos e às condições de aprendizagem própria a cada cultura (JEAMMET, REYNAUD, CONSOLI, 1989).

PENNEBAKER & SURMAN (1988) demonstraram em seus estudos que, quando indivíduos reprimem ativamente sua expressão emocional, há um aumento da excitação em certos canais autônomos, como na condução elétrica da pele. Assim, se um processo inibitório for mantido durante muito tempo, serve como um estressor cumulativo de longo termo e pode aumentar a probabilidade de adoecer. Esse processo ocorre quando os indivíduos experimentam um evento traumático e são incapazes de compartilhá-lo com outros.

5.22. ANÁLISE DAS CONSEQÜÊNCIAS DA SII E DA RCUI NA VIDA DOS PACIENTES

O conhecimento das conseqüências da doença, na vida dos pacientes dos grupos SII e RCUI, foi obtido através do relato espontâneo dos mesmos durante a entrevista, com base no roteiro de histórico de vida (Anexo 1).

A seguir apresentamos o relato de alguns pacientes com SII, a respeito de suas percepções da repercussão, em suas vidas, do desenvolvimento desta doença.

CASO 1 - SII:

Referiu que a doença restringiu principalmente para realizar atividades físicas.

CASO 2 - SII:

O paciente desenvolveu hábitos e comportamentos, com base em suas percepções e cognições, a respeito da causa de sua doença (água + alimentação), sendo eles: acorda, cedo vai ao banheiro "esvaziar a bexiga", toma medicação e vai ao trabalho após o almoço, depois que tenha ido ao banheiro três ou quatro vezes e depois que o "remédio tenha firmado o intestino".

CASO 3 - SII:

"Quando me esforçava para trabalhar, doía muito, tive que me encostar no INPS "

CASO 5 - SII:

"A partir do momento em que comecei a sentir os problemas no intestino comecei a freqüentar vários médicos, que não resolveram o problema. Comecei a ter descrédito, entregar os pontos... Com a doença perdi muito peso e tenho vergonha do meu corpo, até com o meu marido. Isto prejudicou nosso relacionamento sexual... Sinto-me mais um problema para meu marido. Sinto-me culpada, um peso para ele"

CASO 9 - SII:

"Soube que meu problema no intestino não tem remédio... tento por na minha cabeça que vou viver com isso"

"Quando piora o meu intestino, fico com depressão e vontade de chorar"

"Após a morte do meu marido, tive que assumir tudo sozinha... Esse problema no intestino me judia muito, não tenho fome, não consigo engolir e fico com vontade de chorar"

CASO 10 - SII:

"Sinto um mal-estar no estômago, sobe para a garganta, aperta a garganta e dá tremedeira nos nervos... Quando estou nervosa, piora o mal-estar e dá diarreia... Se me preocupo durante o dia, à noite perco o sono... Desde a morte de meu filho, não consigo mais dormir, só à base de calmantes"

CASO 11 - SII:

"... Porém hoje, em função dos problemas de saúde, não procuro mais sexo..."

CASO 12 - SII:

"Hoje, tenho vergonha de ir ao médico... Porque tenho sempre que ir por causa de minha dor de barriga e ferida na boca (herpes)... Sou nervosa por dentro. Percebi que de quinze dias para cá meu coração está disparado... Toda a minha família, quando faz trinta anos, tem problema no coração... Não tenho medo de ter problemas no coração..."

CASO 15 - SII:

"...De três anos para cá, a única coisa que tenho na minha vida é o problema de ter medo de uma doença grave. Parei de estudar e de trabalhar..."

"A minha relação com meu marido ficou difícil depois de meu problema de saúde... Mas desde que me casei, não consigo ter prazer na relação sexual..."

CASO 16 - SII:

"Fiquei com medo da diarreia e pedi para fazer exame da AIDS..."

"Agora estou com cabeça quente, porque estou desempregado há nove meses. Isso piorou a convivência com o meu pai. Minha mãe reclama muito de mim, sinto-me pressionado. Estou desempregado, desde que começou a doença..."

CASO 17 - SII:

"Não sei o que eu tenho, mas me sinto mal em função deste problema. Fico insegura por causa da diarreia e coito ir ao cinema, passeios..."

CASO 18 - SII:

"Fico aborrecida, não aceito essa doença"

"Para resolver, choro, desabafo, rezo para Deus..."

CASO 19 - SII:

"Mudei várias vezes de emprego, porque sempre tive muitos problemas de saúde... Via atrás de médico, com problemas no fígado, estômago, fraqueza... Estou hoje desempregado, de novo, por causa da minha doença..."

"Nunca tive uma namorada sério. Há mais de dois anos não tenho mais relação sexual, por causa da doença"

CASO 20 - SII:

"Ele (marido) mudou, não briga mais, nós vivemos melhor... talvez por eu estar doente, estar sempre internada... Agora ele tem mais preocupação comigo... Eu não reclamo para ele"

CASO 21 - SII:

"Larguei meu emprego por causa das dores... Moro com meus pais, desde então"

"Fico nervoso porque quero sair e não para de doer. Minha esposa e meus pais ficam muito preocupados comigo..."

CASO 22 - SII:

"Quero sarar depressa, tomo remédio, com vontade de melhorar... O nervoso piora com a doença... tenho medo de deixar a família, de faltar algo para eles. Tenho medo de morrer com essa doença..."

"Sinto-me impotente com essa doença, humilhado diante dos meus amigos"

"Diminuí a relação sexual, por causa do problema de saúde..."

CASO 23 - SII:

"Com meu problema de saúde, não tenho mais condições de trabalhar. Sinto-me fraco, não consigo carregar peso. Hoje, cuido da casa para minha mulher"

CASO 26 - SII:

"Tenho muita dificuldade na vida, preocupo-me muito. Há dois anos, estou doente direto, fico preocupado porque estou sempre assim... Era bem forte. Fico encucado com a diarreia... Pedi para fazer exame para AIDS... Queria fazer para tirar coisas da minha cabeça"

"A benzedora disse que eu tenho um problema, que sou médium e que eu tenho que me desenvolver e tenho que fechar o meu corpo... Eu nunca acreditei, não gosto disto, nunca fui... Queria uma pessoa que fechasse o meu corpo. Nenhum médico descobre o meu problema..."

CASO 29 - SII:

Paciente referiu que não tem relacionamento com o sexo oposto em função da doença (diarreia) e porque sofre de depressão. Terminou com o namoro de oito meses depois que a namorada falou que ele tem que procurar um tratamento médico, em função de problema na esfera sexual (ejaculação precoce).

"Depois que ela falou que eu precisava de um tratamento sério, fiquei pior, adoeci mesmo..."

"Acho que sou diferente dos outros por causa do nervosismo..."

Os pacientes do grupo RCUI tiveram percepção das conseqüências em suas vidas, do surgimento e evolução da doença, conforme os relatos de trechos relevantes de algumas histórias de vida, a seguir:

CASO 2 - RCUI:

"Afasto-me dos amigos, porque fico nervoso e tenho medo de ter diarreia"

"Antes tinha namorada, agora, por causa da doença, não consigo mais namorar"

"Tenho medo de sair à rua, sempre acho que vou ter diarreia e não consigo sair mais de casa. Minha mãe me aconselha a sair e esquecer a doença. Não consigo"

CASO 4 - RCUI:

Referiu que a esposa demonstrou-se indiferente em relação à doença, mas ficou preocupada com o fato de estar desempregado. Há quatro anos voltou a ser adepto da religião, porque disse que sua vida estava muito difícil e acredita que sua única esperança é Jesus.

CASO 7 - RCUI:

Referiu que após o início da doença, os colegas de trabalho observaram seu emagrecimento e comentavam sobre a possibilidade de estar com AIDS. Começou a se sentir discriminado, porque disse que as pessoas se afastavam, tem preconceito.

CASO 9 - RCUI:

Disse que, após o início da doença, houve mudanças em seus hábitos e comportamentos.

"Atrapalhou tudo. Não consigo mais trabalhar, fazer atividades físicas e ter uma vida social. Não sou capaz de fazer mais nada, acho que estou morrendo, sinto-me fracassada. Não agüento mais ficar em casa"

CASO 14 - RCUI:

"Fiquei doente, entrei numa decadência física e moral, estava numa fase negra..."

CASO 24 - RCUI:

Há dois anos, aproximadamente, encontra-se afastado do trabalho em função da piora do quadro clínico.

CASO 25 - RCUI:

"Acho que meu problema é grave e tenho medo de ter câncer. Sou muito deprimido, preocupo-me muito com meus problemas, entro em pânico facilmente e não consigo mais dormir... Sempre sofro por antecipação. Quando espero os resultados dos exames médicos, fico muito ansiosa, chego a ponto de não conseguir ir sozinha para o hospital"

CASO 27 - RCUI:

"Quando fiquei onze meses de cama, doente, ninguém de minha família veio visitar-me. Acho que isso piorou mais a doença. Sempre ajudei muito as pessoas e ninguém reconhece"

CASO 28 - RCUI:

"A primeira vez em que precisei ficar internado, no hospital, foi muito difícil. Não queria ficar, não me sentia bem lá"

"Os médicos aconselharam a evitar as relações de conflito e depressão. Mas a minha vida continua a mesma. Um dos médicos pediu para eu pensar mais em mim, abandonar a faculdade... Acho que não é assim... Um dos médicos receitou antidepressivo, mas eu não quis tomar"

Os relatos espontâneos dos pacientes com SII e RCUI demonstraram que ambos os grupos atribuem mudanças na qualidade de vida, após o desenvolvimento das doenças. Referiram repercussões negativas e limites impostos pela doença, em todos os âmbitos de suas vidas, restringindo atividades de lazer e/ou sociais, relacionamento afetivo, sexual e social e atividades profissionais. Conseqüentemente, em função das limitações impostas pelas doenças em suas vidas, observou-se que alguns pacientes, de ambos os grupos, demonstraram uma alteração de sua auto-estima, em função de se sentirem inválidos, dependentes e, muitas vezes, discriminados.

No entanto, ao analisar esses dados, é de suma importância considerar que são informações emitidas através da percepção individual dos pacientes, percepção esta que depende de seu ambiente familiar e social, bem como da própria função que o adoecer significa para cada paciente e de sua capacidade de enfrentamento aos eventos estressantes de vida.

Os pacientes do grupo SII, quando comparados ao grupo RCUI, demonstraram atribuir maiores conseqüências negativas em suas vidas, após o desenvolvimento da doença.

Algumas dessas percepções são baseadas em idéias supersticiosas e crenças irracionais, como as apresentadas pelo caso 2 SII, que acabou desenvolvendo comportamentos de esquiva (fuga), com base em suas próprias crenças irracionais. O paciente acredita que a SII foi causada pela ingestão de água com fubá (crença irracional) e desenvolveu comportamentos de esquiva, como acordar e "esvaziar a bexiga" e trabalhar à tarde, após ter esvaziado o intestino. Estes comportamentos têm a função de aliviar a ansiedade do paciente, gerada por suas crenças. Os pacientes com SII tendem, também, a atribuir à doença a responsabilidade pelas dificuldades e frustrações de suas vidas, nos setores de: relacionamento conjugal, trabalho, dificuldades de relacionamento com os pais e/ou familiares e receio de enfrentar as dificuldades cotidianas. Porém, na maioria das vezes, são dificuldades existentes até antes do desenvolvimento da SII e que não podem ser consideradas como conseqüentes à doença. Por exemplo, o CASO 5 - SII, em que a paciente atribui ao emagrecimento causado pela doença a dificuldade de manter relação sexual com o marido e, conseqüentemente, sente-se um "peso" para o mesmo. No entanto, a dificuldade de ter prazer na relação sexual relaciona-se a fatores pregressos de sua história de vida e talvez a doença venha assumir o papel de "bode expiatório". Essa função da doença pode ser observada nos CASOS 15 e 29.

Nos CASOS 17 e 19 - SII, os pacientes apresentaram problemas de relacionamento afetivo e social, anteriores ao desenvolvimento dos sintomas. Porém, no presente, atribuem à própria doença a causa de seus problemas e, conseqüentemente, conseguem redimir-se da responsabilidade de enfrentar as dificuldades. No CASO 20 - SII, parece que a função da doença foi conseguir maior atenção do marido e refazer o casamento. Nos CASOS 19-21-23 - SII, os pacientes pareciam ter problemas para assumir uma atividade profissional, mesmo antes dos

sintomas e, após a instalação do quadro clínico, responsabilizaram a própria doença por suas dificuldades.

Em dois pacientes com SII (CASOS 16 e 26), e em um com RCUI (CASO 7), verificou-se que os sintomas de emagrecimento e diarreia estimularam o aparecimento de medos e fantasias em relação ao vírus da AIDS. Talvez esta associação seja conseqüente ao impacto dessa doença, no momento atual.

Nos relatos dos pacientes com RCUI, pode-se observar que atribuíram, em menor número, conseqüências negativas às doenças em suas vidas, quando comparados ao grupo SII. Talvez essa diferença seja conseqüência da própria forma de manifestação clínica da RCUI, que apresenta fases de remissão e recidiva. Assim, nas fases de remissão da doença, os pacientes parecem retomar suas atividades diárias, como trabalho e relacionamentos. Por outro lado, aqueles que atribuíram conseqüências negativas na sua qualidade de vida, nos âmbitos social-afetivo e trabalho, apresentaram relatos com sinais de sintomas depressivos, como: necessidade de se isolar das pessoas (CASO 2 - RCUI); sentimento de rejeição, com relação à esposa (CASO 4 - RCUI); de discriminação (CASO 7 - RCUI); de fracasso (CASO 9 - RCUI); de decadência física e moral (CASO 14 - RCUI); de insegurança (CASO 25 - RCUI); de abandono (CASO 27 - RCUI), entre outros.

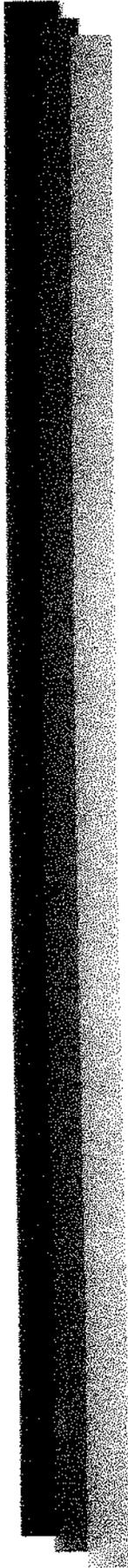
DANCEY & BACKHOUSE (1993) observaram que a SII afetou todos os âmbitos da vida dos pacientes, abrangendo as atividades de trabalho, lazer, viagem e relacionamentos interpessoais e sociais.

Estes autores (DANCEY & BACKHOUSE, 1993) referiram que os pacientes tendem a sentir-se culpados pelo desenvolvimento dos sintomas da SII, e conseqüentemente, sentem-se humilhados, com raiva e frustrados. Tendem a associar eventos estressantes a desencadeamento e recidivas de sua sintomatologia e acabam alterando seus hábitos de vida, numa tentativa de enfrentar a doença. Observaram que os pacientes tendem a considerar a alimentação como um fator agravante de sua sintomatologia e, conseqüentemente, acabam restringindo sua dieta. Apresentam, também, receio da evolução dos sintomas para doenças graves, como o câncer, e sentem-se deprimidos e ansiosos, em função dos limites e restrições impostas pela enfermidade.

A doença ou a saúde seriam opções de vida do sujeito titular do corpo. Assim, o adoecer obedeceria a uma variedade de necessidades do próprio indivíduo, a saber (SILVA, 1994):

- 1º) A doença funcionando como válvula de escape dos conflitos intrapsíquicos e emocionais;
- 2º) A doença como uma forma de expressão de emoções do indivíduo, em função de sua dificuldade de expressá-las de forma adequada, inclusive verbalmente;
- 3º) A doença como uma forma de auto-punição. Refere-se a pessoas que, em nível inconsciente, sentem-se culpadas e merecedoras de castigo e mantêm com o próprio corpo uma relação ambivalente de amor e ódio, preocupando-se com ele de forma excessiva, ao mesmo tempo em que tentam puni-lo. Neste grupo, encontram-se aqueles pacientes que acabam sofrendo várias intervenções cirúrgicas, sem terem uma causa orgânica, como se, através das cirurgias, pudessem retirar algo "mau" do corpo.
- 4º) A doença atendendo aos chamados "ganhos secundários", que o adoecer traz em nossa cultura. Desta forma, o doente passa por um processo de regressão a uma fase pregressa de seu desenvolvimento, como se fosse uma criança. Recebendo, assim, afeto e carinho do meio, satisfazendo sua necessidade de dependência e proteção, bem como tornando-se isenta de papéis sociais, como o trabalho.

O tipo de doença e a época em que o indivíduo adoecer dependem de sua história de vida e de sua capacidade de enfrentar as perdas e frustrações, no decorrer de seu processo de desenvolvimento psicofísico.



6. Conclusões

1. Com base nos relatos das histórias de vida dos pacientes com SII, RCUI e Controle, concluem-se as seguintes diferenças, estatisticamente significativas, entre os três grupos ($P-V \leq 0,05$).
 - 1.1. O grupo SII apresentou maior índice de terror noturno na infância, quando comparado aos grupos RCUI e Controle;
 - 1.2. Os grupos SII e RCUI apresentaram doenças do aparelho digestivo, como diarreia e constipação, durante a infância, contrapondo ao grupo Controle, que respondeu negativamente a esse item;
 - 1.3. Quanto à trajetória profissional, o grupo SII apresentou uma prevalência de decadência profissional; o grupo RCUI demonstrou manter-se estável profissionalmente e o grupo Controle apresentou uma prevalência de ascensão profissional;
 - 1.4. Os grupos SII e RCUI encontram-se afastados do trabalho, no momento atual, em oposição ao grupo Controle, que se mantém em atividade profissional;
 - 1.5. O grupo RCUI não apresenta, no momento atual, a prática da masturbação, quando comparado aos grupos SII e Controle que mantêm esse comportamento;
 - 1.6. O grupo controle apresentou número de acidentes ocorridos nos últimos dez anos maior do que os grupos SII e RCUI;
 - 1.7. Através da auto-avaliação realizada pelos próprios pacientes, o grupo SII, quando comparado aos grupos RCUI e Controle, apresentou maior índice de distúrbios, como ansiedade e depressão e, conseqüentemente, maior participação em tratamentos psicoterápicos e/ou psicofarmacológicos;
 - 1.8. O grupo SII apresentou maior índice de insônia noturna, quando comparado aos grupos RCUI e Controle.

2. As características de personalidade apresentadas pelos pacientes dos três grupos, foram:

2.1. O grupo **SII** apresentou as seguintes características de personalidade: perturba-se facilmente com responsabilidades, auto-crítica severa, auto-depreciativo, egoísta, caprichos alimentares e fadigamento fácil;

2.2. O grupo **RCUI** apresentou características obsessivas de personalidade, como: perfeccionismo, rigidez, metodismo, auto-crítica severa, crítico com os outros e perturba-se facilmente com responsabilidades; revelou tendência de depender afetivamente de familiares e/ou amigos; de ser submisso; auto-depreciativo e também, uma necessidade de manter controle emocional e o humor estável;

2.3. O grupo **Controle** se caracterizou por ser emocionalmente controlado, alegre, tolerante, por tomar decisões com facilidade, otimista, com humor estável, calmo, com sono tranquilo e com hábitos de consumo alcoólico e tabagismo moderados;

2.4. Houve **diferenças entre os sexos**, com relação às características de personalidade, comparando-se os três grupos:

2.4.1. O grupo **Controle** mostrou maior homogeneidade entre os sexos, embora o feminino demonstre menor associação às características: calmo, controle emocional, ser alegre e maior associação a egoísmo;

2.4.2. Os grupos **RCUI** e **SII**, masculinos, apresentaram diferentes características de personalidade, ou seja, o grupo **RCUI** caracterizou-se como de humor estável, otimista, perseverante, tolerante e dependente afetivamente e o grupo **SII** apresentou-se como ser egoísta e perturbar-se facilmente com responsabilidades;

2.4.3. As mulheres dos grupos **RCUI** e **SII** mostraram-se semelhantes, apresentando as características: perfeccionismo, perturba-se facilmente com responsabilidades, rigidez, auto-crítica severa e fadigamento fácil;

2.4.4. O grupo **RCUI** feminino, quando comparado ao grupo **SII** feminino, revelou dormir melhor, ser mais calmo e mais organizado;

2.4.5. Os grupos feminino e masculino com RCUI demonstraram ser dependentes afetivamente, submissos, tolerantes e perseverantes;

2.4.6. As mulheres do grupo SII demonstraram-se mais ciumentas, auto-depreciativas, com mais caprichos alimentares, mais agressivas e sofrendo mais insônia do que as mulheres com RCUI.

De forma global, as mulheres apresentaram traços de personalidade que denotam maior comprometimento emocional, estando mais associadas a características obsessivas de personalidade do que os homens. As mulheres com SII mostraram maior comprometimento emocional opondo-se às mulheres do grupo Controle.

3. Através da aplicação da **Escala de Beck para Depressão**, verificaram-se as seguintes diferenças entre os três grupos:

3.1. Os pacientes com SII apresentaram mais sintomas depressivos do que os pacientes com RCUI e grupo Controle, através da análise da média de pontos obtidos;

3.2. Segundo a análise de correspondência aplicada às médias obtidas pela Escala, para verificar como os três grupos apresentaram maior associação a algum item da mesma, verificou-se:

3.2.1. O grupo RCUI associou-se a: insatisfação, fracasso, fadiga física, perda de peso, insegurança, distúrbio de sono e tristeza;

3.2.2. O grupo SII se diferenciou dos grupos RCUI e Controle, associando-se a pessimismo, culpa e, em menor intensidade, à falta de interesse por sexo, diminuição da capacidade para o trabalho, pensamentos e idéias suicidas, perda do apetite e auto-desvalorização;

3.2.3. O grupo Controle associou-se a preocupação com a saúde e vontade de chorar;

3.3. Através da análise da diferença entre os sexos, nos três grupos, com a aplicação da escala de Beck para depressão, verificou-se:

3.3.1. O grupo SII feminino apresentou mais sintomas depressivos, seguido do grupo SII masculino, opondo-se aos grupos Controles e RCUI.

3.4. De acordo com os critérios estabelecidos por Matos, Piedrabuena e Karniol, para a análise da média de pontos obtidos através da aplicação da escala de Beck para depressão, verificou-se que os pacientes com SII tenderam a apresentar grau grave de depressão e os pacientes com RCUI e grupo Controle tenderam a não apresentar depressão;

3.5. Através da análise de correspondência aplicada à média de pontos obtidos pela aplicação da Escala de Beck para depressão, segundo os critérios estabelecidos por Matos, Piedrabuena e Karniol, nos três grupos, divididos quanto ao sexo, verificou-se que o grupo RCUI masculino e os grupos Controle feminino e masculino não apresentaram depressão. O grupo RCUI feminino apresentou-se num ponto intermediário, entre os graus depressão ausente e depressão moderada e os grupos SII, de ambos os sexos, apresentaram grau grave de depressão.

4. Através da análise da distribuição das médias, de pontos obtidos na aplicação da **escala de traços e de comportamentos de agressividade de Gayral**, nos três grupos, e através da análise de correspondência aplicada à essas médias, verificou-se que os grupos RCUI e SII apresentaram sintomas de ansiedade, depressão e somatização; o grupo SII demonstrou-se mais depressivo e com maior índice de somatização; o grupo RCUI mostrou maior tendência a introjetar a agressividade e apresentar distúrbios de personalidade; os grupos SII e RCUI demonstraram associação à combatividade, denotando dificuldade de exteriorizar agressividade, pois as respostas positivas foram relacionadas a "guardarem ressentimentos e despeito" e apresentarem "tensão muscular". E, finalmente, o grupo Controle não se associou fortemente a nenhum item da escala e se opôs, principalmente, à combatividade e somatização.

4.1. A análise da distribuição das médias de pontos obtidos na aplicação da escala de traços e de comportamentos de agressividade de Gayral, nos três grupos, divididos quanto ao sexo, e a análise de correspondência, aplicada a essas médias, revelaram que os grupos SII feminino e masculino e o grupo Controle feminino se associaram mais fortemente ao item depressão, opondo-se ao grupo RCUI masculino, que apresentou maior associação a distúrbios de personalidade e introjeção da agressividade; o grupo RCUI feminino, que se associou mais fortemente à somatização, e o grupo Controle masculino não apresentaram associação significativa a nenhum dos itens da escala.

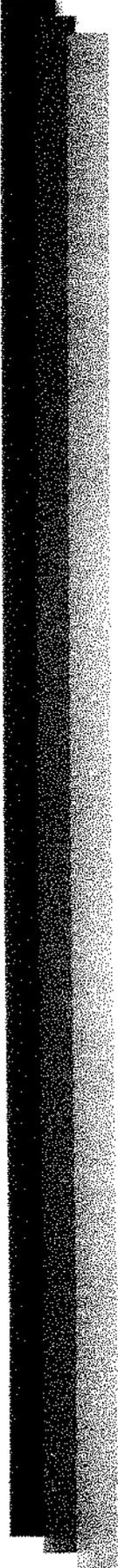
5. Através do relato espontâneo dos pacientes com RCUI e SII, acerca de eventos estressantes de vida, ocorridos nos doze meses que antecederam as primeiras manifestações dos sintomas, verificou-se que ambos os grupos identificaram eventos relacionados a perdas ou ameaças de perdas, ~~como~~ conflitos no trabalho e dificuldade financeira e mudanças na rotina diária (positivas e negativas), ~~nos papéis de paciente~~ ou associadas ao processo de desenvolvimento do indivíduo. Assim, a maioria dos pacientes de ambos os grupos identificaram eventos estressantes como provável desencadeante de suas manifestações sintomáticas, não havendo diferenças significativas, quanto à natureza do evento estressante.

5.1. As características comportamentais e emocionais identificadas nos grupos SII e RCUI, com relação à percepção dos pacientes, a respeito de suas doenças, enquadram-se na atual classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Nesta classificação, a SII pertence à sub-categoria "Disfunção Autonômica Somatoforme" (F45-3), da categoria Transtornos Somatoformes (F45) e a RCUI encontra-se classificada na categoria "Fatores Psicológicos e de Comportamento Associados a Transtornos ou Doenças Classificadas em Outros Locais" (F54).

6. Através dos relatos espontâneos das histórias livres de vida dos pacientes com SII e RCUI, a respeito de suas recordações de vivências negativas, no período da infância, verificou-se que ambos os grupos identificaram acontecimentos como: morte ou separação dos pais; educação rígida e severa com a utilização de punições físicas; pais alcoolistas; pais com doenças crônicas físicas e psíquicas; falta de atenção e carinho das figuras paternas e início

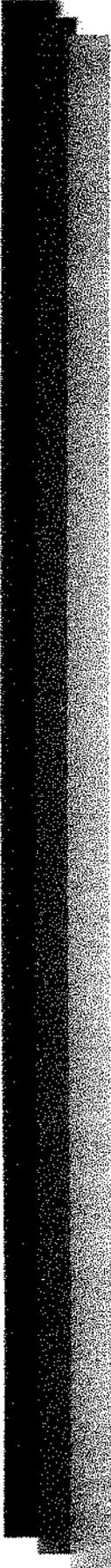
precoce na atividade ocupacional, que podem ser fatores de predisposição à somatização, na idade adulta.

7. Segundo o relato espontâneo dos pacientes com SII e RCUI, a respeito de suas percepções das conseqüências das doenças em suas vidas, constatou-se que ambos os grupos atribuem mudanças significativas na qualidade de vida, após o desenvolvimento das doenças, como: restrições e limitações nas atividades de lazer e/ou sociais, nos relacionamentos afetivo-sexual e social e nas atividades ocupacionais. Os pacientes com SII, quando comparados aos do grupo RCUI, demonstraram atribuir maiores conseqüências negativas em suas vidas, após o desenvolvimento da doença.



7. Summary

Non-specific ulcerative rectocolitis (NURC) is an inflammatory intestinal disease with an unknown etiology (MORAES FILHO et al, 1988 & PRADO et al, 1991) and Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a functional disease of the digestive system (DROSSMAN et al, 1990). In both diseases, affective-emotional disorders and/or life stressful events seem to be important in the triggering and in the maintenance of their symptomatology. The aim of the present report is to evaluate the presence of emotional disorders (anxiety and depression) and to identify life stressful events in the twelve months that preceded the first symptomatic manifestations of both diseases. Thirty-one patients with NURC and thirty with IBS were examined and they were compared to a control group with thirty individuals with no gastrointestinal symptoms. The first two groups were referred from Out-patient Department of Clinical Gastroenterology and control group from Out-patient Department of Ophthalmology of Faculty of Medical Sciences of State University of Campinas- UNICAMP. Protocols were standardized for the three groups, providing greater reliability in intra- and inter-groups' comparisons. Patients were contacted through a semi-guided interview, based on life description (MAYER-GROSS, SLATER, ROTH, 1972) and Beck's Scales for Depression (BECK et al, 1961) and Gayral's Scales of Traces and Aggressiveness Behavior (GAYRAL, 1979) were also applied. Results were analyzed in a descriptive way, with the elaboration of tables, graphs and percentage of occurrence of the studied variables and in a qualitative way based on reports of life free histories. The three groups were shown to be homogeneous regarding sex and the main socio-demographic features. IBS group showed more affective-emotional disorders, such as depression, anxiety and somatization than the other groups. NURC group had greater tendency to introject aggressiveness and to manifest personality disorders than IBS and control groups. Both IBS and NURC groups had difficulty in expressing aggressiveness when compared to control group. NURC group presented obsessive personality features when compared to IBS and control groups. NURC and IBS groups presented life stressful events in the twelve months that preceded the first symptoms manifestations. There were negative consequences of the diseases on patients' lives of both groups.



8. Referências Bibliográficas

- AGUAYO, M.T.V. - Análise de correspondência e modelos log-lineares: um enfoque integrado para a análise exploratória de dados categóricos. Campinas, 1993 (Tese de Mestrado, UNICAMP).
- ALEXANDER, F. - **Medicina Psicossomática: princípios e aplicações**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. 231p.
- ALEXANDER, F. - **Psychosomatic Medicine**. New York, Norton, 1950.
- ALMY, T.P. - Experimental studies on the irritable colon. **Am. J. Med.**, 9:60-67, 1951.
- ALMY, T.P. & TULIN, M. - Alterations in colonic function in man under stress: experimental production of changes simulating the "irritable colon". **Gastroenterology**, 8:616-626, 1947.
- ANDREWS, H.; BARCZAK, P. & ALLAN, R.N. - Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. **Gut**. 28:1600-1604, 1967.
- APLEY, J.; KEITH, R.M. & MEADONW, R. - The child and his symptoms: a comprehensive approach. Oxford, U.K. **Blackwell Scientific Publications**, 1978.
- ARAPAKIS, G.; LYKETSOS, C.G.J.; GEROLY MATOS, K. - Low dominance and high introprimitiveness in ulcerative colitis and irritable bowel syndrome. **Psychother Psychosom**. 46:171-176, 1986.
- ARONOWITZ, R. & SPIRO, H.M. - The rise and fall of the psychosomatic hypothesis in ulcerative colitis. **J.Clin. Gastroenterol**, 10:298-305, 1988.
- BARREIRO, M.A.; BLACKWELL, B.; DROSSMAN, D.A.; HARRIS, M.S.; OLDEN, K.W.; THOMPSON, W.G.; WHITEHEAD, W.E.; WINGATE, D. & NORTON, N.J. - Irritable bowel syndrome, **International Foundation for Bowel Dysfunction**, 1993.
- BARSKY, J.A. & KLERMAN, G.L. - Overview: hypochondriasis, bodily complaints and somatic stycler. **Am.J.Psychiatry**, 140: 273-283, 1993.

- BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.E. & ERBAUGH, J.K. - An inventory for measuring depression. **Arch. Gen. Psychiatr**, 4:561-571, 1961.
- BELLINI, M. & TANSELLA, M. - Obsessional scores and subjective general psychiatric complaints of patients with duodenal ulcer or ulcerative colitis. **Psychol.Med.**, 6:461-467, 1976.
- BERNARD, C. - **An Introduction to the study of experimental medicine**. New York, Mac Millan, 1927.
- BLANCHARD, E.B.; SCHARFF, L.; SCHNARZ, S.P.; SULS, J.M. & BARLOW, D.H. - The role of anxiety and depression in the irritable bowell syndrome. **Beh.Res.Ther.** 28:401-405, 1990.
- BOCKUS, H.L. - Colitis Ulcerosa. In: BOCKUS, H.L. **Gastroenterologia**, 2ª edição, Barcelona, Madrid, Salvat Edit. S.A., 1966, p.844-923.
- BODMAN, F. - The psychological background of colitis. **Am J. Dig.Dis**, 190:535-45, 1935.
- BOHMAN, M. & CLONINCER, C.R. - An adaption study of somatoform disorders III: Cron-fostering analysis and genetic relationship to alcoholism and criminality. **Arch.-Gen.Psychiatry**, 41:872-878, 1984.
- BOMMELAER, G.; ROUCH, M. & DELASALLE, P. - Epidemiology of the irritable bowel syndrome. **Gastroenterol. Clin. Biol.** 14:90-120, 1990.
- BRASIL, Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal. **Manual de Instruções**. Tabela de Ocupação Principal, 1994, p.31.
- BREUER, J.F. & FREUD, S. - **Estudos sobre Histeria**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1975 (1895).
- BROWN, G.W. - Meaning, measurement and stress of life-events. Paper presented of Conference on stressfulness of life-events: their nature and effects, New York, 5-7 - Junho, 1973 (Mimeog.).

- BROWN, G.W. & BIRLEY, J.L.T. - Crises and life changes and the onset of schizophrenia. **J.Health. Soc.Behav.** 9:203-214, 1968.
- BROWN, G.M.; LAIR, F.; HARRIS, T.O. & BIRLEY, J.L.T. - Life-events and psychiatric disorders - Part I: some methodological issues - **Psychol Medic.**, 3:74-87, 1973.
- BROWN, G.M. - The social causes of disease In: Tuckett D., ed.**An introduction to medical sociology.** London, Taristack Publication, 1976, p. 291-333.
- BURTONI & KORELITZ, M.D. - Where do we stand as drug treatment for ulcerative colitis. **Ann. Intern. Med.**, 116:693-694, 1992.
- CABRAL, M.A.A. - Estudo descritivo de aspectos psicossociais de pacientes acometidos de artrite reumatóide. Campinas, 1985. (Tese - Doutorado - UNICAMP).
- CANNON, W.B. & BRITTON, S.N. - Studies on the conditions of activity in endocrine glands. **Am.J.Physiol.** 72:283, 1925.
- CELLO, J.P. & MEYER, J.H. - Colite ulcerativa In: SLEISENGER, M.H. & FORDTRAN, J.S. **Tratado de Gastroenterologia**, 2ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1981, v.2., p.1342-1384.
- CHAUDHARY, N.A. & TRUELOVE, S.C. - The irritable colon syndrome. **Q. J. Med.**, 31:307-322, 1962.
- CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Coord. Organiz. Mundial da Saúde, trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

- CLOUSE, R.E. - Anxiety & gastrointestinal illness. **Psychiatr. Clin. North Am.**, 11:399-517, 1988.
- CORNEY, R.H. & STANTON, R. - Physical symptoms severity, psychological and social dysfunction in a series of out patients with irritable bowel syndrome. **J.Psychosom.Res.** 34:483-491, 1990.
- CRAIG, T.K.J., BROWN, G.W. & GOAL, - Frustration and life events in the actiology of painfue gastrointestinal disorder. **J.Psychosom Res.** 28:41-421, 1984.
- CREED, F. & FARMER, R. - Functiones abdominal pain, psychiatric illness, and life events. **Gut.** 29:235-242, 1988.
- CREED, F. & GUTHRIE, E. - Psychological factores in the irritable bowel syndrome. **Gut.** 28:1307-1318, 1987.
- DALGALARRONDO, P. - Repensando a internação psiquiátrica. A proposta das unidades de internação psiquiátrica de Hospitais Gerais. Campinas, 1990. (Tese - Mestrado - UNICAMP).
- DANCEY, C.P. & BACKHOUSE, S. - Towards a better understanding of patients with irritable bowel syndrome. **J.Adv.Nurs.** 18:1443-1450, 1993.
- DANIELS, G.E. - Nonspecific ulcerative colitis as a psychosoma tic disease. **Med. Clin. North Am.**, 28:593-602, 1944.
- DANIELS, G.E. - Psychiatric factors in ulcerative colitis. **Gas troenterology**, 10:59-62, 1948.
- DANIELS, G.E.; O'CONNOR J.F.; KARUS H.A.; MOSES, L.; FLOOD, C.A. & LEPORE, M. - Three decades in the observation and treatment of ulcerative colitis. **Psychosom. Med.**, 24:85, 1962.
- DEROGATIS, L.H.; LIPMAN, R.S. & COVI, L. - **SCL-90: an out patient psychopharm.** Bull, 9:13-27, 1973.

- DINAN, T.G.; O'KEANEN, V.; O'BOYLE, C.; CHUA, A. & KEELING, P.W.N. - A comparison of the mental status, personality profiles and life events of patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease, *Acta Psychiatrica Scand.*, 84:26-28, 1991.
- DOHRENWEND, B.S. - Life events as stressors: a methodological inquiry. *J.Health Soc.Behav.* 14:167-175, 1993.
- DRAPER, G. **Human constitution: a consideration of its relationship to disease.** Philadelphia, Saunders, 1924.
- DRAPER, G. **Disease and the man.** New York, MacMillan, 1930.
- DROSSMAN, D.A. - Personality and psychological factors in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterol. Clin. Bioh*, 14:49c - 53c, 1990.
- DROSSMAN, D.A.; McKEE, D.C.; SANDLER, R.S.; MITCHELL, M.; CRAMER, E.M.; LOWMAN, B.C. & BRUGER, A.L. - Psychological factors in the irritable bowel syndrome. A multivariate study of patients and non patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 95:701-708, 1988.
- DROSSMAN, D.A.; RICHTER, J.E.; TALLEY, N.J.; THOMPSON, W.G.; COBAZZIARI, E. & WHITEHEAD, W.E. - **The functional gastrointestinal disorders, diagnosis, pathophysiology and treatment. A multinational consensus.** Little Brounand Company, Boston, New York, Toronto, London, 1992.
- DROSSMAN, D.A.; SANDLER, R.S.; McKEE, D.C. & LOVITZ, A.J. - Bowel patterns among subjects not seeking health care. *Gastroenterology*, 83:529-534, 1982.
- DROSSMAN, D.A.; THOMPSON, W.G.; TALLEY, N.J.; JENSSEN, F. & WHITEHEAD, W.E. - Distúrbios Funcionais. Identification og sub-groups of functional gastrointestinal disorders. *Gastroent. Int.*, 3:159-172, 1990.

- DUNBAR, F. **Diagnóstico Psicossomático**. Buenos Aires, S.E. Tchegayen, S.R.L., 1950, p.527-574.
- EY, H.; BERNARD, P. & BRISSET, C. - **Tratado de Psiquiatria**, 7. ed., Barcelona, Toray-Manon, 1975.
- ENGEL, G.L. - Conversion symptoms. In: Mac Bryde, C.M. - **Signs and symptoms: applied pathologia, physiologic and clinicas interpretation**. 5.ed. Philadelphia, J.B.Hippincott, 1970, p.650-668.
- ENGEL, G.L. - Biologic and psychological features of the ulcerative colitis patients. **Gastroenterology**, 40:313-322, 1961.
- ENGEL, G.L. - Studies of ulcerative colitis: 3 the nature of the psychologic process. **Am. J. Med.**, 17:231-256, 1955.
- ENGEL, G.L. - Ulcerative colitis In: LINDER, A.E. ed. **Emotional factors in Gastrointestinal illness**. Amsterdam, Excerpta Medica, 1973.
- EPINAY, M.L. - **GRODDECK: a doença como linguagem**. Campinas, Papirus, 1988.
- ESLER, M.D. & GOULSTON, K.J. - Levels of anxiety in colonic disorders. **N. Eng. J. Med.**, 288:16-20, 1973.
- FARMER, R.G. - Epidemiologia da doença inflamatória intestinal. **Clín. Méd. Am. N.** 1:1, 1990.
- FARTHING, M.J.G. - Irritable bowel, irritable body or irritable brain? **Br. Med. J.**, 310:171-175, 1995.
- FAVA, G.A. & PAVAN, L. - Large bowel disorders II: psychopathology and alexithymia. **Psychother. Psychosom.**, 27:100-105, 1977a.

- FAVA, G.A. & PAVAN, L. - Large bowel disorders I: illness configuration and life events. **Psychother. Psychosom.**, 27:93-99, 1977b.
- FELDMAN, F; CANTOR, D.; SOLL, S. & BACHRACH, H.W. - Psychiatric study of a consecutive series of 34 patients with ulcerative colitis. **Br. Med. J.**, 3:14-17, 1967a.
- FELDMAN, F; CANTOR, D.; SOLL, S. & BACHRACH, H.W. - Psychiatric study of a consecutive series of 19 patients with regional ileitis, **Br. Med. J.**, 4:711-714, 1967.
- FERGUSON, A.; SIRCUS, W. & EASTWOOD, M.A. - Frequency of "functional" gastrointestinal disorders. **Lancet**, 2:613-614, 1977.
- FIOCLAIC, Pathogenesis and clinical implications: where do we stand, where do we go? In: GOEBELL, H.; MARCHOW, H.; EWE, R. L.R.; KOELBEL, C., ed. - **Inflammatory bowel diseases. Progress in basic research and clinical implications.** Oxford, England, Kluwer Academic Publishers, 1991, p.237-254.
- FOLKS, D.G. & KINNEY, F.C. - The role of psychological factors in gastrointestinal conditions. A review pertinent to DSM IV. **Psychosomatics**, 33:257-70, 1992.
- FORD, C.V.; GLOBER, G.A. & CASTELNUOVO - TEDESCO, P. A Psychiatric study of patients with regional enteritis. **J. Am. Med. Ass.**, 208:311-315, 1969.
- FORD, C.V. - The somating disorders. **Psychosomatics**, 27: 327- 337, 1986.
- FORD, M.J.; McMILLER, P.; EASTWOOD, J. & EASTWOOD, M.A. - Life events, psychiatric, illness and the irritable bowel syndrome. **Gut**. 28:160-165, 1987.
- FOWLIE, S.; EASTWOOD, M.A. & FORD, M.J. - Irritable bowel syndrome. The influence of psychological factors on the symptom complex. **J.Psychosom. Res.** 36:169-173, 1992.
- FREUD, S. - A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In: **Cinco lições de Psicanálise.** Rio de Janeiro, Imago, 1975 (1910).
- FREUD, S. - **Repressão.** Rio de Janeiro, Imago, 1915.

- FRIEDMAN, G. - Irritable bowel syndrome: a practical approach. **Am. J. Gastroenterol.**, 84:863-867, 1989.
- GAYRAL, L.F. - Une échelle de comportement agressif. **Am. Med. Psychol.**, 137:502-506, 1979.
- GRACE, W.J. - Life stress and regional enteritis. **Gastroenterology**, 23:542-553, 1953.
- GRACE, W.J.; PINSKY, R.H. & WOLFF, H. - The treatment of ulcerative colitis. **Gastroenterology**, 26:462-468, 1954.
- GREENBAUM, D.; ABITZ, L.; VANEGEREN, L.; MAYLE, J. & GREEN BAUM, R. - Irritable bowel symptom prevalence, rectosigmoid mobility and psychometrics in symptomatic subjects not seeing physicians. **Gastroenterology**, 84 (5 pt 2), 1174, 1984.
- GRODDECK, G.N. - **O livro disso**. 2.ed., São Paulo, Perspectiva S/A, 1988 (1932).
- GROEN, J. - Psychogenesis and psychotherapy of ulcerative colitis. **Psychosom. Med.**, 9:151-74, 1947.
- GROEN, J. & BASTIAANS, J. - Psychotherapy of ulcerative colitis. **Gastroenterology**, 17:344-352, 1951.
- GROEN, J. & VANDERVALK, J.M. - Colitis Ulcerosa. Em International Congress of Gastroenterology - Meeting of the Association des Sociétés Nationales Européennes et Méditerranéennes de Gastroenterologie. G.Leyden/Woodwijk Aanzet, 1960. **Panel IV, Colitis Ulcerosas: Abstracts of paper and panels presented**, Excerpta Medica, Amsterdam, 1960.
- GRUNSPUN, H. - **Distúrbios neuróticos da criança**, 2.ed., São Paulo, Livraria Atheneu, 1976, p.635.
- HAMILTON, M. - Development of a rating scale for primary depressive illness. **Br. J. Soc. Clin. Psychol.**, 6:278-296, 1967.

HATHAWAY, S.R. & MCKINLEY, J.C. **Minnesota multiphasic personality inventory.**
Minneapolis, University of Minnesota Press, 1942.

HAWKINS, H.P. - A natural history of ulcerative colitis. **Br. Med.J.**, 1:765-70, 1909.

HEATON, K.W.; O'DONNELL, L.J.; BRADDON, F.E.; MOUNTFORD, R.A.; HUGUES,
A.O. & CRIPPS, P.J. - Symptoms of Irritable bowel syndrome in a british urban
community: consulters and nonconsultors. **Gastroenterology.** 102: 1962-1967, 1992.

HELZER, J.E.; STILLINGS, W.A.; CHANNAS, S.; NORLAND, C.C. & ALPERS, D.H. - A
controlled study of the associations between ulcerative colitis and psychiatric diagnoses.
Dig.Dis.Sci. 27:513-518, 1982.

HILL, D. EEG - In episodic psychotic behavior. **Electroenceph. Clin. Neurophysiol.**, 4:419-
442, 1952.

HISLOP, I.G. - Onset setting in inflammatory bowel disease. **Med. J. Austr.**, 1:981-984, 1974.

HISLOP, I.G. - Psychological significance of the irritable colon syndrome. **Gut**, 12:452-457,
1971.

HOLMES, T.H. & RAHER, R.H. - The racial readjustment rating scale. **J. Psychosom. Res.**,
11:213-218, 1967.

JACOBS, M.A.; SPILKEN, M.A. & MARTINORMAN, M.A. - Relationship of life change
in maladaptive aggression and upper respiratory infection in Male College Students.
Psychosom. Med. XXXI, 1969.

JASPERS, K. - **Psicopatologia Geral.** Rio de Janeiro, Atheneu, 1973, vol 1 e 2.

JONES, R. & LYDEARD, S. - Irritable bowel syndrome in the general population. **Br. Med. J.**,
304: 87-90, 1992.

- JORDAN, S.; CROHN, B. & BARGEN, A. - Discussion on the "symposium on ulcerative colitis". *Gastroenterology*, 1:67-80, 1948.
- JEAMMET, P; REYNAUD, M. & CONSOLI, S. - **Manual de Psicologia Médica**, São Paulo, Durban, 1989.
- KAPLAN, H.I. - Fatores Psicológicos afetando condições físicas (Desordens Psicossomáticas)
In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. **Compêndio de Psiquiatria Dinâmica**, 3. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.
- KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. - Psiquiatria Infantil, In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. - **Compêndio de Psiquiatria Dinâmica**. 3.ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1984, p.867-884.
- KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. - Perturbações do movimento e da fala na infância e adolescência. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. - **Compêndio de Psiquiatria Dinâmica**. 3.ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1984, p.796-801.
- KARUSH, H.; DANIELS, G.; FLOOD, C.; O'CONNOR, J.; DRUSS, R. & SWEETING, J. **Psychotherapy in chronic ulcerative colitis**. Philadelphia, W.B.Saunders, 1977.
- KARUSH, A.; DANIELS, G.E.; O'CONNOR, J.R. & STERN, L.O. - The response to psychotherapy in chronic ulcerative colitis: 1. Pretreatment factors. **Psychos. Med.** 30:255-276, 1968.
- KELLNER, R. - Psychosomatic Syndromes and somatic symptoms. **American Psychiatric Press**. Inc. England, 1991.
- KELLNER, R. & SCHNEIDER-BRAUS, K. - Distress and attitudes in patients perceived as hypochondriacal by medical staff. **Gen. Hosp. Psychiatry**. 10:157-162, 1988.
- KIRSNER, J.B. & PALMER, W.L. - The irritable colon. **Gastroenterology**, 34:490-493, 1958.
- KRISTAL, H. - **Aspects of defect theory**. Bulletin of the Menninger Clin. 41:1, 1973.

- LECHIN, R.; VAN DERDIJS, B.; GOMEZ, R.; LECHIN, E. & AROCHA, L. - Distal colonic motility and clinical parameters in depression. **J. Affec. Disord.**, 5:19-26, 1983.
- LIPOWSKI, Z.J. - Somatizations: a borderland between medicine and psychiatry. **Can. Med. Assoc. J.** 135:609-615, 1966.
- LIPOWSKI, Z.J. - Psychosomatic Medicine in the seventies: an overview. **Am. J. Psych.**, 134:233-242, 1977.
- LIPP, M.N.; ROMANO, A.S.P.F., COVOLAN, M.A. & NERY, M.J.G.S. - **Como enfrentar o stress**. 3.ed. São Paulo, Icone, Campinas, UNICAMP, 1990.
- LISS, J.L.; ALPERS, D. & WOODRUFF, R.A. - The irritable colon syndrome and psychiatric illness. **Dis. Nerv. Syst.**, 34: 151-157, 1973.
- MAGALHÃES, A.F.N.; SOUZA, P.R. & MEDEIROS, R.R. - Retocolite Ulcerativa Inespecífica. In: MAGALHÃES, A.F.N., org. **Manual de Terapêutica em Gastroenterologia**, São Paulo, Ed. Roca, 1990.
- MANNING, A.P.; THOMPSON, W.G.; HEATON, K.W. & MORRIS, A.F. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. **Brit. Med. J.**, 2:653-654, 1978.
- MARRIS, P. - **Loss and change**. London, Routledge & Kegan Paul, 1974.
- MARTY, P. - **A Psicossomática do Adulto**. Porto Alegre, Artes Médicas. 1993.
- MARTY, P. - La depression essentielle, an: **Rev. Fr. Psychanal.** 32: 595-598, 1966.
- MARTY, P. - La desorganisation progressive. In: P.MARTY, Regression et instinct de mort. **Rev. Fr. Psychanal.** 31: 1120-1126, 1967.
- MARTY, P.; MUZAN, M. & DAVID, C. - **La investigacion psicossomática**. Barcelona, L. Miracle, 1967.

- MATOS, E.G.; PIEDRABUENA, A.E. & KARNIOL, I. - Sintomatologia depressiva em pacientes alcoólatras internados. **J. Bras. Psiq.**, 33:123-126, 1984.
- MAYER, GROSS, W.; SLATER, E. & ROTH, M. - Exame do doente mental. In: MAYER-GROSS, W; SLATER, E & ROTH, M. **Psiquiatria Clínica**. São Paulo, Mestre Jou, 1972, 37-61. vl.
- McDOUGALL, J. - **Theatres of the mind. Ilusion and truth on psychoanalytic stage**. London, FAB, 1986.
- McDOUGALL, J. - Alexithymia, psychoamatoses and psychosis internat. **J.of Psychoanal Psychother.** 9:379-388, 1982.
- McDOUGALL, J. - **Teatros do corpo**. São Paulo, Martins Fontes, 1991.
- McKEGNEY, F.P.; GORDON, R.O. & LEVINE, S.M. - A psychosomatic comparison of patients with ulcerative colitis and crohn's disease. **Psychosom. Med.**, 32:153-166, 1970.
- MELLO FILHO, J. ed. - **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre, Ed.Artes Médicas, 1992.
- MENDELOFF, A.I.; MONK, M.; SIEGEL, C.I. & LILIENFELD, A. - Illness experience and life stresses in patients with irritable colon syndrome and with ulcerative colitis, an Epidemiologic study of ulcerative colitis and Regional Enteritis in Baltimore, 1960-1964. **N. Eng. J. Med.** 282-147, 1970.
- MESQUITA, M.A. - Avaliação de aspectos psico-sociais em pacientes com dispepsia não ulcerosa e úlcera duodenal. Campinas, 1991. (Tese de Doutorado - UNICAMP).
- MONK, M.; MENDLOFF, A.I.; SIEGEL, C.I. & LILIENFIELD.- An epidemiological study of ulcerative colitis and regional enteritis among adults in Baltimore - III: Psychological and possible stress - precipitating factors. **J. Chronic Dis.**, 22:565, 1970.

- MORAES FILHO, J.A.P. & BETTARELLO, A. - Colite Ulcerativa e Cólon Irritável, In: MORAES FILHO, J.A.P. & BETTARELLO, A. **Manual de Gastroenterologia Clínica**, São Paulo, Editora Roca, 1988, p.96-102.
- MURRAY, C.D. - Psychogenic factors in the etiology of ulcerative colitis and bloody diarrhea. **Am.J. Med. Sci.**, 180:239-48, 1930.
- MYERS, J.K.; LINDENTHAL, J.J. & PEPPER, M.P. - Life events and mental status a longitudinal study. **J. Health. Soc. Behav.** 13: 398-406, 1972.
- MYERS, J.K.; LINDENTHAL, J.J. & PEPPER, M.P. - Life events, social integration and psychiatric symptomatology. **J. Health Soc. Behav.** 16:421-427, 1975.
- NEMIAH, J.C. - Alexithymia: theoretical considerations. **Psychother Psychosom.** 28:199-205, 1977.
- NORTH, C.S.; ALPERS, D.H.; HELZER, J.E.; SPITZNAGEL, E.L. & CLOUSE, R.E. - Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? a prospective study. **Ann. Internat. Med.**, 114:381-386, 1991.
- NORTH, C.S.; CLOUSE, R.E.; SPITZNAGEL, E.L. & ALPERS, D.H. - The relations of ulcerative colitis to psychiatric factors: a re- view of findings and methods. **Ann. J. Psychiat.** 8:974-981, 1990.
- NUNES, E.D. - Os eventos de vida: uma revisão. **J. Bras. Psiq.** 32: 31-40, 1983.
- NUNES, E.D. - As contribuições da sociologia para o estudo das doenças mentais. **J. Bras. Psiq.** 41(8):399-406, 1992.
- OSÓRIO, L.C. - O fenômeno psicossomático: uma leitura psicanalítica da linguagem corporal. **Revista Brasileira de Psicanálise.** XXVII, 627-643, 1993.
- PAIVA, C.M. **De crime tanatismo - Psicanálise e Psicossomática**, Rio de Janeiro, Imago, 1981, p.147-289, v.1.

- PALMER, W.L. - Chronic ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 10:767-81, 1948.
- PALMER, W.L.; CRISP, A.H.; STONEHILL, E. & WALLER, S.L.- Psychological characteristics of patients with the irritable bowel syndrome. *Postgr. Med. J.*, 50:416-419, 1974.
- PEARSON, K. **On the theory of contingency and its relation associations and normal correlations.** Drapers'Co. Memoris, Biometric Series nº 1, London, 1904.
- PENNEBAKER, J. & SURMAN, J. - Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Soc.Sci.Med.* 26:327-332, 1988.
- PERESTRELLO, D. **A medicina da Pessoa.** 4. ed., Rio de Janeiro, Atheneu, 1989.
- PFLANZ, M. - Epidemiological and sociocultural factors in the etiology of duodenal ulcer. *Adv. Psychosom. Med.*, 6:121-151, 1971.
- PONTES, J.F. ed. **Curso de Psicologia Médica. Abordagens sócio-psicossomática.** São Paulo, Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas em Gastroenterologia, IBEPEGE, 1987.
- PONTES, J.F. & CAMPOS, J.V.M. **Manual de Gastroenterologia atual do Diagnóstico ao Tratamento.** São Paulo, IGESP-IBEPEGE, Editora Formasa, 1993.
- PONTES, J.F.; CAMPOS, J.V.M. & RODRIGUES, A.L. - Retocolite Ulcerativa Idiopática. In: DANI, R. & CASTRO, L.P. - **Gastroenterologia Clínica**, 2. ed., São Paulo, Guanabara, 1988, 886-907, v.2.
- PRADO, F.C.; RAMOS, J. & VALLE, J.R. **Atualização terapêutica - manual prático de diagnóstico e tratamento.** 15. ed., Artes Médicas, 1991a.
- PRADO, F.C.; RAMOS, J. & VALLE, J.R. - Retocolite Ulcerativa Inespecífica, In: PRADO, F.C.; RAMOS, J. & VALLE, J.R. - **Atualização Terapêutica - Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento**, 15. ed., Artes Médicas, 1991, p.264-265.

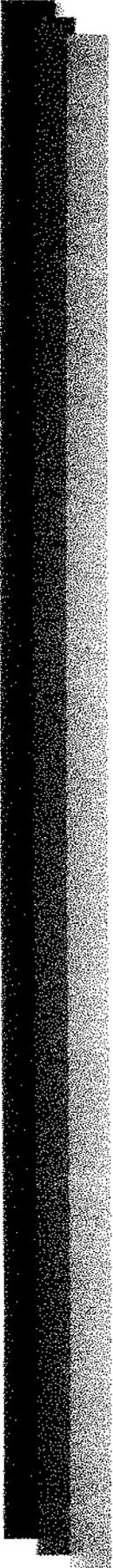
- PROBST, B.; VON WIETERSHEIM, J.; WILKEE & FEIEREIS, H.- (Social integration of Chron disease and ulcerative colitis patients. Study of the relations of somatic, psychological and social factors. **Z. Psychosom. Med. Psychoanal.** 36:258-275, 1990.
- PULLMAN, W.E.; ELSBURY, S.; KOBAYOSHI, M; HAPPEL, A.J.; DOE, W.F. - Enhanced mucosal cytokine production in inflammatory bowel disease. **Gastroenterology.**, 102: 529-537, 1992.
- QUILLICI, F.A. - Doenças inflamatórias do intestino grosso, in: MOREIRA, H. - **Conceitos em coloproctologia**, 1993, 93-123.
- RASKIN, M. - Ulcerative Colitis. In: MANDELL, H. & SPIRO, H. - **When doctors get sick.** New York, Plenum Press, 1987, 201-211.
- ROBERTSON, D.A.; RAY, J.; DIAMOND, I. & EDWARDS, J.G. Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. **Gut.** 30: 23-26, 1989.
- RODRIGUES, A.L. & RODRIGUES, D.M. - **Introdução a história da medicina psicossomática Temas de medicina psicossomática**, 1991, p.3-37.
- ROSENBAUM, M. - Ulcerative Colitis, in: DORFMAN, W. & CRISTOFAR, L. ed. - **Psychosomatic Illness Review**, New York, MacMillan, 1985, 76-89.
- RUBIM de PINHO, A. - Epilepsia e Agressão: Aspectos Psiquiátricos e Criminais. **Rev.Psiquiátrica Clin.** 13(1/4): 28-32, 1986.
- RYAN, W.A.; KELLY, M.E. & FIELDING, J.F. - Personality and the irritable bowel syndrome. **Br. Med. J.**, 76: 140-141, 1983.
- SANDLER, R.S.; DROSSMAN, D.A.; NATHAN, H.P. & McKEE, D.C.- Sympton complaints and health care seeking behavior in subjects with bowel dysfunction. **Gastroenterology**, 87: 314-318, 1984.

- SCHWARTZ, G.E. & WEISS, S.M. - Behavioral medicine revisited: amended definition. **J.Behav.Med.**, 1: 249-252, 1978.
- SELYE, H. - The General adaptation syndrome and diseases of adaptation. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, 6: 117, 1957.
- SELYE, H. - **Stress - A tensão da Vida**, São Paulo, IBRASA, 1965.
- SHAW, L. & EHRLICH, A. - Relaxation training as a treatment for chronic pain caused by ulcerative colitis. **Pain**, 29: 287-294, 1987.
- SHEFFIELD, B.F. & CARNEY, M.W.P. - Crohn's disease: a psychosomatic illness ? **Br.J.Psychiat.**, 128: 446-450, 1976.
- SHORTER, R.G.; HUIZENGA, K.A.& SPENCER, R.J. - A working hypothesis for the etiology and pathogenesis of nonspecific inflammatory bowel disease. **Am. J. Dig. Dis.**, 17: 1024-1032, 1972.
- SIFNEOS, P.E. - The prevalence of alexithymia characteristics in psychosomatic patients. **Psychother. Psychosom.** 22, 1973.
- SIFNEOS, P.E.; APEEL-SAVITZ, R. & FRANKEL, F.N. - The phenomenon of Alexithymia. **Psychother. Psychosom.** 28: 47-57, 1972.
- SILVA, A.F. & CALDEIRAS, G. - Alexitimia e pensamento operatório. A questão do afeto na psicossomática. In: MELLO FILHO, J. - **Psicossomática Hoje**, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- SILVA, M.A.D. - **Quem Ama não Adoece. O papel das emoções na prevenção e cura das doenças**. São Paulo, Editora Best Seller, 1994.
- SMITH, G.R.; MONSON, R.A. & RAY, D.C. - Psychiatric consultation in somatization disorders. A randomized controlled study. **N. Engl. J. Med.** 314:1407-1413, 1986.

- SMITH, R.C.; GREENBAUM, O.S.; VANCOUVER, J.B.; HENRY, R.C.; REINHART, M.A. & GREENBAUM, R.B. - Psychosocial factors are associated with health care seeking rather than diagnosis in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 98:293-301, 1990.
- SPARVOLLI, A.C. - Síndrome do cólon irritável. In: MAGALHÃES, A. F.N., ed - **Manual de Terapêutica em Gastroenterologia**, São Paulo, Ed. Roca, 1990.
- SPERLING, M. - Psychoanalytic study of ulcerative colitis in children. *Psychoanal Quart.*, 15:302-29, 1949.
- STERNBACK, H.A. - Pain and hassles in the U.S. Nuprin Pain Report. *Pain*, 24:69-80, 1986.
- STROBER, W. & JAMES, S.P. - The immunologic basis of inflammatory bowel disease. *J. Clin. Invest.* 6:415-432, 1986.
- SULLIVAN, A.J. - Emotion and diarrhea. *N. Engl. J. Med.*, 214: 299-305, 1936.
- SULLIVAN, A.J. & CHANDLER, A.C. - Ulcerative colitis of psychogenic origin: a report of 6 cases. *Yale J. Biol. Med.*, 4:779-6, 1932.
- SULLIVAN, A.J. - Psychogenic factors in ulcerative colitis. *Am. J. Dig. Dis.*, 2:651-6, 1936.
- SULLIVAN, A.J.; BROWN, W.T. & PREU, P.N. - Ulcerative colitis and the personality. *Am. J. Psychiatr.*, 95:407 - 2-, 1938.
- TALLEY, N.J.; PHILIPS, S.F.; BRUCE, B.; TWOMEY, C.K.; ZINSMEISTER, A.R. & MELTON, L.S. - Relation among personality and symptoms in nonulcer dyspepsia and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 99-327-333, 1990.
- TARTER, R.E.; SWITALA, J. & CARRA, J. - Inflammatory bowel disease: psychiatric status of patients before and after disease onset. *Int. J. Psychiatr. Med.*, 17:173-181, 1987.

- TAYLOR, G.J. - **Psychosomatic Medicine and contemporary psychoanalysis**. International University Press, 1987.
- THOMPSON, W.G. & HEATON, K.W. - Functional bowel disorders in apparently healthy people. **Gastroenterology**, 79: 283-288, 1980.
- THOMPSON, D.J.; LAIDLAW, J.M. & WINGATE, D.L. - Abnormal small bowel motility demonstrated by radiotelemetry in a patient with irritable colon. **Lancet**, 2:1321-1323, 1979.
- THORNTON, S.; McINTYRE, P.; MURRAY-LION, I. & GRUZELIER, J. - Psychological and psychophysiological characteristics in irritable bowel syndrome. **Br.J.Clin.Psychol.** 29: 343-345, 1990.
- WALD, A.; HINDS, J.P. & CARUANA, B.T. - Psychological and physiological characteristics of patients with severe idiopathic constipation. **Gastroenterology**, 97: 932-937, 1989.
- WALKER, E.A.; KATON, W.J.; JEMELKA, R.P. & ROY-BRYNE, P.P. - Comorbidity of gastrointestinal complaints, depression and anxiety in the epidemiologic catchment area (ECA) study. **Am.J.Med.** 92:268-308, 1992.
- WALKER, E.A.; ROY-BRYNE, P.P.; KATON, W.J.; LI, L.; AMOS, D. & JIRANEK, G. - Psychiatric illness and irritable bowel syndrome: a comparison inflammatory bowel disease. **Am.J.Psychiatry**, 147:1656-1661, 1990.
- WELGAN, P.; MESHKINPOUR, H. & BEELER, M. - Effect of anger on colon motor and myoelectric activity in irritable bowel syndrome. **Gastroenterology**, 94: 1150-1156, 1987.
- WELGAN, P.; MESHKINPOUR, H. & HOEHLER, F. - The effect of stress on colon motor and electrical activity in irritable bowel syndrome. **Psychosom. Med.**, 47: 139-149, 1985.
- WEST, K.L. - MMPI correlates of ulcerative colitis. **J. Clin. Psychol.**, 26: 214-229, 1970.

- WHITEHEAD, W.E.; CROWELL, M.D.; COSTA, P.T.; ROBINSON, C.; HELLER, B.R. & HUSTER, M.M. - Existence of irritable bowel syndrome supported by factor analysis of symptoms in two community samples. **Gastroenterology**, 98: 336-340, 1990.
- WHITEHEAD, W.E. & SHABSIN - Psychological characteristics of patients with gastrointestinal disorders. In: SWEET, J.J.; ROSENSKY, R.H. & TOVIAN, S.M. - **Handbook of clinical Psychology in Medical Settings**. Plenum Press, New York and London, 1991, p.517-537.
- WHITEHEAD, W.E.; WINGET, C.; FEDORAVICIUS, S.S.; WOOLEY, S. & BLACKWELL, B. - Learned illness behavior in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer. **Dig. Dis. Sci.**, 27:202-208, 1982.
- WITTKOWER, E. - Ulcerative colitis: personality studies. **Br.Med. J.**, 21: 356-60, 1938.
- WOLF, S. & ALMY, A.P. - Experimental observations of cardiospasm in man. **Gastroenterology**. 13, 401-421, 1949.
- WOLF, S. & WOLFF, H.G. **Human gastric function: an experimental study of man and his stomach**, 2. ed., New York, Oxford University Press, 1947.
- WOLFF, H.G. - Life stress and bodily changes. A formulation In: WOLFF, H.G. **Life stress and bodily disease**. Baltimore, Williams and Wilkins, 1950.
- YEOMANS, F.C. - Chronic Ulcerative Colitis. **JAMA**, 77: 2043-2048, 1921.



9. Anexos

ANEXO 1
Roteiro da História de Vida

ESQUEMA DA HISTÓRIA DE VIDA

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Sexo:

Cor:

Estado Civil Atual:

Grau de Escolaridade:

Ocupação Atual:

Naturalidade:

Procedência:

Religião ou Crença:

II. HISTÓRIA LIVRE DE VIDA

- Rígido: a) Sim ()
b) Não ()

- Perseverante: a) Sim ()
b) Não ()

- Tímido: a) Sim ()
b) Não ()

- Ciumento: a) Sim ()
b) Não ()

- Emocionalmente controlado: a) Sim ()
b) Não ()

- Franco: a) Sim ()
b) Não ()

- Calado: a) Sim ()
b) Não ()

- Tolerante: a) Sim ()
b) Não ()

- Perfeccionista: a) Sim ()
b) Não ()

- Auto-crítico: a) Sim ()
b) Não ()

III. ANTECEDENTES PESSOAIS

A) Condições de Nascimento

- Parto a termo: a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

- Parto Normal: a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

- Alimentação Materna:
(primeiros 6 meses) a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

B) Desenvolvimento Inicial

- Criança Frágil: a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

- Idade de dentição:
- Idade do início da fala:
- Idade do início do andar:
- Idade do controle esfinteriano para a micção:
- Idade do controle esfinteriano para a evacuação:

C) Sintomas Neuróticos da Infância

- Terrores Noturnos: a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

- Sonambulismo: a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

- Solilóquio: a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

- Crises de Birra: a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

- Enurese noturna: a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

- Encoprese: a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

- Chupar os dedos: a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

- Roer as unhas a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

- Caprichos Alimentares: a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

- Gagueira: a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

- Estado de Medo:
(citá-los) a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

- Criança Modelo:
(positivo ou negativo) a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

D) Saúde Durante a Infância

- Infecções: a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

- Quais infecções (citá-las):

- Convulsões: a) Sim ()
b) Não ()
c) Desconhecido ()

- Em que condições teve convulsões:
a) Febre ()
b) Traumatismo Craniano ()
c) Outros (especificar) ()

- Conseqüências destas doenças no desenvolvimento
(Citá-las):

- Folgedos: a) Sim ()
 b) Não ()
 c) Desconhecido ()

- Quais folgedos (brincadeiras, jogos infantis)
(Citá-los)

E) Escola

- Idade de Início:
- Idade de Término:

- Padrão Alcançado: a) Ótimo ()
 b) Bom ()
 c) Regular ()
 d) Péssimo ()

- Habilidades nas matérias escolares (Citá-las):

- Inabilidades nas matérias escolares (Citá-las):

- Relacionamento com os colegas:
 - a) Arrogância ()
 - b) Submissão ()
 - c) Companheirismo ()
 - d) Outros (Citá-los) ()

- Apelidos adquiridos na infância (Citá-los):

- Sentimentos em relação aos apelidos:
 - a) Alegria ()
 - b) Raiva ()
 - c) Tristeza ()
 - d) Indiferença ()
 - e) Outros ()

F) Ocupações

- Idade em que começou a trabalhar:

- Empregos em ordem cronológica:

- Satisfações no último emprego:
 - a) Sim ()
 - b) Não ()
 - c) Nenhum destes ()

- Motivos de satisfações (ou insatisfações) citá-los:

- Ambições:
 - a) Sim ()
 - b) Não ()
 - c) Nenhum destes ()

- Quais ambições (Citá-las):

G) Tendência e práticas sexuais

- Onde foram adquiridas as primeiras informações sexuais?
 - a) em casa ()
 - b) na escola ()
 - c) na rua ()
 - d) outros (Citá-los):

Em casa (com familiares aptos a orientar)

Na escola (com educadores)

Na rua (com colegas ou em prostíbulos)

Outros (revistas, filmes, igreja)

- Pratica masturbação atualmente:
 - a) Sim ()
 - b) Não ()
 - c) Não quis responder ()

- Idade de início de práticas masturbatórias:

- Já teve experiências homossexuais após a puberdade:
 - a) Sim ()
 - b) Não ()
 - c) Não quis responder ()

- Já teve experiências heterossexuais:
 - a) Sim ()
 - b) Não ()
 - c) Não quis responder ()

- Idade de início de práticas heterossexuais:

- Se pratica, como vivencia suas relações heterossexuais:
 - a) Com satisfação ()
 - b) Com insatisfação ()
 - c) Com indiferença ()
 - d) Não quis responder ()

- Tem prazer sexual atualmente:

- a) Sim ()
- b) Não ()
- c) Não quis responder ()

H) Vida Conjugal:

- Duração do conhecimento antes do casamento:

- Idade ao se casar:

- Compatibilidade de gênios:

- a) Sim ()
- b) Não ()

- Brigas freqüentes:

- a) Sim ()
- b) Não ()
- c) Outras respostas ()

I) Filhos:

- Quantos:

- Idade destes:

J) Antecedentes Mórbidos nos últimos dez anos

- Doenças Gerais (Citá-las):

- Cirurgias (Citá-las):

- Acidentes (Citá-los):

- Doenças Mentais: a) Sim ()
b) Não ()

- Data das crises psíquicas e duração destas:

- Sintomas e sinais das doenças mentais (citá-las):

- Tratamento recebido: Hospitalização ? Medicamentos ?
Doses e duração da terapêutica. Psicoterapia ?

IV. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE

- Dependência afetiva de familiares e amigos:
a) Sim ()
b) Não ()

- Liderança: a) Sim ()
b) Não ()

- Organização: a) Sim ()
b) Não ()

- Metódico: a) Sim ()
b) Não ()

- Agressivo: a) Sim ()
b) Não ()

- Submisso: a) Sim ()
b) Não ()

- Ambicioso: a) Sim ()
b) Não ()

- Lazer: a) Sim ()
b) Não ()

- Alegre: a) Sim ()
b) Não ()

- Calmo: a) Sim ()
b) Não ()

- Otimista: a) Sim ()
b) Não ()

- Auto-depreciativo: a) Sim ()
b) Não ()

- Humor estável: a) Sim ()
b) Não ()

- Perturba-se facilmente pelas responsabilidades:
a) Sim ()
b) Não ()

- Toma decisões com facilidade:
a) Sim ()
b) Não ()

- Crítico com os outros: a) Sim ()
b) Não ()
- Egoísta: a) Sim ()
b) Não ()
- Tolera bem as frustrações: a) Sim ()
b) Não ()
- Preguiçoso: a) Sim ()
b) Não ()
- Fadigamento fácil: a) Sim ()
b) Não ()
- Caprichos Alimentares: a) Sim ()
b) Não ()
- Consumo alcoólico: a) Sim ()
b) Não ()
- Quanto bebe por dia (especificar):
a) Pouco (1 a 2 copos) ()
b) Moderado/muito (3 a 5 copos, 1 litro ou mais) ()
c) Não bebe diariamente ()
d) Não bebe ()

ANEXO 2
Escala de Beck para depressão

ESCALA DE BECK PARA DEPRESSÃO

Cada item, com os diversos sub-itens, deve ser lido pelo experimentador, à vista do paciente. Este deve escolher o sub-item que melhor corresponda ao seu estado, quando da entrevista. Todos os itens 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 tenho 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 fracasei 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 sou um verdadeiro fracasso (como pai, marido, filho)

(4)

- 0 - eu não estou insatisfeito
- 1 - eu me sinto chateado a maior parte do tempo
- 1b - eu não tenho prazer nas coisas, como 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 em que 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 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 costumava
- 1 - eu choro mais agora do que antes
- 2 - atualmente eu choro sempre. Eu não consigo parar
- 3 - eu costumava 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 por outras pessoas e não ligo para elas
- 3 - eu perdi todo o meu interesse por 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 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 empurrar-me para fazer alguma coisa
- 3 - eu não consigo trabalhar

(16)

- 0 - eu consigo dormir tão bem como antes
- 1 - eu acordo de manhã mais cansado que antes
- 2 - eu acordo uma ou duas horas antes do que costumava e fica difícil voltar a dormir
- 3 - eu acordo muito cedo todo dia e não consigo dormir mais que cinco 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 antes
- 1 - meu apetite não está tão bom agora como costumava ser
- 2 - meu apetite está muito pior
- 3 - eu não tenho mais apetite algum

(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, disenteria, 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 pelo sexo

ANEXO 3
Escala de Traços e de Comportamentos
de Agressividade

ESCALA DE TRAÇOS E DE COMPORTAMENTOS DE AGRESSIVIDADE

I. ANSIEDADE	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. DEPRESSÃO	SIM	NÃO
a) sente-se infeliz	()	()
b) sente-se 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 ressentimento e despeito (mágoa)	()	()
b) não erra jamais e critica facilmente os outros por seus erros	()	()
c) já cometeu agressões 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) está 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)	()	()
f) tonturas	()	()
g) crises nervosas histeriformes (contrações do corpo, adormecimento de membros)	()	()
VI. INTROJEÇÕES	SIM	NÃO
a) tiques	()	()
b) rói 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 tendência a se ligar excessivamente (viscosamente) às pessoas	()	()
g) tem sonhos de violência, de destruição	()	()

ANEXO 4

Histórias Livres de Vida dos Pacientes com RCUI e SII

HISTÓRIA LIVRE DE VIDA

- R.C.U.I. -

CASO 1: A.L.B.C., 41 anos, fem., separada, natural de Guaíçara/SP, procedente de Limeira/SP, 1º Grau incompleto, faxineira, católica.

Há três anos surgiram os primeiros sintomas da RCUI. O primeiro episódio começou em sua residência, sendo necessário a internação hospitalar.

Referiu que o início do quadro clínico foi desencadeado após seis meses do episódio de abandono do marido, que foi viver com a amante. Na época, a paciente exercia a função de empregada doméstica e residia em Campinas.

Sabia que o marido mantinha relacionamento extra-conjugal há cinco anos, aproximadamente, porém, não tomava qualquer atitude contra a situação.

A dificuldade de vida conjugal começou desde 1981, pois o marido era ambicioso e assumia dívidas, com a intenção de subir na vida. Porém, perderam tudo. O marido ficou dois anos desempregado. Não tinham relacionamento sexual.

A mãe da paciente tem 72 anos, problemas de saúde e sempre morou com o casal. O pai faleceu há trinta anos, foi assassinado. Era alcoólatra. Os pais se separaram quando a paciente tinha 10 anos e nesta época, foram ela e os irmãos morar com a mãe, em Limeira.

A paciente lembra de um episódio traumático em sua vida: O pai, que estava alcoolizado e discutia com a mãe, pegou uma faca e a mãe enfrentou-o, fazendo ameaças, com uma jura de morte. Após um ano, o pai foi assassinado. A paciente culpou a mãe por "ter jogado uma praga contra o pai". Na época, tinha 14 anos e lembrou que quinze dias antes da morte do pai, teve uma "visão": *"Um homem veio na minha direção e sacou três facadas no meu pai, que gritou e caiu em cima de mim, na minha cama"*. Acredita que essa visão fora um aviso. Após o falecimento do pai, ficou dez dias seguidos chorando. Relatou que o pai foi assassinado num baile com três facadas, após uma discussão com um amigo.

Na infância, lembra que foi educada por uma tia e avó materna, porque sua mãe vivia internada em hospitais. Com 4 anos a mãe lhe ensinava serviços domésticos, avalia não ter tido uma infância feliz.

Casou-se com 16 anos. Possui duas filhas, de 22 e 13 anos, respectivamente. Refere que a mais nova é estranha, não faz amizades, é fechada, esconde-se em casa, não ajuda nos serviços domésticos. Cobra da filha ajuda e pergunta se deseja ir embora com o pai. Disse que a

filha sente falta dele e sente-se rejeitada. A de 22 anos é amasiada há um ano e meio, tem uma filha de um ano. Não tem bom relacionamento conjugal.

Acredita que teve uma educação rígida, começou a trabalhar cedo, tendo responsabilidades e desenvolveu mania por ordem e limpeza. Até hoje levanta cedo, para arrumar a casa e deixá-la "impecável". *"Estou me acabando com essa mania de ordem, fui sempre muito nervosa"*.

Há nove anos, a paciente está amasiada, mas não se sente satisfeita.

CASO 2: L.T., 23 anos, masc., solteiro, natural e procedente de Iracema/PA, 1º Grau incompleto, agricultor, católico.

Início do quadro clínico há aproximadamente, três anos. Os sintomas começaram no final do ano, época em que abandonou a atividade escolar, retomada há um ano.

Desde a época do desenvolvimento da doença, isolou-se do contato social. *"Afasto-me dos amigos, porque fico nervoso e com medo de ter diarreia"*. Refere episódios de ter sujado a roupa em público. Há três anos não sente prazer em nada, não mantém atividades de lazer.

"Não esqueço mais do meu problema. Sempre fui fechado, quieto, com dificuldade de brigar e ainda peguei essa doença... Estragou mais ainda... Não gosto de ser quieto, acho que pussei meu pai. Estou sempre escondido no meu canto, com vergonha, acho que vou atrapalhar"

"Antes tinha namorada, agora, por causa da doença não consigo mais namorar"

"Tenho medo de sair à rua, sempre acho que vou ter diarreia e não consigo sair mais de casa. Minha mãe me aconselha a sair e esquecer a doença. Não consigo".

Reside com uma irmã, tem poucas amizades, fica sozinho em casa, assistindo à TV. Tem um sonho de voltar a ter amigos, de mudar seu jeito e mudar de vida:

"Acho que não consigo, acho que não tem remédio"

Desde a infância, tinha dificuldade de relacionamento social. Abandonou os estudos porque não aceitava suas dificuldades e limitações. Atualmente arrepende-se de ter parado de estudar. Deseja deixar o campo, mas tem medo porque não tem escolaridade.

Não mantém relacionamento sexual, em função da doença. Sempre teve dificuldade de relacionar-se com o sexo oposto.

"Sou muito tímido. Não consigo fazer algo sozinho, sempre peço opinião para colegas, irmão, mãe. Sou muito inseguro, tímido. Fico nervoso, mas não consigo colocar para fora"

O pai faleceu há seis meses de enfarte, de forma súbita.

"Foi muito difícil a aceitação, não deu tempo para raciocinar"

A mãe tem 57 anos e revela-se, segundo o paciente, preocupada, controladora e superprotetora.

Paciente é o irmão caçula de uma prole de quatro filhos.

CASO 3: J.M.J.A., 55 anos, fem., casada, natural de Jequitibá/BA e procedente de Sumaré/SP, 1º Grau incompleto, do lar, pentecostal.

Início de um quadro diarréico, após o casamento. Piora dos sintomas intestinais e desenvolvimento do quadro de RCUI, após crises conjugais. Começou acompanhamento médico na UNICAMP, em 1984.

Paciente referiu relacionar o agravamento da doença com seu estado emocional ("nervoso", discussão com o marido). Disse que o marido não lhe dá atenção, não a acompanha nas consultas médicas.

A mãe da paciente faleceu quando a mesma tinha 2 anos de idade, durante um trabalho de parto. O pai casou-se, novamente, um ano depois e faleceu em 1992, com 104 anos. A paciente tem bom relacionamento com a madrasta, que, atualmente encontra-se com 85 anos. Possui uma irmã, hoje com 54 anos.

Viveu a infância na roça. Quando criança era tímida, com dificuldade de fazer novas amizades, não tinha iniciativa. Avalia-se desde essa época como prestativa, trabalhadora. Com 14 anos, saiu da Bahia e veio para São Paulo, em companhia de tios. Iniciou trabalho numa fazenda, aos 15 anos e, após dois anos, conheceu o atual marido. Chamou o pai, a madrasta e a irmã para seu casamento e todos acabaram fixando-se em São Paulo. Casou-se aos 17 anos, teve onze filhos, totalizando seis homens e cinco mulheres, dois faleceram: um menino com sete dias, de tétano e uma menina, aos 10 anos, de meningite, em 1971.

Após dois anos de casamento, descobriu que o marido mantinha relacionamentos extra-conjugais. Começaram a brigar, o marido era agressivo e a agredia fisicamente.

Há quatro anos, piorou o relacionamento conjugal, dormem em camas separadas e o marido continua com relacionamentos extra-conjugais.

Apesar de conhecer o comportamento do marido, a paciente não adotou uma atitude para a separação. Alegou que ele não aceita o divórcio.

Referiu ficar muito "nervosa", em função dos problemas conjugais, desenvolvendo distúrbio de sono e sintomas neurovegetativos, indicativos de um quadro de ansiedade. Disse ter vontade de abandonar o marido e ir para outro lugar e depois não tem coragem e se obriga a ficar aqui, agüentando tudo (SIC).

Atualmente, conversa com as filhas, quando fica muito nervosa, mas não consegue resolver seus problemas e sente-se desanimada e insatisfeita. O único lugar em que se sente alegre é a Igreja.

CASO 4: J.B.M., 27 anos, masc., casado, natural de Quirinópolis/GO e procedente de Sumaré/SP, 1º Grau incompleto, pedreiro, pentecostal.

Início dos primeiros sintomas em 1992. No momento do primeiro surto da doença, encontrava-se em sua residência com a família. No período de agravamento do quadro clínico, emagreceu quinze quilos, em dez dias. Disse ter sido muito difícil. Referiu que a esposa demonstrou-se indiferente em relação à doença, mas ficou preocupada com o fato de estar desempregado.

Não associa o desencadeamento das crises diarréicas a eventos estressantes de vida.

O pai tem 67 anos e a mãe 57. O paciente é o 7º filho de uma prole de dez irmãos, sendo seis do sexo masculino e cinco do sexo feminino.

Segundo o paciente, possui uma semelhança física e de temperamento com o pai, sendo este uma pessoa "fechada" e "nervosa". Era alcoólatra e desenvolveu um quadro de epilepsia reativo ao alcoolismo. Atualmente o pai mantém-se afastado do paciente. A mãe é mais próxima e possui uma postura passiva e conformista diante da vida.

Referiu ter uma infância "difícil", desde 8 anos trabalhava na roça. Foi uma criança tímida e submissa. Casou-se após um ano de namoro, porque a noiva estava grávida. Atualmente tem dificuldade de relacionamento conjugal. Possui dois filhos, um menino de 6 anos e uma menina de um ano e dez meses.

Desde criança a mãe estimulou sua participação na vida religiosa. Depois do casamento, deixou de participar ativamente da igreja. Há quatro anos, voltou a ser adepto, porque disse que sua vida estava muito difícil e acredita que sua única esperança é Jesus.

CASO 5: A.D.O., 36 anos, masc., casado, natural de Moruntinga do Sul/PR, procedente de Sumaré, 1º Grau incompleto, motorista, católico.

Início do quadro clínico há seis anos. Na época havia mudado de residência. Piora das crises diarreicas há dois anos e meio, necessitando internação hospitalar e abandono do emprego.

Referiu não saber porque desenvolveu a doença. Questiona se fez algum mal para alguém. No entanto, disse que quando se encontra "nervoso", agrava-se o quadro diarreico.

Atualmente referiu que o trabalho lhe traz preocupação. Exige demais de si mesmo, sendo perfeccionista. Quando algo foge de seu controle, fica "nervoso", não gosta de deixar nada para o dia seguinte. Referiu ser muito responsável e ter dificuldade de se expressar. Refere ser "nervoso por dentro", com sentimentos negativos.

É o segundo filho de uma prole de cinco irmãos, sendo dois do sexo masculino e dois do sexo feminino.

O pai tem 64 anos e a mãe faleceu há três anos. Esta sempre teve problemas de saúde, sobretudo gastrintestinais. Passou por diversas cirurgias e teve três AVCs. Referiu ser apegado à mãe e sofreu muito com sua morte.

Residiam na roça, tinham dificuldades financeiras. Disse ter sido uma criança educada e submissa aos desejos dos pais.

Casou-se após dois anos de namoro, aos 22 anos e continuou residindo na casa paterna, por três anos e referiu ter sofrido com a separação dos pais. Possui dois filhos, uma menina de 13 anos e um menino de 10.

Depois de um ano da morte da mãe, vieram do Paraná para São Paulo, onde permanece até o momento atual.

CASO 6: A.M.S.L., 43 anos, fem., casada, natural de Barretos/SP, procedente de Vinhedo/SP, 1º Grau incompleto, empregada doméstica, católica.

Início dos sintomas gastrintestinais em 1976, após uma gravidez problemática. Referiu ter ficado muito nervosa porque não esperava ter engravidado. Disse ter ficado "com raiva", não aceitava ter outro filho. Durante esse período permaneceu na casa dos pais. Após seis anos, foi diagnosticado a RCUI.

Desde 1983, realiza tratamento na UNICAMP.

Referiu que os médicos afirmam que seu problema "colite" é consequência de seu "nervoso".

É a sétima de uma prole de doze irmãos, sendo dez do sexo masculino e um do sexo feminino. Faleceram dois irmãos.

Disse ter sido sempre doente, nasceu com "semioto" e depois teve muita diarreia.

Foi uma criança modelo, nunca mentiu para a mãe (SIC).

Aos 10 anos, começou a ter distúrbio de sono e pesadelos. Sonhava que estava afogando-se em um rio ou que estava no chão morta. Sentia-se insegura, mas não chamava pelos pais, não gritava, mesmo após os pesadelos.

Começou a trabalhar na roça aos 7 anos de idade.

O pai tem 78 anos e a mãe 79. Disse que a mãe nunca lhe deu atenção e era muito rígida, utilizando de punições físicas para educar. Referiu que a mãe sempre desconfiou dela, chamava-a de mentirosa. Essa desconfiança a deixava muito nervosa, porque não podia responder ou se defender.

O pai não a punia fisicamente e não sabia que a mãe adotava esse comportamento rígido na educação, segundo a paciente.

Casou-se aos 25 anos. Possui um bom relacionamento conjugal. Tem dois filhos, um menino de 17 anos e uma menina de 16.

Conta que teve dificuldade para engravidar. Após um ano de casamento, sofreu um aborto. Disse que o médico foi o culpado, porque não tinha detectado a gravidez. Andou tomando medicação abortiva, em função das dificuldades na gestação.

Quando estava grávida do primeiro filho, sonhou que o tinha dado e acordou gritando. Tinha medo de perder a criança, à noite não se mexia na cama, tinha medo de dormir, assustava-se com sombras e com o escuro.

Disse que o menino nasceu "nervoso". Fazia muita birra e teve crises convulsivas, necessitando de tratamento até 4 anos.

Na segunda gravidez, ficou muito nervosa, não desejava a criança, momento em que desenvolveu o quadro clínico.

Paciente referiu não ter atividade de lazer .

"Minha vida é só trabalho!"

Disse que é calma, não estoura, segura os nervos, não gosta de chorar, nunca fica zangada (SIC).

CASO 7: C.J.S., 36 anos, masc., solteiro, natural e procedente de Sumaré/SP, 1º Grau incompleto, operário, católico.

A doença surgiu em 1991. A primeira crise ocorreu no trabalho. Na época, estava muito "nervoso". Seus colegas de trabalho observaram seu emagrecimento e comentavam sobre a possibilidade de estar com AIDS. Em função do emagrecimento causado pela doença, ficou ainda mais "nervoso". Começou a se sentir discriminado. Referiu que as pessoas se afastavam, tinham preconceito. Permaneceu quatro meses com essa problemática, depois começou o tratamento médico e engordou. Disse não ter "tomado satisfação" com os colegas que o discriminavam.

O paciente é o sexto de uma prole de dez irmãos, sendo cinco do sexo masculino e cinco do sexo feminino. O pai faleceu há quatro anos com a idade de 74. Era alcoólatra e desenvolveu quadro de cirrose hepática. Quando bebia, tornava-se agressivo, agredia fisicamente sua mãe.

A mãe está com 68 anos. Segundo o paciente sempre foi uma "sombra". Quando o pai voltava bêbado, ele se trancava no quarto e mandava os filhos saírem de casa, para não provocar o pai. Referiu ser muito apegado à mãe. Preocupa-se e não fosse a consideração a ela, teria saído de casa. Disse que, atualmente, reside com a mãe e três irmãos. Acha que não deve casar-se porque tem medo de deixá-la sozinha. Nunca teve uma namorada firme.

Viveram na roça e mudaram-se para a cidade há quinze anos. Começou a trabalhar, como operário, com esta idade.

CASO 8: C.D.F., 29 anos, fem., solteira, natural de São Jorge/PA, procedente de Hortolândia/SP, 1º Grau completo, operária, católica.

Início do quadro de RCUI, em 1985. Antes dos sintomas típicos da doença, apresentou um quadro de hepatite, anemia, seguido de cólicas intestinais, diarreia, cefaléia, febre e perda de peso. Atualmente possui períodos de remissão de seis meses, aproximadamente. Refere não associar o agravamento de seu quadro a eventos estressantes e/ou traumas emocionais. No entanto, disse que exacerbam os sintomas entre o Natal e o Ano Novo. Mas não sabe o motivo.

Quando a mãe da paciente estava grávida da mesma, de quatro meses, separou-se do pai. Na época em que tinha 5 anos, sua mãe casou-se novamente e a paciente ficou com os avós maternos.

A paciente é filha única e não conheceu o pai verdadeiro. Referiu que sempre teve vontade de conhecê-lo, porém seus avós não permitiram. Disse que sentiu falta da mãe, mas escolheu continuar vivendo com os avós.

Disse que a doença restringe sua vida e desencadeou mudanças de hábitos e comportamentos.

Referiu ter sido uma criança insegura, tinha pesadelos durante a noite, tinha bom relacionamento social. Começou a trabalhar aos 15 anos, como operária.

Atualmente trabalha e mantém vida social ativa, embora nunca tenha tido um relacionamento afetivo estável com o sexo oposto.

CASO 9: E.S.P., 31 anos, fem., amasiada, natural de Helvécia/BA, procedente de Campinas, 2º Grau completo, desempregada, sem religião.

Há aproximadamente três anos, iniciou com um quadro de sangramento anal. Achava que eram hemorróidas. Associou a intervenção médica (colonoscopia) à piora do quadro e início da diarreia. Acompanhando os sintomas da doença há um quadro de sensação de paralisia dos membros inferiores e dores no corpo todo.

Referiu que, há três anos, passou por um período de estresse emocional. Encontrava-se em conflito com a mãe e estava trabalhando em excesso no Banco (de 12 a 15 horas por dia). Sentia-se muito pressionada, trabalhava sob tensão. Acha que criou sua doença (SIC).

Disse que com o início da enfermidade, alterou seus hábitos e comportamentos.

"Atrapalhou tudo. Não consigo mais trabalhar, fazer atividades físicas e ter uma vida social. Não sou capaz de fazer mais nada, acho que estou morrendo, sinto-me fracassada. Não agüento mais ficar em casa"

O pai faleceu há vinte anos, quando a paciente tinha 10 anos. Disse ter sido um bom pai, não batia.

A mãe tem 65 anos, atualmente. Era mais enérgica, severa. Utilizava de punição física. Referiu que uma irmã, que era desobediente, apanhava muito. A própria paciente não apanhava porque era obediente e não dava motivos.

É a quinta de uma prole de dez filhos.

Há dois anos encontra-se amasiada.

Disse dominar a relação com o marido e não tem prazer sexual.

Paciente referiu que, há um ano, foi encaminhada para fazer psicoterapia. Fez durante dois meses. Referiu ser uma pessoa "fechada", guardando seus problemas para si própria.

Disse não depender das pessoas, que aprende a viver sozinha.

É metódica, planeja o dia antes de levantar, é nervosa "por dentro", porém, não consegue desabafar, só chora. Quando piora o quadro clínico, fica depressiva. Não gosta de ser criticada ou cobrada.

CASO 10: G.P.P., 33 anos, masc., solteiro, natural de Umuarama/PA, procedente de Campinas, 1º Grau incompleto, desempregado, católico.

O diagnóstico da RCUI foi realizado em 1989. Iniciou com sangramento anal seguido de um quadro diarréico. Na época estava trabalhando numa firma como servente geral.

O pai tem 73 anos e a mãe 66. É o segundo, de uma prole de seis irmãos. Moraram na roça até o paciente ter completado 15 anos. Referiu que o pai trabalhava muito e era calmo. A mãe sempre foi muito "nervosa" e enérgica.

Referiu que na sua infância não teve muito tempo para brincar, porque precisava trabalhar na roça. Tinha dificuldade no relacionamento com colegas. Quando se mudou para a cidade, aos 15 anos, encontrou dificuldade de adaptação, para conseguir fazer amizades ou fixar-se num emprego. Disse ter dificuldade de se relacionar com o sexo oposto. É tímido e nunca manteve um relacionamento mais profundo e prolongado.

Disse ser uma pessoa "irritada por dentro".

"Acho mais prático engolir porque não podemos falar tudo o que pensamos"

Sente-se uma pessoa sozinha. Em função de sua dificuldade de relacionamento, conseqüente à introversão, disse ter iniciado o vício do álcool. Atualmente parou porque os médicos o aconselharam.

Referiu que seu maior problema atual é não conseguir uma namorada.

CASO 11: H.J.L., 25 anos, masc., solteiro, natural e procedente de Campinas, 2º Grau completo, vendedor autônomo, católico.

O quadro de RCUI foi precedido por um quadro de gastrite "nervosa", há dois anos.

Na época estava desempregado e, conseqüentemente, referiu estar tenso e nervoso. Há um ano realiza acompanhamento médico na UNICAMP. Foi submetido a uma cirurgia há seis meses (cisto epidídimo).

O pai tem 54 anos e a mãe 49. Filho mais novo de uma prole de três irmãos.

Disse que o pai era enérgico, rígido na educação e a mãe mais compreensiva, sendo mais apegada a ele. Reside com os pais.

Contou que namora há quatro anos e está programando o casamento. Referiu sentir-se "nervoso" e ocasionar "frio na barriga".

CASO 12: LP.G., 34 anos, masc., casado, natural de São Paulo e procedente de Rio Claro, 1º Grau incompleto, motorista, sem religião.

O início do quadro diarréico ocorreu há três anos, aproximadamente. Pensou que fossem hemorróidas. Procurou auxílio médico.

O médico não realizou o diagnóstico de RCUI. Diagnosticou um quadro de colopatia funcional. Os sintomas persistiram e foi procurar outro médico.

Na época estava desempregado. Disse que o médico não resolveu seu problema novamente, acredita ser porque não tinha dinheiro.

Em função disso, ficou um período sem procurar tratamento. Desenvolveu, no mesmo período um quadro de artrite reumatóide e anemia. Disse ter "perdido a esperança de melhorar". Foi encaminhado para um gastroenterologista, na UNICAMP, que diagnosticou RCUI em atividade, em 1992.

Referiu que há, aproximadamente sete anos, foi diagnosticada úlcera duodenal. Na época estava trabalhando numa empresa e sentia-se pressionado, com dificuldade de tratar com o público. Disse que tinha problemas no emprego, mas sempre "guardou os sentimentos e a tensão". Sente que quando está nervoso, desencadeia dores no corpo, principalmente no estômago. Atualmente, sente nervosismo, que repercute, sobretudo, no intestino, ocasionando crises diarréicas. Disse que quando tem que fazer "pagamento", tem vontade de ir ao banheiro, por necessidade fisiológica.

O pai tem 63 anos e a mãe 59. É o segundo de uma prole de três irmãos. Referiu ter tido uma educação rígida. Tinha poucos amigos.

Está casado há nove anos. Sua mulher tem 34 anos, empregada doméstica. Tem três filhos, um menino de 7 anos, uma menina de 4 e o caçula, de um ano.

CASO 13: J.A.O., 49 anos, masc., casado, natural de Salvador/BA e procedente de Hortolândia/SP, 1º Grau incompleto, mecânico, católico.

Em 1988 iniciou um quadro de ansiedade, insônia, perda de peso, acompanhado de distúrbios intestinais (diarréia com sangue). Na época tinha perdido o emprego.

Em 1989 o quadro diarréico agravou-se, sendo necessária internação hospitalar. Nesta época foi diagnosticado RCUI no Hospital da Clínicas - UNICAMP. Referiu que se sentia muito fraco e com a exacerbação da doença houve repercussão negativa no seu trabalho, relacionamento social e conjugal.

Após o tratamento medicamentoso, permaneceu num período de remissão da doença até 1991. Neste ano, o quadro intensificou-se, associado a outros, de ansiedade ("irritabilidade, nervosismo e tensão emocional"). Foi solicitada uma interconsulta psiquiátrica. A queixa inicial foi insônia e irritabilidade. Durante a entrevista, verbalizou que sempre foi "nervoso", mas se controlava, "guardava o nervoso para dentro", havendo piora desde a perda do emprego em 1988. Há três meses, referiu que os problemas se agravaram, em função da dificuldade de relacionamento conjugal (a mulher se esquivava da relação sexual) e problemas financeiros. Foi levantada a hipótese de estado de ansiedade e encaminhado para fisioterapia, sendo medicado com Rohypnol - 2mg.

Paciente associa a piora do quadro clínico a problemas financeiros e conjugais. Em 1991, foi também encaminhado para um reumatologista, em função de um quadro de dores articulares (coluna). Foi diagnosticada lombalgia crônica e prescrito Fisioterapia e Indocid.

É o oitavo de uma prole de onze filhos. Atualmente, vivem sete irmãos. O pai faleceu há nove anos, com 90 anos, por insuficiência cardíaca e a mãe faleceu logo após a morte do marido, também por problemas cardíacos. Referiu ter sido mais apegado à mãe e esta sempre adotava uma atitude superprotetora.

CASO 14: J.A.S.S., 43 anos, masc., casado, natural de Pouso Alegre/MG, procedente de Campinas, 2º Grau completo, gerente de drogaria, católico.

Os sintomas iniciais característicos do quadro de RCUI ocorreram em 1989. Foi uma crise passageira, segundo o paciente. Na época, era proprietário de uma lanchonete. A recidiva da doença ocorreu em 1991, ocasionando internação hospitalar.

No final de 1990, teve uma crise financeira e precisou vender a lanchonete.

"Parece que o mundo desabou!"

Na mesma época, sua esposa, grávida do segundo filho, descobriu que tinha uma amante e contou para a sogra. Começou uma crise conjugal, estava sendo ameaçado pela mulher de ficar sem a posse do filho e tinha medo de perdê-lo. Sua mãe ficou extremamente abalada e decepcionada. Isto o deixou muito deprimido.

"Senti grande culpa por ter aborrecido minha mãe. Ela sempre cuidou tanto de mim"

Depois de três meses do nascimento do filho, em 1991, teve essa recidiva importante da doença.

"Fiquei doente, entrei numa decadência física e moral, estava numa fase negra. Acho que em todo esse período não reagi, fiquei guardando os sentimentos, sentindo pressão, até que provoquei a doença"

O pai tem 67 anos, é lavrador e a mãe, com 63 anos, é professora rural. Primogênito de uma prole de seis irmãos (cinco homens e uma mulher).

Viveu dos 9 aos 14 anos com a avó materna, na cidade para estudar.

Nos finais de semana, voltava para a casa dos pais, na zona rural. Segundo o paciente, sua mãe era enérgica, rígida, ao mesmo tempo que superprotetora. Tinha um vínculo forte com o paciente e era uma figura importante em sua comunidade. Exercia a função de professora, parteira, enfermeira e roceira. Seu pai era uma figura mais passiva e submissa.

Na época em que vivia com a avó, era uma criança muito insegura e tinha diversos medos, principalmente durante a noite.

Durante a adolescência, iniciou precocemente sua vida sexual. Mantinha hábitos promíscuos, tendo diversos pares amorosos.

Casou-se com 31 anos, após um ano e meio de namoro, com uma mulher autoritária, dominadora, dez anos mais velha e melhor posicionada financeira e profissionalmente. Tiveram

dois filhos do sexo masculino, hoje com 9 e 2 anos, respectivamente. Até o desenvolvimento do quadro de RCUI, o paciente mantinha relação extra-conjugal.

Atualmente, o paciente referiu ter mudado seus hábitos e comportamentos, tornando-se mais responsável e voltado para a família. Exerce a função de Gerente de Farmácia.

CASO 15: J.R.R., 40 anos, masc., casado, natural de São Sebastião do Paraíso/MG, procedente de Campinas, 1º Grau incompleto, Téc. Comunicação, pentecostal.

Os primeiros sintomas surgiram em 1979. No início, houve dificuldade de digestão e diarreia. Após três meses, começaram as hemorragias anais. Em 1980, ficou trinta e três dias internado no Hospital das Clínicas - UNICAMP. Até o momento atual, teve diversas recidivas da doença e várias internações hospitalares.

Associa a piora dos sintomas orgânicos a problemas emocionais ("nervosismo"). Referiu que quando está nervoso não extravasa, mas no dia seguinte desencadeia um quadro diarréico.

A mãe faleceu quando o paciente tinha seis meses de idade. O pai deixou os filhos. É o caçula de uma prole de sete irmãos.

Aos seis meses de idade, o paciente foi adotado por uma família com melhores condições financeiras. É negro e o casal possui a têt branca. Referiu ter uma lembrança "péssima" dos pais adotivos, porque sempre se sentiu discriminado e rejeitado. Quando criança, era culpado pelas atitudes dos irmãos adotivos. Referiu não ter argumentos e sentia-se discriminado também pela cor. Não tinha contato afetivo com os pais adotivos.

Aos 6 anos, aprendeu a atirar com revólver, com o pai adotivo. Lembrou que tinha medo, mas não podia falar que não queria aprender.

"Nunca podia falar nada, tinha que guardar os sentimentos"

Recebia castigo com punição física (chicote). Quando fez 7 anos, lembra que tinha de cortar lenha, mas não possuía sapatos. Disse que o padrinho lhe prometeu os sapatos mas não os deu e em troca lhe aplicou uma surra de chicote.

O paciente ficou muito frustrado e desenvolveu uma grande revolta contra o pai adotivo.

"Queria saber atirar melhor para executar uma vingança"

O pai adotivo foi assassinado quando o paciente tinha 9 anos. Disse ter recebido a notícia na escola e ficou "constrangido". A mãe adotiva, com 52 anos, amasiou-se com um rapaz de 24 anos. Este também punia fisicamente o paciente.

Com 9 anos fugiu de casa e foi para a Bahia. Permaneceu seis meses trabalhando na lavoura de cacau. Sentia-se sempre "inferior", não era reconhecido pelo seu desempenho.

Aos 10 anos, fugiu do trabalho e veio para São Paulo. Não tinha lugar para hospedar-se, dormia na rua e começou com uso de drogas. Começou a conviver com pessoas desonestas.

Quando completou 13 anos sentia um vazio grande, sentia-se abandonado e estava desempregado. Com a droga sentia-se no "alge". Foi preso diversas vezes. Era revoltado e pensava em querer recuperar-se, mas não conseguia.

"O que eu tinha mais desejo na vida era ter uma mãe. Quando era a comemoração do Dia das Mães, extravasava nas drogas. Cheguei a experimentar de tudo. Misturava com bebidas alcoólicas"

Aos 17 anos foi acusado por tentativa de homicídio e foi preso numa penitenciária. Foi condenado a vinte e seis anos de prisão.

Quando estava preso, começou a refletir e mudar hábitos e comportamentos. Começou a se dedicar à religião crente, a ler a bíblia. Queria redimir-se. Houve um processo de conscientização. Depois de um ano na prisão, em função de seu bom comportamento, o diretor do presídio resolveu lhe dar uma "chance". Começou a trabalhar e estudar na Escola Agrícola de São José do Rio Preto. Estava com 19 anos.

Na época do presídio conheceu sua atual esposa, que ia evangelizar os presidiários. O paciente saiu em 1973 e foi trabalhar como servente de pedreiro e voltou a estudar (7ª série). Começou a namorar e após três anos casou-se, aos 20 anos.

Encontra-se há vinte anos casado. Sua esposa tem 42 anos. Possui sete filhos (cinco meninos e duas meninas). O mais velho tem 20 anos e o mais novo tem 2.

Há dezesseis anos reside em Campinas, trabalha como técnico de comunicações e é praticante da religião crente.

CASO 16: L.R.D., 34 anos, fem., casada, natural de Muzambinho, procedente de Campos Gerais, nível superior (3º Grau), farmacêutica, católica.

Em meados de 1990, perdeu dezesseis quilos, após regime alimentar, com acompanhamento médico e ingestão de medicamentos inibidores de apetite.

Sentia-se muito fraca, teve uma gripe forte e começou a tomar antibiótico. Após oito horas, começou a apresentar um quadro diarréico intenso e foi internada no hospital. Depois de vinte e quatro horas começou sangramento anal. Ficou dez dias internada em Campo Gerais e foi diagnosticada RCUI.

Em setembro de 1990, foi encaminhada para realizar o acompanhamento médico no Hospital das Clínicas - UNICAMP. No final de 1991, teve um período de melhora dos sintomas. Houve recidivas da doença, em fevereiro e outubro de 1992.

Depois da internação hospitalar, em 1990, a paciente teve uma crise de ansiedade, sentiu falta de ar, pressão no peito, formigamento no corpo e achava que ia morrer. Ficou três dias sem dormir.

Antes do surgimento dos primeiros sintomas, ou seja, no início de 1990, a paciente teve uma crise de ansiedade no trabalho, com sintomas de falta de ar, contração dos músculos abdominais e deslocamento do maxilar. Referiu que o médico diagnosticou como "crise histérica".

Paciente associa piora do quadro diarréico após momentos de tensão emocional (nervoso).

A mãe possui 60 anos e o pai 59. É a segunda de uma prole de cinco irmãos, sendo três homens e duas mulheres.

Desde criança, referiu ser birrenta e ter problemas de saúde. Sempre recebeu muita atenção e cuidado da mãe. Apresentava crises constantes de diarréia, intercaladas com constipação.

Conta que seus pais eram rígidos e ansiosos, não deixavam brincar fora de casa com outras crianças. Teve uma adolescência muito presa e solitária.

A mãe apresentava problemas de saúde, necessitando de diversas internações hospitalares e sempre dava a responsabilidade do cuidado da casa à paciente.

Referiu que desde criança tinha dificuldade de relacionamento social e sua principal amiga e confidente era a mãe. O pai era uma figura mais rígida e autoritária, exigia um desempenho escolar perfeito da paciente.

Aos 11, 15 e 18 anos teve crises fortes de diarreia e enjôo. Referiu que fora sempre na época do Natal e associou a "desilusões amorosas" e também tinha crises de desmaios.

Namorou um ano e meio e casou-se aos 24 anos de idade. Possui dois filhos do sexo masculino, de 7 e 4 anos, respectivamente.

Atualmente, trabalha como responsável por uma farmácia e estuda magistério.

Encontra-se em fase de recidiva da doença.

CASO 17: M.A.B., 53 anos, masc., casado, natural de Monsenhor Hipólito/PI, procedente de Campinas, 2º Grau incompleto, aposentado, católico.

Os primeiros sintomas da RCUI surgiram em 1975, associados a queixas gástricas altas. Após dez anos, através de tratamento medicamentoso, melhorou dos sintomas da RCUI e teve diagnosticada úlcera. Refere também dores de cabeça e tontura.

O paciente é o terceiro de uma prole de nove irmãos, sendo que seis faleceram na primeira infância.

Quando completou 25 anos, deixou sua cidade natal e veio para São Paulo. Depois de três anos, foi buscar os pais para morarem juntos.

O pai faleceu em meados de 1979, com 73 anos, nove anos após terem mudado para São Paulo. Apresentava problemas cardíacos, úlcera duodenal, e era muito "nervoso", segundo o paciente.

A mãe está com 83 anos, apresenta problema de hipertensão e sofreu AVC causando paralisia facial.

O paciente referiu ser dependente afetivamente da mãe, e muito apegado a ela. Esteve sempre com ele e foi a causa do paciente ter-se casado tarde. Disse que a família é muito "nervosa", sempre teve muitos problemas de saúde. Sente-se culpado por não ter cuidado do pai, quando este se encontrava doente.

Casou-se aos 47 anos. Sua esposa tem 31 anos. Possuem um filho de dois anos e meio.

Disse ter-se aposentado há seis anos, piorando sua situação financeira. Referiu que o fato de não conseguir mais trabalho o deixa muito "depressivo", tem sonho de construir uma casa.

Avalia-se como uma pessoa com "sistema nervoso abalado". Apresenta dificuldade para dormir, acorda com reação de susto, apresentando taquicardia e sudorese. Tem receio de desenvolver uma doença cardíaca. Referiu preocupar-se excessivamente com sua saúde.

CASO 18: M.A.C.S., 26 anos, fem., casada, natural de Primeiro de Maio/PR, procedente de Indaiatuba, semi-analfabeta, do lar, pentecostal.

Os primeiros sintomas iniciaram em setembro de 1992, necessitando de internação hospitalar. Em janeiro de 1993 sofreu uma recidiva da doença, com outra hospitalização.

Referiu que na mesma época da piora de seu quadro clínico estava muito preocupada com o cunhado, que é alcoólatra e estava sendo abandonado pela esposa. Disse ter afeição por ele, considerando-o como um irmão. Contou que se considera uma pessoa muito preocupada com os problemas familiares e com suas obrigações. Não consegue deixar nada para o dia seguinte, trabalha muito, tem necessidade de ter a casa sempre arrumada e organizada. Trabalha em tarefas domésticas desde 12 anos de idade.

É a terceira de uma prole de seis irmãos. A mãe tem 44 anos e o pai 51. Disse que o pai sempre foi muito "nervoso" e rígido. Não dava liberdade, não a deixou estudar, obrigando-a a trabalhar desde criança. Nunca pôde contrariar suas ordens, senão recebia punição física. A mãe assumia uma posição de proteger os filhos, indo contra as agressões realizadas pelo pai. Adotava uma postura de submissão.

A paciente casou aos 16 anos. O marido tem 31 anos. Possuem três filhos, sendo dois do sexo masculino e um do sexo feminino, tendo 7, 4 e 2 anos, respectivamente.

Referiu ter-se casado cedo para se livrar do pai e de suas restrições e limites rígidos.

CASO 19: N.M.P., 53 anos, fem., casada, natural de Mogi Mirim, procedente de Campinas, 1º Grau incompleto, do lar, católica.

O diagnóstico de RCUI foi realizado no final de 1986. Referiu que os sintomas coincidiram com o início da menopausa.

Atualmente apresenta também um quadro de osteoporose e recebe acompanhamento médico.

É a sexta de uma prole de seis filhos, sendo que quatro faleceram recentemente: dois por problemas cardíacos, um, por acidente e outro tinha problema de convulsão.

O pai faleceu há dezesseis anos, por problema cardíaco. A mãe, com 83 anos, encontra-se esclerosada e tem problemas de saúde, reside com a irmã da paciente.

Referiu que moravam na roça. O pai era muito enérgico, rígido, não a deixava sair de casa.

A mãe era mais calma. Era mais apegada, afetivamente, à mãe.

Disse ter sido sempre uma criança e adolescente quieta e tímida. Casou-se aos 26 anos, o marido tem 62 anos, aposentado. Possuem três filhos, dois homens e uma mulher, de 26, 24 e 17 anos, respectivamente.

CASO 20: N.S., 22 anos, masc., solteiro, natural de Paranapuã/SP, procedente de Araçatuba, 1º Grau incompleto, eletricitista, católico.

Os primeiros sintomas iniciaram em 1988. Associou o desencadeamento de sua doença a sua saída de casa.

Referiu ter saído de casa, porque discutiu e brigou com o pai. Tem dificuldade de relacionamento com o mesmo. O pai tem 68 anos, aposentado. A mãe tem 44 anos, do lar. É o quarto de uma prole de cinco irmãos.

Disse que o pai era alcoólatra e tinha um comportamento agressivo com os filhos e a esposa. Agredia e punia fisicamente os filhos. Referiu que sempre teve medo do pai e procurava obedecer a ele. A mãe era mais calma, tentava proteger os filhos. Sempre foi mais apegado, afetivamente, à mãe.

Há três anos, o paciente convidou os pais para residirem com ele. Na mesma época, o pai deixou o vício da bebida.

O paciente referiu que quando está muito "nervoso" pioram os sintomas da doença. Conta que começou a trabalhar cedo, aos 10 anos, na roça. Na adolescência começou a namorar. Atualmente não tem namorada. Não sai de casa, disse que chega tarde do trabalho e fica muito cansado para sair. Contou que não sente falta de amigos, gosta de ficar sozinho.

Disse considerar-se uma pessoa aparentemente calma, tranqüila, mas "nervoso por dentro". Prefere não brigar e "guardar" sua raiva. Acredita "não esquentar" com seus problemas.

CASO 21: R.A.G., 40 anos, masc., casado, natural do Ceará, procedente de São João da Boa Vista, 2º Grau completo, comerciante, espírita.

Os primeiros sintomas de RCUI surgiram em 1990. O paciente referiu que, na mesma época, havia iniciado uma sociedade com um colega. Sentiu que estava sendo "passado para trás", porém não expressou sua desconfiança e começou a ficar muito "nervoso".

Contou que foi educado num "regime", no qual não podia desconfiar das atitudes dos outros, nem julgá-las sem ter certeza absoluta.

Associa a piora de seu quadro clínico aos problemas emocionais, desencadeados por eventos estressantes.

Contou que a última recidiva, em novembro de 1992, coincidiu com sua decadência financeira, causada pelo desemprego. Na época, teve que mudar de cidade para conseguir uma melhora em suas condições de vida. Necessitou de internação hospitalar, chegando a perder vinte quilos. Disse ter tido uma perda importante de apetite e diminuição do interesse sexual.

É o quarto de uma prole de quinze irmãos, sendo um falecido.

O pai tem 72 anos, aposentado, e a mãe tem 69, do lar.

Referiu que recebeu uma educação rígida, principalmente do pai. Disse que era uma pessoa muito "fechada", um "pai fantasma", não tinha contato com os filhos.

Era mais ligado à mãe, por ser mais carinhosa. Sentia desde criança a falta de apoio paterno.

Dos 7 aos 17 anos, moraram na roça.

Desde criança era muito sozinho, introvertido, não tinha amigos. Começou a trabalhar cedo, aos 7 anos na roça. Aos 10 anos, começou a trabalhar no comércio.

Casou-se aos 35 anos. Na época, sua mulher estava grávida de outro homem. O paciente aceitou a condição e seu filho. Este, atualmente tem 8 anos e apresenta dificuldade mental e epilepsia. Ambos têm um menino de um ano e meio de idade. referiu que a mulher é "nervosa" também.

O paciente considera-se autoritário, como o pai, tem necessidade de organização e sempre foi muito exigente consigo e com os outros.

Referiu ter um senso de moral acentuado.

CASO 22: S.L., 29 anos, fem., solteira, natural e procedente de Descalvado/SP, 1º Grau completo, operária, católica.

Os primeiros sintomas surgiram há três anos e meio. Referiu que teve receio de procurar médico nos primeiros quatro meses, porque achava que era doença "ruim" (câncer). Associa as recidivas da doença a seu estado emocional. Referiu ser uma pessoa aparentemente calma, mas "nervosa por dentro".

É a caçula de uma prole de sete irmãos. A mãe faleceu há três anos, com 64 anos, tinha diabetes e sofreu AVC. Referiu que, antes do falecimento da mãe, passou por período de tensão emocional e iniciaram-se os primeiros sintomas. Depois de seu falecimento, a doença agravou-se.

O pai, aposentado, tem 81 anos. Segundo a paciente, é muito "nervoso", irritado, sem paciência e deu uma educação rígida e severa. Utilizava de punição física. A mãe era mais calma, sendo mais apegada a ela.

Desde criança, era tímida e não tinha muitos amigos. Nunca teve um relacionamento amoroso. Somente é voltada para o trabalho e família. Desde os 19 anos, trabalha como operária em fábrica.

Nesta última recidiva da doença, a paciente relatou que estava muito nervosa, porque o irmão com qual vive vai casar-se e ela terá de viver sozinha com o pai. Disse ter receio do mesmo, por ser muito rígido e autoritário.

CASO 23: S.A.P.C., 37 anos, fem., casada, natural e procedente de Campinas, 1º Grau completo, atendente de enfermagem, pentecostal.

Possui história anterior de constipação intestinal e encoprese, na infância.

Em 1985, começou a trabalhar como Atendente de Enfermagem no setor de Pediatria em um Hospital Geral. Referiu que não conhecia a dinâmica hospitalar e teve um "choque".

"Sofria muito com o sofrimento das crianças, com as mortes"

Após um mês de trabalho, teve a primeira crise diarréica, que durou aproximadamente um mês. A paciente relaciona o início do quadro clínico ao estresse vivenciado no hospital.

Em 1986, foi transferida para o Setor de Moléstias Infecto-Contagiosas - AIDS. No início deste ano, teve outro episódio de diarréia. Referiu que, na época, estava com sobrecarga no trabalho. Ficou três meses com o quadro diarréico.

"Eu me preocupava muito com os pacientes com AIDS, escutava seus problemas, eles contavam os detalhes de suas vidas. Me deprimia presenciar jovens falecendo. Quando um paciente com AIDS estava em crise, tinha vontade de abraçá-lo, de protegê-lo, de falar que ele irá para o Céu. Já seguia a religião Evangélica e orava por eles. Eu me envolvia, muito, emocionalmente"

Nesta época, a paciente mudou de residência. Referiu ter-se arrependido.

"Tinha que arrumar a casa novamente, de me adaptar a uma nova vida, a novos vizinhos, tinha medo de assaltos, sentia-me insegura. Antes, morava em apartamento"

Neste ano (1986), começou o trabalho de Atendente de Enfermagem em um outro hospital, ainda no Setor de Moléstias Infecto-Contagiosas - AIDS.

Foi convocada para se aperfeiçoar, inscrevendo-se no curso de Auxiliar de Enfermagem. Referiu que, no momento da inscrição, faltou um documento.

"Levei um grande susto, porque não tinha o documento. Quando fui conversar com a secretária do curso, entrei num quadro de ansiedade, com sudorese, perda da orientação espacial, tremores, tontura. Mas a secretária disse que não era problema não ter, na ocasião, o documento. Mesmo assim, saí da sala sentindo-me diferente, lenta e voltei para casa. Entrei numa depressão profunda. No dia seguinte fui para a cidade fazer compras e quando senti o cheiro de um perfume comeci a passar mal. Suava muito e voltaram as crises diarréicas. A partir desse dia, o quadro foi agravando-se novamente"

Foi hospitalizada e perdeu cerca de 10 quilos. Referiu que não queria ser internada, pois tinha que voltar ao trabalho. Precisou que sua irmã a levasse ao Hospital.

"Sabia estar muito mal, sem resistência, sem força. O pior foi o médico dizer que não sabia o que fazer comigo. Pensava que ia sofrer um ataque cardíaco, fiquei muito ansiosa, foi terrível, sentia sede, calor, quase choquei"

Nesta época, em 1986, foi diagnosticado RCUI. Permaneceu internada no Hospital, durante um mês.

"Foi trágico para minha família, meus filhos ficaram com minha mãe e meu marido ficou sozinho. Acho que cheguei à beira da morte"

Referiu que teve mais dois episódios de internação hospital e correlaciona com momentos de maior estresse no trabalho.

Em maio de 1989, entrou numa fase de remissão da RCUI.

Quanto ao tratamento médico, não é aderente, falta às consultas e não realiza os exames solicitados.

"Não sou rebelde, mas tenho medo de fazer qualquer exame e o resultado ser ruim"

Em função da RCUI, permaneceu um ano e três meses afastada do trabalho.

"Preferia ficar só, quieta, em silêncio, não fazia mais nada, ficava completamente apagada, com medo de tudo"

Retornou ao trabalho em setembro de 1990. No 3º ou 4º dia de trabalho, referiu que teve uma "crise".

"Perdi a consciência, quando estava fazendo o curativo de um doente com hepatite tipo B e, não estava usando luvas. Neste dia percebi que não podia mais trabalhar em enfermaria, porque qualquer coisa me deixava ansiosa, sensível e agitada"

Nesta época, passou por uma avaliação psicológica.

"A psicóloga me disse que eu sabia o que estava errado, que não aceitava ajuda, queria lidar-me sozinha do problema e um órgão acabava sofrendo"

Recebeu um parecer psicológico que não poderia trabalhar em enfermaria e foi transferida para Ambulatório e encaminhada para psicoterapia.

Em 1991, teve outra recidiva da doença, ficou sete dias afastada do trabalho.

Em 1992 ficou grávida.

"Reagi muito mal quando soube da gravidez. Fiquei completamente fora de mim, trabalhava muito, não aceitava a gravidez, porque mudava meus planos de vida, não podia fazer o curso de Auxiliar de Enfermagem"

Teve uma nova recidiva da doença.

"A pior crise de todas. Emagreci muito. Sentia que estava perdida por estar grávida"

No segundo mês de gestação, fez uma ultra-sonografia.

"Quando vi a criança mexer em minha barriga, comecei a aceitá-la mais"

Não teve mais recidiva da doença, permanecendo numa fase de remissão até o momento atual. Depois que teve a criança, não retornou mais às consultas médicas.

A paciente é primogênita de uma prole de quatro filhos.

O pai tem 63 anos, é aposentado e a mãe 56 anos, do lar.

Referiu que teve uma educação rígida e tinha uma relação de dependência e submissão à mãe.

Relaciona, como antecedente de sua doença, a educação rígida e severa que teve, quando criança.

Disse que era protegida pela mãe porque não sabia defender-se, era submissa e insegura.

Disse que somente conseguiu se desvincular da mãe quando desenvolveu a doença.

Foi uma criança frágil, tinha problemas de encoprese e medos. Era muito educada e submissa. Era muito ansiosa na escola.

Casou-se aos 20 anos, iniciando sua vida sexual. Referiu que suas primeiras experiências sexuais foram "desagradáveis".

"Sentia-me muito mal após a relação, entrava em crise depressiva. Acho que era muito moralista. O sexo era um tabú, talvez porque minha mãe me reprimia muito"

Referiu que o marido é uma pessoa dominadora.

"Acredito que, antes, dependia de minha mãe e, hoje, de meu marido. Sempre fui muito insegura e indecisa"

O casal possui quatro filhos: duas meninas, com 16 e 13 anos e dois meninos, com 10 anos e 1 ano de idade.

Disse que, quando se casou parou de trabalhar.

"Meu marido não gostava de que eu trabalhasse. Ele sempre foi muito forte, dominador e me dava proteção. Eu fui fraca, frágil"

"Tive que lutar muito para recomeçar a trabalhar. Sempre que eu me proponho a fazer algo, necessito romper barreiras e lutar muito"

CASO 24: T.G.F.N., 40 anos, masc., casado, natural de Itaipé/MG, procedente de Porto Ferreira/SP, 1º Grau incompleto, afastado por invalidez, católico.

Há aproximadamente quinze anos, começou um quadro de crises diarreicas, que se repetiam espontaneamente ou com auxílio de chás.

Há cinco anos, perdeu cerca de 6 quilos.

A piora do quadro clínico foi há um ano, sendo diagnosticada RCUL. Associado às queixas somáticas, referiu desânimo e fraqueza.

É o quinto de uma prole de oito irmãos. Dois faleceram.

O pai faleceu em outubro de 1992. A mãe tem 77 anos.

O paciente residiu na roça até 35 anos de idade. Referiu ter sido uma criança frágil, indefesa, acatava as ordens sem contestar e medrosa.

Começou a trabalhar aos 7 anos, na roça. Aos 35 anos, quando veio para São Paulo, começou como operário. Há dois anos, encontra-se afastado do trabalho, em função do agravamento do quadro clínico.

Casou-se aos 25 anos. Possui cinco filhos, sendo três meninas e dois meninos. Um filho faleceu aos 4 anos, com edema cerebral e colite crônica.

Em 1989, o paciente passou por duas cirurgias: doença hemorroidária.

Paciente referiu ser uma pessoa "fechada", com dificuldade de relacionamento social.

"Guardo sempre as mágoas para mim, não coloco para fora, e quando estou nervoso, a minha diarreia piora"

Tem insônia e toma ansiolíticos.

CASO 25: V.M.V.A., 42 anos, fem., casada, procedente de Astarga/PA, natural de Mogi Guaçu/SP, 1º Grau incompleto, servente, pentecostal.

Começou com um quadro diarréico e dores abdominais, desde 13 anos de idade.

"Sempre sofri muito e não descobriam a causa de meu problema"

Aos 15 anos, foi operada em virtude de crise aguda de dores abdominais. Foi levantada a hipótese de apendicite supurada, porém, não foi encontrada patologia orgânica.

"Sempre fui muito nervosa e tenho crises de diarreia associada"

Há dez anos, foi realizado o diagnóstico de RCUI.

"Nesta época necessitei de internação hospitalar e um médico imprudente me deu o suposto diagnóstico de tumor na barriga"

Em função do estado emocional comprometido, o médico receitou ansiolítico.

"Acho que meu problema é grave e tenho medo de ter câncer. Sou muito deprimida e me preocupo muito com meus problemas, entro em pânico facilmente, não consigo mais dormir. Sempre sofro por antecipação. Quando espero os resultados de exames médicos, fico muito ansiosa, chego ao ponto de não conseguir vir sozinha para o hospital. Tenho insônia e durmo somente com Loraz. Meu nervoso é diário. Desde criança, tive de engolir muita coisa. Hoje, não me sinto feliz, porque me casei, logo meu marido ficou doente e tenho de cuidar dele. Sinto-me arrasada. Não consigo sair de casa, somente tenho amigos na igreja. Tenho medo do meu marido morrer, assim como minha mãe."

"Depois que ele teve a parada cardíaca, não consigo mais dormir em paz, a cada movimento dele na cama, acordo com medo de que morra. Não tenho apoio de ninguém da minha família. Não converso com ninguém e me isolo das pessoas. Sempre acho que estou doente"

O pai da paciente faleceu há doze anos, aos 83 anos, em consequência de trombose. Associa a morte do pai ao início de seus sintomas gastrintestinais.

A mãe faleceu há sete anos, aos 77 anos de idade, por insuficiência cardíaca.

A paciente cuidou dos pais quando ficaram doentes.

Foi filha do segundo casamento do pai. Os irmãos eram dez anos mais velhos. Referiu que nunca foi aceita por eles.

Referiu ter tido uma educação rígida.

"Meus pais nunca me deixaram fazer nada sozinha, nunca me deixaram viver, andar de bicicleta, ir a festas..."

"Minha mãe tinha um temperamento difícil, era dominadora, mente fechada. Meu pai era um pouco mais compreensivo"

"Fui uma criança frágil, sempre doente, ansiosa, tinha medo de tudo"

"Eu tinha dificuldade de relacionamento, não tinha amigos. Meus pais não me deixavam brincar na rua"

"Quando tinha 6 anos, lembro-me de que perdi um irmão de 2 anos. A partir dessa época, comecei a sofrer muito"

"Era submissa com meus colegas na escola, eles batiam em mim, puxavam meus cabelos e me deram um apelido - quatro olhos. Ficava triste, mas não reagia. Na véspera das provas, entrava em pânico, chorava e me dava branco"

Casou aos 24 anos. O marido tinha 34.

Possui três filhos, dois meninos de 15 e 12 anos e uma menina de 10 anos.

O marido tem 51 e há dois anos começou a apresentar problemas de saúde como: problema cardíaco, pressão alta, diabetes.

Nesta época, sofreu duas paradas cardíacas. Há cinco anos é impotente.

"Meu marido mudou depois que ficou doente, é muito nervoso. Está aposentado por invalidez. Tenho medo de que ele morra do mesmo problema que minha mãe"

"Antes do casamento tinha uma vida boa, depois meu estado de nervo se agravou e vivo sempre com medo. Tenho pena do meu marido, sinto-me um lixo e acho que isso piora a minha doença"

CASO 26: V.P.S., 55 anos, fem., casada, natural de Camanducaia/MG, procedente de Monte Mór, 1º Grau incompleto, do lar, católica.

Os primeiros sintomas característicos da RCUI começaram há vinte e dois anos. Neste período, estava grávida de 3 meses e mudou-se de Minas Gerais, para São Paulo. Referiu que, nesta época, o marido sofreu um acidente de carro e perdeu a visão. O filho também sofreu um acidente de carro e quase morreu.

Iniciou acompanhamento médico na UNICAMP, em 1977. Além do tratamento específico para RCUI, acompanha na Reumatologia, Pneumologia e Cardiologia do mesmo hospital.

O pai da paciente faleceu aos 77 anos, de câncer e a mãe aos 53, por problema cardíaco. Referiu que o pai era severo, exigente e adotava uma disciplina rígida. A mãe também era rígida, porém alegre. Foi mais apegada à mãe.

É a terceira de uma prole de sete irmãos. Sempre viveu na roça.

Foi uma criança frágil, ficava doente facilmente. Aos 12 anos, começou a apresentar problemas gastrointestinais. Teve a primeira crise diarréica, que durou cerca de três dias. Depois que a doença se instalou, necessitou de várias internações hospitalares.

"Quando estou com problema, fico muito nervosa, sem paciência, irritada. estouro por qualquer motivo e até sem motivos"

Referiu ter tido uma infância sofrida. Iniciou trabalho, na roça, desde 10 anos e era muito pobre.

"Fazia boneca de sabugo de milho; sofria muito por causa da pobreza, não tinha nem o que vestir"

Casou-se aos 14 anos e referiu que não tinha conhecimento de relacionamento sexual.

"Minha mãe nunca conversou sobre essas coisas. Quando fiquei menstruada, escondia a roupa e lavava no rio. Casei-me inocente, não sabia de nada. Foi duro no início, tinha medo e quando tive a primeira relação sexual, a minha barriga ficou inchada. Acho que o início de meus problemas de saúde foi desde a minha primeira menstruação. Hoje acho que não sinto mais prazer porque não menstruo mais"

Tem nove filhos, quatro mulheres e cinco homens, sendo que o mais velho tem 39 anos e a mais nova 19. Teve quatro abortos e uma filha faleceu aos 2 anos de idade.

Referiu ter sido sempre uma pessoa muito nervosa. Disse guardar ressentimentos e mágoas para si mesma.

"Se as pessoas falam coisas de que eu não gosto, guardo para mim"

Revelou necessidade de ter tudo em ordem e organizado e sobre seu controle.

"Não deixo ninguém arrumar a casa ou cozinhar para mim. Arrumo os armários dos meus filhos, separando peça por peça, marcando as iniciais de seus nomes em cada peça. Fico muito nervosa quando não consigo encontrar algo que procuro ou quando algum filho desarruma o que eu fiz"

"Às vezes, fico nervosa sem encontrar um motivo real"

Referiu não associar seu problema físico ao aspecto emocional.

"Acho que meu problema começou na infância, por falta de cuidados da minha mãe, porque, quando comecei a ter diarreia nunca recebi tratamento"

"Meus pais eram muito rígidos. Meu pai batia nos meus irmãos e brigava sempre com minha mãe. Nunca apanhei porque não desobedecia, não contrariava, fazia tudo certinho, como eles queriam"

CASO 27: J.V., 40 anos, masc., casado, natural e procedente de Piracicaba, 2º Grau completo, fabrica instrumento musical, católico.

O início do quadro de RCUI foi em 1989. Teve um período de remissão da doença, voltando a apresentar os sintomas, em 1991.

Referiu que o primeiro episódio diarréico aconteceu no trabalho.

"A diarreia começou de repente, não sei o que provocou. Acho que pode ser pelo sistema nervoso"

"Antes de ficar doente, em 1990, estava trabalhando muito como empreiteiro. Tinha muitos problemas, ficava preocupado com o trabalho e acabava brigando muito com meus colegas. Cheguei a ser acusado de interesseiro e de querer ganhar mais"

"Um dia, meu irmão chegou alcoolizado e eu briguei com ele. Fiquei muito nervoso, tentei ajudar o meu irmão e ele me ignorou. Isso foi a seis meses antes de iniciar a minha doença"

"Acho que minha doença é a soma de todos esses problemas, principalmente do trabalho. Ficava muito tenso, nervoso e acabei até descarregando na minha mulher. Tivemos uma briga, na época estava grávida. Isso também foi antes de começar a doença"

"Minha forma de ser é nervoso. Agora, se fico nervoso por qualquer motivo, já vem a doença. Quando passo por uma situação nova, também pioram os sintomas"

"Quando fiquei onze meses de cama, doente, ninguém de minha família veio visitar-me. Acho que isso piorou mais a doença. Sempre ajudei muito as pessoas e ninguém reconhece"

"Sinto tristeza, porque as pessoas fazem as coisas por interesse próprio. Fico agressivo, perigoso, quando me sinto passado para trás, injustiçado"

O pai do paciente tem 65 anos e a mãe 60 anos.

É o quinto de uma prole de seis irmãos, sendo quatro mulheres e dois homens.

Referiu que o pai é uma pessoa muito distante e não mantém diálogo nem com as pessoas próximas. Sempre o ajudou no trabalho.

Não tem muito contato com a mãe até o momento atual. Sempre foi uma pessoa ausente.

Quando criança, tinha poucos amigos.

"Não tinha tempo para me divertir. Trabalhava muito para ajudar meus pais"

Casou-se aos 27 anos. A esposa tem 33 anos. Possui dois filhos, uma menina de 12 anos e um menino de 4.

CASO 28: D.A.F.A., 37 anos, fem., casada, natural e procedente de Jundiaí, nível universitário, pedagoga, católica.

Há oito anos, teve o diagnóstico de úlcera duodenal associado a um quadro de dores no reto e constipação intercalada com diarreia. Nesta época, foi realizado o diagnóstico de RCUI.

"Nunca aceitei o diagnóstico da RCUI. Procurei diversos médicos para confirmá-lo. Não quis aceitar que era um problema que não tem cura, que tem que tratar o resto da vida. No começo não aceitava que era de problema emocional"

"Na primeira vez que precisei ficar hospitalizada, foi muito difícil, não queria ficar, não me sentia bem lá"

Iniciou acompanhamento médico na UNICAMP em agosto de 1992.

"Quando fiz a colonoscopia, quase morri! Sempre fico muito nervosa quando tenho que fazer os exames"

"Acho que meus problemas desde o início da doença até hoje, continuam os mesmos. Tenho dificuldades no trabalho, com os filhos e com o marido. Acho que não há relação de causa e efeito, acho que os problemas emocionais não causam a doença"

"Os médicos aconselharam evitar as situações de conflito e depressão. Mas a minha vida continua a mesma. Um dos médicos pediu para eu pensar mais em mim, abandonar a faculdade... Acho que não é assim... Outro receitou antidepressivo, mas eu não quis tomar"

"Acredito que meus sintomas começaram depois do casamento. A felicidade de meu casamento durou pouco. Só quatro ou cinco anos. Depois de três anos de casamento, engravidei do primeiro filho. Enquanto eu tinha as crianças pequenas não parava para pensar nos problemas. Depois, comeci a questionar se era essa vida que eu queria ter. Talvez a doença esteja ligada ao estado emocional..."

"Sou uma pessoa com um temperamento instável, principalmente em casa. Gostaria de me separar, morar sozinha, conhecer outra pessoa. Quando penso nessas coisas, mudo de atitude. No momento que estou insatisfeita comigo mesma ou eu fico quieta ou respondo mal a meu marido"

"Sou tímida, brigo comigo mesma. Tenho receio de me expor, de fazer uma pergunta em público. Prefiro ficar com a dúvida. Tenho geralmente crises de choro. Me cobro muito. Não aceito um erro. Crio um conflito comigo mesma. Não aceito derrota. Fico tensa. As pessoas cobram de mim também. Tudo que me propus a fazer, deu certo"

"Acho que sou uma pessoa autoritária, uma mulher mandona. Meu marido se deixa levar. Sempre acaba tudo em minhas mãos, tenho que decidir tudo. Ele pode não concordar, mas ele se deixa dominar"

"Nunca fui apaixonada por meu marido. Ele se diz apaixonado, mas acho que é dependência. Depois que casamos, ele ascendeu socialmente"

O pai da paciente tem 70 anos e a mãe 69. É filha caçula de uma prole de três irmãos. Possui uma diferença de sete anos com a irmã mais nova.

Referiu que o pai é uma pessoa rígida, e a educou com uma disciplina autoritária e contestadora.

"Relação sexual, só depois do casamento, namorar em casa, horário para chegar em casa, etc. Sempre tive respeito e medo do meu pai. Ele nunca me bateu, porque nunca precisou"

A mãe era uma pessoa mais flexível e mais carinhosa.

"Quando era criança, achava ruim o controle de meus pais, queria mais liberdade. Na adolescência, ia às brincadeiras dançantes e voltava para casa no horário estipulado. Eram regras impostas. Nunca dormi fora de casa"

"Fui namorada fora de casa, escondido"

Aos 18 anos, começou a trabalhar e estudar à noite.

"Querida ter mais liberdade para sair à noite"

Fez magistério, entrou na faculdade de Pedagogia. No trabalho, sempre adotou uma postura dominadora e de líder.

"Em trabalhos de grupo, tinha dificuldade de aceitar as opiniões dos outros. Às vezes, preferia fazer sozinha. Exigia muito capricho e perfeição"

"Nunca tive orientação a respeito da sexualidade. Minha mãe nunca me orientou. Aprendi com meus amigos"

Casou-se aos 22 anos. O marido tem 44. Possuem dois filhos, um menino de 12 anos e uma menina de 15.

"No início, foi difícil viver a sexualidade, porque tinha sentimento de culpa, não sentia prazer. A primeira vez não aconteceu de forma consciente. Não sabia direito o que estava acontecendo. Quantas recordações desagradáveis"

Tem dificuldade no relacionamento conjugal.

CASO 29: J.A.G., 42 anos, masc., casado, natural e procedente de Mocóca/SP, 1º Grau incompleto, lavrador, católico.

Os primeiros sintomas da RCUI surgiram há, aproximadamente sete anos. Levou dois anos para confirmar o diagnóstico.

Referiu que antes tinha problemas de saúde. Lembrou que aos 16 anos, levou uma joelhada no estômago e ficou quinze dias internado. Ficou com o intestino preso.

"Minha mãe acha que isso foi a causa de minha doença"

Há três anos disse que sofreu um acidente. Levou um tiro na perna. Depois desse acontecimento, agravou-se o quadro da RCUI.

"Levei um grande susto. Na época trabalhava como vigia na fazenda e o revólver disparou no meu bolso. Estava com meu filho caçula no colo".

"Acho que sou uma pessoa nervosa, principalmente, por causa dos problemas no trabalho. Fico nervoso quando alguma coisa que planejo não dá certo e também quando não sei o que vai acontecer. Tenho muitos pesadelos, acordo à noite sufocado e cansado"

O pai do paciente tem 67 anos e a mãe 64 anos. É o segundo filho de uma prole de oito irmãos. Dois irmãos faleceram crianças.

Referiu que a mãe sempre foi mais enérgica, dando uma educação rígida, com punições físicas.

"Sempre tive medo de minha mãe"

Quando criança possuía bastante amigos.

"Era arteso, nervoso, brigava com as outras crianças. Era o mais levado dos irmãos"

Começou a trabalhar no campo aos 14 anos.

"Meus pais me obrigavam a trabalhar"

Casou-se aos 28 anos. Sua mulher tem 36. Possuem três filhos, uma menina de 14 anos e dois meninos, de 13 e 16 anos, respectivamente.

CASO 30: M.M.Z.S., 31 anos, fem., casada, natural de Nova Esperança/PR, procedente de Hortolândia, 2º Grau completo, professora, católica.

Os primeiros sintomas da RCUI apareceram há aproximadamente quatro anos. Nesse período emagreceu cerca de 20 quilos. A última recidiva da doença foi há dois meses, época em que mudou de casa.

"Saí da casa de minha cunhada e fui para uma casa sem estrutura, sem móveis, sem nada, comecei a entrar em paranóia"

Referiu que a época do aparecimento dos primeiros sintomas da RCUI foi no dia de Natal, após o almoço com a família. Disse que não se lembra de um acontecimento que tenha desencadeado o surto, porém, associa a piora do quadro diarréico ao "nervoso".

Disse ter medo de morrer "dessa doença" e deixar os filhos pequenos.

"A doença me preocupa bastante"

Há dois anos, iniciou o tratamento com ansiolítico receitado pelo Clínico Geral.

"Era muito nervosa, irritadiça, com vontade de agredir. Quando quero algo e não consigo, começo a ficar nervosa"

"Tenho insônia quando a doença piora, começo a pensar no problema e não consigo dormir mais"

A paciente é filha primogênita de uma prole de seis irmãos, sendo um do sexo masculino e cinco do sexo feminino.

O pai faleceu há dois anos, por problemas cardíacos. A mãe tem 53 anos e trabalha na roça, no Paraná.

Paciente viveu na roça com a família até a idade de 24 anos. Referiu ter saído da roça porque não tinha bom relacionamento com o pai. Neste período engravidou, o pai da criança não assumiu o relacionamento, que durou três meses. O pai foi buscá-la para morarem juntos novamente e o bebê, que fizera três meses.

Referiu que o pai era alcoólatra e não assumia a responsabilidade de cuidar dos filhos e manter a casa.

"Ele não trazia dinheiro para dentro de casa, ele gastava fora, com os prazeres da vida e com as amantes. Brigava muito com minha mãe e a culpa sempre caía nela. Chegou a agredi-la fisicamente com uma faca. Neste período, já estava no colegial"

A mãe era mais calma, dava apoio à paciente.

Os pais separaram-se em março de 1988. Porém em novembro desse ano o pai retornou, com as condições impostas pela mãe (parar de beber e não ter amantes).

Há quatro anos a paciente casou-se, após dois anos de namoro. No início, seu marido não queria aceitar sua primeira filha. Conseqüentemente, após um ano de casamento, separaram-se. Ficou dois anos morando com a mãe e depois voltou para o marido.

"Sentia falta de meu marido, pensava nele o tempo todo e isto me atacava os nervos. Tomava calmante. Hoje, eu me arrependo de ter voltado com meu marido"

Tiveram um filho que está, atualmente, com três anos. A primeira filha está com 6 anos de idade.

A paciente referiu ser muito apegada à mãe.

"Só falar com ela ao telefone, perco o controle e choro. Sempre foi assim..."

CASO 31: A.C.C.A., 21 anos, masc., solteiro, natural de Aguaí/ SP, procedente de São João da Boa Vista, 3º Grau incompleto, comerciante, católico.

Há um ano, aproximadamente, começaram os primeiros sintomas da doença. Referiu que, quando está nervoso, os sintomas pioram, porém não sabe se há relação de causa e efeito.

Disse que, quando se sente cobrado pelos outros, principalmente pelo pai, fica muito nervoso. Referiu preocupação com a evolução da doença. Nos últimos três meses chegou a perder cerca de quinze quilos.

É filho caçula, de uma prole de quatro irmãos, sendo um do sexo feminino e dois do sexo masculino. O pai tem 52 anos, é comerciante e a mãe, 42 anos, diretora de escola. Referiu que o pai sempre foi muito sistemático, controlador e rígido. Em função disso, teve problemas de relacionamento com ele, intensificados na época da adolescência. Disse ser mais apegado à mãe e a classificou como uma pessoa preocupada com os filhos.

O paciente contou que sempre foi uma criança teimosa, que queria atenção em excesso. Na adolescência, sentiu-se muito cobrado pelo pai e não aceitou os limites e, conseqüentemente, aumentou as cobranças. Disse ter dificuldade de expressar suas emoções e sentimentos.

"Guardo os problemas para mim, fico remoendo, preocupado e as pessoas mais próximas me cobram muito."

HISTÓRIA LIVRE DE VIDA

- S.II. -

CASO 1: R.R., 40 anos, masc., solteiro, natural do Rio de Janeiro/RJ, procedente de Limeira, SP, 3º Grau completo, fiscaliza indústrias do Estado, católico.

Os primeiros sintomas, como dores abdominais e diarreias, iniciaram-se em maio de 1992. Referiu que a dor é constante e não tem relação com alimentação ou evento estressante. Relatou que ela o incomoda muito e limita sua capacidade, principalmente, de realizar atividades físicas. Queixou-se do atendimento médico, referiu não aceitar o diagnóstico, porque acredita que exista um problema orgânico que os médicos não descobriram.

Disse não fazer relação entre sua dor e desconforto físico com o aspecto emocional e/ou evento estressante.

É o quarto filho de uma prole de cinco irmãos, sendo dois do sexo masculino e três do sexo feminino. Seu pai faleceu em 1984, por problemas cardíacos e sua mãe, em 1991, de acidente vascular cerebral.

Referiu que seu pai era uma pessoa responsável, preocupado com a educação dos filhos. Sua mãe era uma figura mais passiva, calma e muito religiosa. Disse que todos os irmãos sempre foram muito responsáveis e trabalhadores e a família era bastante unida.

O paciente viveu com a família, no Rio de Janeiro, até o ano de 1980. Nesta época, seu pai aposentou-se e ambos foram para Limeira, conseguir melhores condições de vida. Depois veio o restante da família.

Encontra-se noivo há dois anos e almeja casar-se no final do ano. Disse ser uma pessoa dependente, afetivamente, de familiares e amigos, preocupado com organização e com suas responsabilidades.

"Nunca deixo nada para amanhã, gosto de fazer tudo no momento"

CASO 2: I.A.S., 30 anos, masc., casado, natural de Cardoso, SP, procedente de Campinas, SP,
1º Grau incompleto, pintor, católico.

Os primeiros sintomas, como dores abdominais e diarreia, surgiram em maio de 1991, após uma refeição. Houve piora progressiva, chegando a evacuar mais de vinte vezes no dia. Foi procurar atendimento médico e ficou hospitalizado dois dias.

Após o primeiro episódio diarreico, as funções intestinais nunca retornaram ao normal. Continua com o problema e o controla com uso de medicamentos.

"Minha digestão é muito rápida, agora acostumei com os sintomas da doença, mas antes eu ficava muito nervoso. Acho que ficava preocupado, nervoso, atacava a diarreia e ficava mais nervoso. Cheguei a tomar calmantes durante dois anos"

"Procurei vários médicos, fiz diversos exames. Chegava a vir chorando para o médico, sem esperanças"

"Acho que a causa de meu problema foi uma dilatação no intestino, após ter feito aquela refeição, na qual misturei com um monte de água. Os médicos falaram que é algo psicológico..."

"Quando me levanto cedo, fico com preocupação: será que posso ir à cidade de ônibus? Vou ao banheiro até esvaziar toda a bexiga"

"Às vezes, fico em casa o dia todo e não dá dor de barriga. Se tenho preocupação de me levantar cedo, começo a ter diarreia"

"Hoje, levanto-me às nove horas, vou ao banheiro três, quatro vezes, tomo remédio e vou para o trabalho três ou quatro horas da tarde. Acho que o remédio já firmou o intestino"

É o primogênito de uma prole de dois filhos.

A mãe faleceu quando o paciente tinha aproximadamente 5 anos. O pai tem 58 anos, trabalha na lavoura. Casou-se, novamente há sete anos.

"Minha mãe faleceu de repente, não sei o motivo, lembro muito pouco dela".

O pai era compreensivo, sentia-se muito apegado a ele.

Referiu que o pai lhe conta que, até a idade de 5 anos, foi uma criança doente, não saía do hospital, tinha muitos problemas de garganta e infecções.

"Tenho medo de injeção até hoje, sempre fui uma criança medrosa. Sempre fui muito magrinho, tinha apelido por causa disso"

Casou-se aos 19 anos. Possui dois filhos do sexo masculino, com 10 e 5 anos.

Há oito anos mudaram-se para Campinas, saindo da roça. Conseguiu emprego numa fábrica.

Avalia-se como uma pessoa submissa. *"Não gosto de brigas, prefiro aceitar, mesmo não gostando. Acho que sempre penso no pior, quando estou de frente para um problema. Não gosto de pessoas que me pressionam"*

CASO 3: V.H.L., 30 anos, masc., casado, natural de Divino/MG, procedente de Itu/SP, analfabeto, operário, católico.

Apresentou os primeiros episódios diarréicos e dores abdominais, há três anos, no trabalho.

"Quando me esforçava para trabalhar, doía muito, tive que me encostar no INPS "

Em 1992, começou tratamento médico na UNICAMP.

"Tenho diarreia desde criança"

"Atualmente continuo sentindo dores na barriga. Essas dores não têm hora nem relação com meu nervosismo. Se piora a diarreia, vou para o hospital e tomo remédio para tirar a dor"

É o nono de uma prole de doze filhos, sendo oito do sexo feminino e quatro do sexo masculino.

A mãe tem 75 anos. O pai faleceu há aproximadamente quatro anos, por problemas cardíacos. Era lavrador. Era uma pessoa calma, porém, batia, quando necessário. Referiu que a mãe também era calma. Era mais apegado a mãe. Viveram na roça até a época em que o paciente tinha 14 anos.

Referiu que, na infância, tinha pouco tempo para brincar, porque precisava trabalhar na roça. Tinha dificuldade de fazer amizades, era quieto, tímido.

Contou que após ter tido sarampo, aos 3 anos de idade, começou a ter problemas intestinais, como diarreia.

Casou-se aos 24 anos. Possui uma filha de 10 anos de idade. A mulher tem 30 anos e é operária.

CASO 4: E.L.P.O., 32 anos, fem., casada, natural de Tupã/SP, procedente de Jundiaí/SP; 2º Grau completo, auxiliar de escritório, espírita.

Os primeiros sintomas da doença iniciaram-se há quatro anos.

"Tudo o que eu comia fazia mal ao intestino. Foram feitos vários exames e não constatarem nada. Os médicos afirmaram que não havia problema orgânico, era de fundo emocional. Fui encaminhada para fazer psicoterapia. Não consegui manter o tratamento, porque me senti mal falando sozinha, prefiro que alguma pessoa me pergunte alguma coisa. Parei também por problema financeiro. Já tomei, há um ano aproximadamente, ansiolítico, mas também parei por conta própria, porque não queria ficar viciada"

"Todo dia amanheço indisposta, sem garra para a vida. Sou insegura, tenho medo de tudo, faço tragédias na cabeça. No meu dia a dia, sinto uma monotonia, uma coisa parada. Sinto-me angustiada, não faço nada com prazer. Quando não estou com dor de cabeça, sinto dor no intestino ou tenho diarreia. Isso dá um desânimo para a vida... Não consigo dominar, manter uma firmeza. A partir do momento em que passei a sentir os problemas no intestino, comecei a freqüentar vários médicos, que não resolveram o problema. Comecei a ter descrédito, entregar os pontos. Sinto que primeiro vieram os sintomas no corpo e depois os problemas emocionais"

"Acho que sou insegura porque tenho diversos complexos. Tenho medo de me expor. Com a doença, perdi muito peso e tenho vergonha do meu corpo, até com o meu marido. Isso prejudicou nosso relacionamento sexual. Sinto dor na relação sexual. Isso está virando uma bola de neve da qual não consigo sair"

"Meu marido é muito compreensivo, ele é sozinho, perdeu os pais jovens. Sinto-me mais um problema para meu marido. Sinto-me culpada, um peso para ele"

"Quero melhorar, isso me dá ansiedade. Quanto mais tenho vontade de melhorar, parece que fico pior. Sempre fui uma pessoa insegura para fazer as coisas, medrosa"

"Ultimamente, a coisa cresceu muito dentro de mim. Está barrando a minha vida, estou me fechando..."

É a sétima filha de uma prole de oito irmãos, sendo seis do sexo feminino e dois do sexo masculino. O pai tem 77 anos, é aposentado e a mãe, 74 anos, do lar. Sempre foi mais apegada a ela.

Referiu que o pai somente lidava com a educação dos filhos, quando se tratava de problemas mais graves. A mãe era mais rígida. Ambos os pais sofrem de problemas de saúde. O pai tem diabetes, que ocasionou problemas de circulação e de visão, e a mãe tem artrose.

A paciente contou ser a responsável pelo cuidado da saúde dos pais. Sente que os irmãos não a ajudam e, conseqüentemente, fica tudo sobre sua responsabilidade.

Referiu que, quando criança, tinha problemas de constipação intestinal. Comentou de internação hospitalar com 8 anos, para fazer lavagem intestinal.

Aos 8 anos, teve hepatite. Lembra que tinha medo de urinar, de ver a urina escura e ter de voltar para o hospital. Foi uma criança muito tímida, escondia-se e evitava contato com amigos.

Casou-se aos 26 anos. Não tem filhos. Referiu não terem problemas orgânicos que impeçam gerar um filho, porém, não conseguem. Isso aumenta a ansiedade da paciente.

"Acho que, se eu tiver um filho, meus problemas de saúde vão melhorar. Sou uma pessoa dependente da minha família. Sinto-me frágil. Sinto-me angustiada, fechada, introvertida, tenho dificuldade de dormir. Acordo, à noite, com ansiedade, falta de ar, agitação. Meu maior desejo é ficar boa da saúde e engravidar"

CASO 5: J.A.M., 21 anos, fem., casada, natural de Santa Bárbara D'Oeste/SP, procedente de Campinas, 1º Grau incompleto, do lar, católica.

A paciente acha que seu quadro de cólicas e gases em excesso e diarreia, agravou-se depois da gravidez, há, aproximadamente, três anos. Foi procurar atendimento médico há um ano, porque suspeitava estar com cólera.

"Acho que tenho alguma coisa na barriga, no intestino, na vesícula. Depois que tive a criança, as cólicas aumentaram bastante. Não posso comer algumas coisas, de sentir o cheiro fico com ânsia, como uma mulher grávida"

A paciente é a caçula de uma prole de três filhas, tendo as irmãs 23 e 22 anos, respectivamente. Possui mais dois irmãos do terceiro casamento da mãe, sendo um menino de 17 anos e uma menina de 13.

Contou que seu pai faleceu logo após seu nascimento.

"Ele cortou o pé com um prego e não cuidou, acabou indo para o hospital e morreu de tétano. Era um homem teimoso. Minha mãe conta isso com muita tristeza"

Após o falecimento do pai, a situação financeira da família piorou. Segundo a paciente, o avô paterno ficou com a herança do filho.

"Isso deixou a gente muito revoltada. Minha mãe teve que trabalhar, passamos muitas necessidades"

A mãe casou-se novamente quando a paciente tinha 2 anos de idade.

"O marido de minha mãe maltratou-a muito, judiava das minhas irmãs, chegou a tirar sangue de uma delas, cortando sua orelha. Depois disso, minha mãe fugiu conosco. Na estrada um homem parou e ajudou dando dinheiro para pegar ônibus"

"Fomos para casa do pai de minha mãe"

Depois de três anos, a mãe juntou-se pela terceira vez. Mantém-se casada até o momento atual. Teve mais dois filhos.

Segundo a paciente, a mãe é uma mulher submissa aos maridos. *"Foi dada como louca durante um ano"*

"Five uma infância ruim! Quando criança, era muito nervosa, dava chitique. Tinha dificuldade de fazer amizade, era submissa desde criança"

A paciente casou-se aos 17 anos. Após um ano engravidou.

"Eu queria muito engravidar. Estava contente, mas me magoou muito a provocação de minha sogra. Magoou por dentro, sufocava, não reclamava, a minha sogra não conversava mais comigo"

"Quando chegou a hora, fui para o hospital, tendo esperança de que as coisas iriam modificar-se com o nascimento da criança. Mas briguei muito com meu marido e a minha sogra não aceitou a mim, nem a minha filha. Ela não queria nosso casamento. Achava que ia roubar seu filho. Depois, não aceitou a neta. Acho que isso é a causa do meu problema de não conseguir ter prazer na relação sexual"

CASO 6: L.A.G., 23 anos, fem., solteira, natural e procedente de Borda da Mata/SP, 3º Grau completo - letras, professora, católica.

O quadro característico de SII foi diagnosticado há dois anos, época em que a paciente começou tratamento médico na UNICAMP. Referiu que, desde a idade escolar, sentia "dor de barriga" e "intestino preso", principalmente na véspera de exames ou quando não queria ir à escola.

Relatou que, no momento, está sentindo-se pressionada pela família, que cobra uma atitude com relação ao seu namoro.

Está namorando há dois anos e encontra-se indecisa quanto aos sentimentos pelo namorado e, conseqüentemente, se deseja casar-se.

Relaciona as fases de recidiva de sua doença com os momentos em que se encontra mais angustiada, indecisa e depressiva.

"Sou uma pessoa que não valorizo o que faço, tenho medo de fazer algo errado e de receber crítica. Se sou criticada, fico mal, diminuída, acho que não sou nada... Também não faço o que eu desejo e sim o que acredito que os outros esperam. Isso me deixa muito tensa"

"Acho que fiquei assim porque nunca recebi apoio e atenção de meus pais. Minha mãe nunca me abraçou, ou disse uma palavra de carinho. Sempre me punia e criticava. Meu pai também sempre foi uma pessoa distante..."

"Sinto que fui rejeitada por eles e acho que somente recebo atenção quando faço algo de certo ou correto... Por isso, sou muito perfeccionista e não aceito errar, principalmente no trabalho. Não falo não para ninguém e isso me sobrecarrega muito... prefiro não contrariar, para não criar confusão..."

"Não costumo falar o que sinto, guardo a minha raiva e depois acabo explodindo sem motivos... tenho medo de errar. Lembro-me de minha mãe dizendo - Não tem jeito mesmo, você não presta!"

É a terceira filha de uma prole de sete filhos. Destes, somente uma irmã encontra-se viva.

Um irmão nasceu morto e os quatro restantes faleceram nos primeiros meses de vida. Não soube dizer a causa dos falecimentos.

"Sempre meu pai quis ter um filho homem... acho que fui rejeitada por ter nascido mulher... meu pai nunca me amou..."

A mãe tem 43 anos, do lar. Segundo a paciente, sempre foi uma pessoa "nervosa", agressiva, dominadora e rígida, na educação dos filhos. Não dava carinho.

"Nunca gostei de ficar com minha mãe. Gostava mais de minha avó. Fui morar com ela aos 6 anos de idade e estou lá até hoje"

O pai tem 50 anos, comerciante, é uma pessoa "fechada", quieto e também punitivo.

"Meus pais nunca assumiram a responsabilidade de serem pais. Sempre meus avós cuidaram de mim e de minha irmã"

A irmã está com 18 anos e possui problemas de saúde, defeito auditivo e bronquite. Parou de estudar na 5ª série.

"Atualmente minha irmã fica em casa, não faz nada, isso me preocupa muito..."

A paciente referiu que, desde criança, foi muito medrosa. Tinha medo de filme de terror e não conseguia dormir sozinha.

"Sempre fui muito obediente, quieta e não contrariava uma ordem. Fui uma criança com dificuldade de fazer novas amizades. Sentia-me discriminada, alvo de gozação e apelidos"

Começou a trabalhar aos 18 anos, como professora. Atualmente mantém este cargo e também trabalha como secretária.

Contou que está namorando há dois anos. Não teve experiência sexual.

"Meu pai e avós são muito antiquados. Não aceitam relação sexual antes do casamento e me pressionam, dizendo que já namorei bastante e tenho que me casar"

Associa esse período de indecisão na sua vida amorosa ao agravamento do quadro somático.

CASO 7: R.R.P., 49 anos, fem., casada, natural de Pavão/ MG, procedente de Monte Mór. 1º Grau incompleto, do lar, católica.

Há nove anos iniciou o quadro de cólicas abdominais e diarreia, com período de remissão, chegando a ficar cinco meses assintomática.

Atualmente, encontra-se em fase de recidiva da doença, com um quadro de constipação, distensão abdominal e gases alternados com diarreia.

Apresenta um quadro de ansiedade com sintomas somáticos.

Referiu que há dez anos fez tratamento dermatológico, em função da queda de cabelo. Desde a infância apresenta intolerância alimentar com um quadro de alternância do hábito intestinal.

Associou o início de seu quadro clínico a problemas no relacionamento conjugal.

"Nesta época, descobri que meu marido tinha um caso com outra mulher. Estava grávida, foi um choque, comecei a passar mal, fiquei nervosa e até hoje não tenho mais saúde..."

"Há meses em que fico boa, posso comer qualquer coisa que não faz mal"

"Meu marido tem problema com a bebida. Quando ele bebe, fico muito nervosa, brigo com ele, tento dar-lhe conselhos. Hoje está mais controlado com a bebida, mas está com problemas no trabalho. Está desempregado. Isto me deixa mal de saúde"

É filha caçula de uma prole de treze filhos.

O pai faleceu há quinze anos, por "mordida de cobra" e a mãe faleceu há vinte e sete anos, tendo problemas psiquiátricos e crises convulsivas.

Referiu que a mãe sempre teve problemas psiquiátricos, necessitando de várias internações hospitalares.

"Essa doença de minha mãe não deixou que ela cuidasse de nós..."

O pai era uma pessoa "nervosa", rígida e utilizava de punição física na educação.

"Minha vida sempre foi um problema. Sai de casa e acabei casando com um marido que bebe. O médico acha que meus problemas ajudaram a criar minha doença..."

"Fui sempre uma criança doente. Com nove anos comecei com problemas de intestino preso. Era medrosa, tinha medo de morte, de doença, não dormia sozinha..."

Começou a trabalhar aos 15 anos, como empregada doméstica.

Casou-se aos 20 anos. O marido tem 49 e é pedreiro. Tem oito filhos, o mais velho com 27 anos e o mais novo com 13, sendo cinco homens e três mulheres.

Referiu que, após o nascimento do último filho, quando fez laqueadura, perdeu o interesse sexual.

Atualmente, o que mais a preocupa é o problema de desemprego do marido.

CASO 8: S.B.S., 49 anos, fem., viúva, natural e procedente de Jundiaí, 1º Grau completo, do lar, espírita.

Foi dado o diagnóstico de SII há dois anos e meio.

Referiu que o marido faleceu há três anos e associou a piora de seus sintomas intestinais à perda do mesmo.

"Soube que para meu problema no intestino não há remédio... Fento por na minha cabeça que vou viver com isso"

"Quando piora o meu intestino, fico com depressão e vontade de chorar"

"Após a morte de meu marido, tive que assumir tudo sozinha.... Esse problema no intestino me judia muito, não tenho fome, não consigo engolir e fico com vontade de chorar"

"Quando o meu marido morreu, foi um choque terrível. Tive vontade de morrer, suicidar-me... Meu sogro caiu na depressão, não agüentou a morte do filho, e morreu depois de sete meses"

"Meu filho também perdeu a vontade de estudar, após a morte do pai... Por isso tive que tentar levantar-me sozinha.... Passei a cuidar da minha sogra, também"

"Quando meu intestino está bom, fico bem, sem angústia... mas não sei até que ponto minha cabeça contribui..."

É a primogênita de uma prole de três filhos, tendo uma irmã com 46 anos e um irmão com 40 anos, casado.

O pai tem 76 anos e possui Mal de Parkison. A mãe tem 74 anos.

"Meus pais foram bons trabalhadores. Não se preocupavam muito comigo. Nunca me lembro de minha mãe ter se preocupado comigo quando criança. Nunca perguntou sobre meus problemas. Não recebia apoio..."

"Nunca me lembro de minha mãe ter-me abraçado, beijado"

"Fui uma criança doente, tenho medo de mortos, dormia com minha mãe. Aos 5 anos tive "colerina", vomitava e tinha diarreia. Fiquei quase morta. A partir daí, comecei a ser criança com problema. Não tinha apetite, tinha má digestão, diarreia e dores no intestino, no ingresso à escola"

Teve fobia escolar e chegou a perder um ano letivo, em função de problemas de saúde.

Começou a trabalhar aos 16 anos, ajudante de costureira.

Casou-se aos 26 anos, teve um filho, hoje com 21 anos.

"Hoje não tenho mais prazer em nada... vejo a vida com muita tristeza... Meu ponto de apoio é meu filho... sou sozinha... já tive até vontade de me suicidar..."

"Tenho medo da vida, sou insegura"

"Acordo de madrugada e não consigo mais dormir. Todos os problemas me vêm à cabeça e tornam-se enormes..."

CASO 9: J.N.R., 40 anos, fem., casada, Natural de Pernambuco, procedente de Sumaré, 1º Grau incompleto, do lar, pentecostal.

O quadro de SII foi diagnosticado em 1992, momento que começou o acompanhamento médico na UNICAMP.

A paciente, há três meses, perdeu seu filho de 19 anos que foi vítima de um atropelamento e sofreu derrame cerebral.

"Sinto um mal estar no estômago, sobe para a garganta, aperta a garganta e dá tremedeira nos nervos... Quando estou nervosa piora o mal-estar e dá diarreia... Se me preocupo durante o dia, à noite perco o sono e não consigo dormir... Desde a morte de meu filho não consigo mais dormir, só à base de calmantes"

Referiu ter "problemas de nervos" há, aproximadamente, dez anos. Associa sua primeira crise de nervos à sua primeira cirurgia (cesaria). Passou por mais oito cirurgias entre as quais, hérnia de iato, úlcera, cisto no ovário, varizes, amigdalite.

Segunda de uma prole de oito filhos, sendo três homens e cinco mulheres.

Pai com 65 anos e mãe com 61 anos, referiu que ambos sofrem de sérios problemas de saúde, como problemas cardíacos, pressão alta.

"Meu pai tem gênio forte, foi muito durão, nunca tive liberdade, era grosseiro e violento. Chegava a bater em todo mundo e não me deixava namorar. Sofri muito na mão dele"

"Minha mãe é mais calma e sempre deu tudo para os filhos"

A família residia em Pernambuco, na roça, até a paciente completar 10 anos de idade. Em seguida, mudaram-se para o Paraná e depois vieram para São Paulo.

"Estava ruim na lavoura, não tinha emprego e eu sofria muito de problema na coluna e no estômago. Vim para São Paulo para me tratar. Sempre fui doente"

"Tive uma infância difícil. Ficando mais velha, foi piorando a vida, porque o meu pai ficou mais rígido. Não deixava sair de casa. Ficava triste, fechada, reclamava só para minha mãe. Acho que tudo isso foi a causa do meu nervoso. Acho que tudo se inicia no começo da vida da gente..."

"Quando fiquei menstruada, adoeci. Fiquei seis meses sem contar para minha mãe. Fiquei com medo, achava que era uma doença ruim. A minha mãe nunca explicou nada sobre essas coisas (sexo)"

"Casei-me aos 17 anos e não sabia nada sobre sexo. No começo foi muito difícil"

O marido, atualmente, tem 46 anos, é pedreiro. Tiveram três filhos, estando hoje um vivo com 21 anos. O primeiro filho morreu de pneumonia dupla, aos três meses, há vinte e dois anos. O último filho faleceu este ano, aos 19 anos, de acidente automobilístico (SIC).

"Acho que a perda dessas pessoas foi a causa de meus problemas de saúde"

Fez tratamento psiquiátrico por 4 anos, em função do quadro de cefaléia e desmaios.

Parou há nove anos com o tratamento - (SIC).

CASO 10: O.A.G., 38 anos, masc., solteiro, Natural e Procedente de Socorro, 1º Grau incompleto, atividades manuais, católico.

O início do quadro diarréico foi a partir de setembro de 1992. Em novembro deste mesmo ano iniciou tratamento na UNICAMP, sendo diagnosticado o quadro de SII. Chegou a perder cerca de dez quilos.

"No começo, os médicos deixaram-me nervoso. Disseram que eu tinha uma massa na barriga. Eu estava pensando que era doença ruim, como câncer"

"...hoje ainda tenho medo de morrer. Medo de ter uma doença grave..."

"Minha mãe morreu de câncer no intestino, em 1990. Tinha 60 anos. Ficou dois anos doente. Morava comigo, eu cuidava dela. Era muito apegado a ela..."

"Meu pai ainda é vivo e logo que minha mãe morreu, foi morar com outra mulher, só dois meses depois. Hoje ele mora sozinho com ela"

"Tenho uma irmã de trinta e três anos, solteira, é secretária e está namorando para casar-se... Moro com ela, hoje"

"Nunca me dei com meu pai. Hoje o visito uma vez por mês. A mulher do meu pai é viúva e é rica..."

"Meu pai sempre teve um temperamento forte... Eu tinha medo de contrariá-lo. Era muito bravo, batia na gente. Era nervoso e discutia com minha mãe..."

"Quando fiquei adolescente comecei a brigar muito com meu pai. A gente discutia muito"

"Minha mãe era submissa, não brigava. Não falava nada, não saía de casa, porque sempre estava doente. Era nervosa também. Sempre fui muito apegado a ela..."

"Quando criança, tinha poucos amigos. Sempre fui doente, tinha problemas de vermes. Era magrinho. Na adolescência saía pouco, ficava mais em casa"

"Meu pai reclamava que eu não podia trabalhar porque era muito fraco... Eu quebrava meu braço com muita facilidade..."

O paciente tem como escolha sexual a homossexualidade desde a adolescência. Porém, referiu ter tido somente um relacionamento homossexual, há cinco anos. Disse nunca ter tido uma namorada e tem problemas sexuais, como ejaculação precoce.

"Sómente consegui um orgasmo na relação homossexual. Porém, hoje em função dos problemas de saúde, não procuro mais sexo..."

CASO 11: M.L.M., 36 anos, fem., solteira, Natural de Iguatão/MG, procedente de Paulínia, 1º Grau incompleto, cozinheira, católica.

Os primeiros sintomas da SII iniciaram há, aproximadamente, três anos.

"Começou de uma hora para outra a dor de barriga e a diarreia, logo após chegar do meu serviço. Desde pequena tinha muita "solitária". Morava na roça e não fazia tratamento"

É a quinta de uma irmandade com seis mulheres e três homens.

O irmão mais velho, há três anos, faleceu de cirrose hepática aos 45 anos de idade (SIC).

"Meu irmão era alcoólatra e sua mulher também. Ele morreu em março e ela acabou morrendo no mesmo ano, de tanto beber..."

Referiu tomar Gardenal (200g por dia), porque desde criança tinha desmaios.

Têm dois irmãos, com quadro de crises convulsivas que tomam Gardenal também.

O pai faleceu aos 48 anos, por problema cardíaco, há vinte e quatro anos. Tinha crises convulsivas.

A mãe tem 67 anos e tem problema cardíaco, usa marca-passo.

"Meu pai era bravo, não gostava de que eu saísse de casa. Tinha que fazer as coisas na hora em que ele queria. Ele batia com vara quando desobedecia..."

"Minha mãe não era brava"

"Eu lembro quando meu pai morreu... Ele gritou no quarto. A luz apagou e, quando chegamos perto, ele estava morto... Choramos tanto... Sentimos tanta falta dele..."

"Quando criança, eu era arteira. Não tinha muitos amigos. Não saía de casa. Até hoje não tenho amigos, não saio de casa... Há dezoito anos moro em Paulínia e não saio de casa"

"Moro com uma irmã, três irmãos e uma sobrinha de 16 anos, cujo pai morreu..."

"Hoje sinto vergonha de ir ao médico em Paulínia, pois preciso sempre ir, por causa de minha dor de barriga e ferida na boca. Tenho herpes de quinze em quinze dias. Sou nervoso por dentro. Percebi que de quinze dias para cá meu coração está disparado... Todos de minha família, quando fazem 30 anos, têm problemas no coração... Não tenho medo disto..."

A paciente referiu que começou a trabalhar aos 8 anos, na roça.

"Já tive dois namorados. Namorei dois meses cada um. Acho que não tive mais, porque não tenho lazer. Não vou a clubes, festas. Acostumei-me, desde criança, a ficar em casa, com minha mãe..."

"Com relação aos amigos, prefiro não falar algo que sinto para não perder os amigos. Mas as pessoas acabam aproveitando-se de mim. Sinto raiva por dentro..."

"Tenho problema de não conseguir dormir; às vezes, sinto falta de ar, não sei o motivo..."

CASO 12: O.D.M., 30 anos, masc., casado, Natural e procedente de Rafard/SP, 1º Grau incompleto, operário, católico.

O início do quadro diarréico ocorreu em novembro de 1992, acompanhado de náuseas e empachamento. Apresenta quadro de epigastralgia, há mais de dez anos.

"Aos 14 anos comecei a sentir azia e queimação no estômago. Fiz diversas coisas para curar, até simpatia. Há três anos, acabou a azia, mas comecei a ter dores e cólicas na barriga"

"O que mais me incomoda é a coluna. Há quatorze anos tenho essas dores. A parte de baixo das minhas costas (região lombar) é dolorida. Ela trava. O serviço exige ficar fora de posição. Isso me deixa irritado, nervoso, estouro fácil..."

"Sinto dois tipos de nervosismo, um quando tenho que fazer algo, por exemplo, ser avaliado no exame para motorista e antes da consulta médica e acabo tendo dor de barriga e diarreia. Isso tenho desde criança, antes das provas escolares. O segundo tipo de nervoso piorou depois do casamento. É uma irritação com meus filhos. Qualquer coisa eu fico nervoso, estouro e começo a sentir dores no peito"

"Se acordo à noite, tenho dificuldade de pegar no sono novamente..."

"Eu me apego muito fácil às pessoas..."

Primogênito de uma prole de cinco filhos, sendo quatro homens e uma mulher. O mais novo tem 21 anos.

O pai tem 66 anos, é aposentado e a mãe, 58 anos, do lar.

"Meu pai e minha mãe sempre foram nervosos. A mãe tem problema no coração, sempre esteve doente. Precisa tomar cuidado para não falar algo errado, senão ela fica doente..."

"Acho que minha educação foi solta. Fui sempre mais apegado à minha mãe. Preocupo-me com ela. Está sempre nervosa... chorando. Apóia-se muito em mim..."

O paciente casou-se aos 24 anos, depois de dois anos de namoro. A esposa tem 33 anos, do lar. O casal tem dois filhos do sexo masculino, com 12 e 7 anos, respectivamente.

CASO 13: F.C.S., 55 anos, fem., viúva, natural do Rio de Janeiro, procedente de Santa Bárbara D'Oeste, 1º Grau incompleto, do lar, católica.

O tratamento na UNICAMP começou em janeiro de 1993. Re-feriu que há dezenove anos fez uma cirurgia para "levantar o útero".

"Foi na época da menopausa que comecei a sentir dores na barriga, estava muito nervosa..."

Apresenta um quadro de diarreia crônica alternada com constipação intestinal, desde a infância. Houve uma piora nos sintomas há, aproximadamente, um ano, época em que se iniciou um quadro de gastrite.

"Sempre fui muito nervosa. Depois que comecei a sentir dores pelo corpo todo, comecei a tomar calmante (Lexotan)..."

"Quando eu fico nervosa, a minha pressão sobe... Agüento as coisas até que não dá mais e acabo explodindo..."

"A minha família não me entende, porque gosto das coisas tudo certinho, arrumado... Não gosto de casa bagunçada, gosto de cada coisa em seu lugar..."

É a sétima de uma irmandade de uma mulher e oito homens. O irmão caçula e a irmã mais velha faleceram. Os pais são falecidos.

"Meu pai sempre foi trabalhador... Era carrasco. Não conversava com os filhos, não explicava as coisas. Era rígido, mas nunca bateu. Não dava o braço a torcer..."

"Minha mãe era muito nervosa, brava. Era rígida, pessoa da coisa certa. Não me deixava ir a bailes..."

"Nasci no Rio de Janeiro, mas fui criada no nordeste. Era uma criança irritada, chorona, birrenta... tinha pesadelos de morte, fantasma e o meu coração disparava"

"Desde criança, o meu pai me levava à roça para não ficar vadando..."

"Minha mãe só deixava brincar com meninas, com meninos não podia"

"Saí da casa de meus pais aos 17 anos e fui morar com uma tia. Nesta época, comecei a trabalhar como doméstica"

"Sentia-me como uma escrava de minha prima. Não gostava de morar com minha tia, porque queria ser a dona de meu nariz"

"Casei-me aos 19 anos, porque minha tia me obrigou. Tinha medo de que eu perdesse a virgindade. Na época, meu marido tinha 30 anos"

"Não gostava de meu marido, porque ele ficava de quatro a cinco dias fora de casa e voltava bêbado"

"Depois de cinco anos de casamento, meu marido foi atropelado e morreu. Tive dois filhos, hoje com 34 e 32 anos, respectivamente"

"Fiquei nove meses viúva, depois casei-me novamente na igreja. Tive dois filhos, neste segundo casamento. Atualmente, estão com 26 anos e 20 anos. Hoje meu atual marido tem 77 anos e está com câncer no estômago"

"Neste meu segundo casamento, tenho problemas com a família de meu marido... Sinto-me rejeitada por ele... Acho que dá mais atenção para sua própria família"

A paciente reside com o filho solteiro, de 25 anos e com o marido.

CASO 14: L.M.A.S., 32 anos, fem., casada, natural de São Gonçalo de Sapucaí/MG, procedente de Pouso Alegre/MG, 2º Grau completo, do lar, católica.

Os primeiros sintomas no intestino ocorreram há três anos.

"Na época, passei pelos médicos de minha cidade, mas não encontraram doença nenhuma. Fica difícil entender o que eu tenho no intestino. Não tenho nada orgânico, já fiz todos os exames possíveis... Não é fácil, para mim, admitir a opinião dos médicos..."

"Quando iniciou a diarreia, eu estava com gastrite crônica... Cheguei a pensar que estava com câncer... Em seguida, comecei a ter a diarreia. Sinto dores e cólicas leves no intestino durante o dia inteiro, tenho vontade de evacuar o dia inteiro... Estou com uma alimentação super controlada... Não consigo admitir que o estado nervoso causa diarreia..."

"É difícil admitir que eu não tenha uma doença... A médica disse que o que sinto é normal. Talvez eu tenha uma pressão no intestino e comece a sentir demais... De três anos para cá, a única coisa que tenho na minha vida é o problema de medo de ter uma doença grave, parei até de estudar e de trabalhar..."

A paciente foi encaminhada pela Gastroclínica da UNICAMP, em maio de 1993, para realizar um acompanhamento psiquiátrico.

Este tratamento está sendo realizado quinzenalmente, junto ao suporte medicamentoso (Tofranil).

"A psiquiatra disse que eu tenho uma doença psicossomática, criada pela minha mente..."

Primogênita de uma irmandade, quatro homens e três mulheres.

A mãe tem 52 anos, é cozinheira e o pai, com 52 anos, é vigia noturno. Residem em Pouso Alegre.

"Minha mãe é como meu marido, acredita na opinião dos médicos. Para eles eu não tenho nada... Ficou difícil minha relação em casa e com a família"

"Minha mãe sempre foi na dela, não era carinhosa. Meu pai sempre foi muito violento, estúpido. Não conversava com os filhos e não admitia conversas. Batia nos filhos"

"Vivemos na roça até quando fiz 5 anos. Depois fomos morar na cidade. Ficamos em Mogi Guaçu até eu fazer 16 anos e há dezesseis anos mudamos para Pouso Alegre"

"Desde criança tive poucos amigos. Comecei a trabalhar aos 16 anos, como cobradora de ônibus. Sempre tive o sonho de ser médica"

Casou-se aos 20 anos, tem dois filhos, de 6 anos e 1 ano e 6 meses, sendo uma menina e um menino, respectivamente. O marido tem 37 anos, é motorista.

"A minha relação com meu marido ficou difícil depois que começou meu problema de saúde... Mas desde que eu me casei, não consigo ter prazer na relação sexual. Isto incomoda..."

"Será que esse problema não surgiu por causa do estupro?"

A paciente foi estuprada aos 18 anos (SIC).

"Na época não contei para ninguém... Não denunciei para não espalhar..."

CASO 15: M.C.C., 20 anos, masc., solteiro, natural de São Bernardo do Campo, procedente de Campinas, 2º Grau incompleto, estudante, católico.

O quadro diarréico iniciou em janeiro de 1992. Em agosto de 1993, fez sua primeira consulta na Gastroclínica da UNICAMP.

"Quando começou a diarréia, com fezes moles, eu estava em férias escolares. Foi um pouco antes de eu sair da loja... (último emprego). Na época acho que estava tenso. Fui reprovado na escola"

"Não acho que a tensão provocou a diarréia. Mas agora estou tenso por problemas em casa e por causa da doença..."

"Fiquei com medo da diarréia e pedi para fazer exame da AIDS..."

Caçula de uma prole de três filhos. A mais velha tem 21 anos, é secretária e o do meio, com 23 anos, é sindicalista.

O pai tem 51 anos, desempregado há um ano e meio.

A mãe tem 47 anos, desempregada há três meses.

"Meu pai é aparentemente uma pessoa boa... É bom nas aparências, para os amigos... Eu o acho folgado. Não começa a trabalhar nunca... Nunca converso com ele..."

"Agora estou com a cabeça quente, porque estou desempregado há nove meses. Isso piorou a convivência com o meu pai. Minha mãe reclama muito de mim, sinto-me pressionado. Estou desempregado, desde que começou a doença"

"Minha mãe é à moda antiga, submissa. Reclamou do pai para mim, que ele não toma decisão, que não trabalha. Tudo que ela faz tem que ter um palpite do pai"

"Acho que tive uma educação rígida até os 18 anos. Davam conselhos. Mas não proibiam"

"Mudei várias vezes de cidade, por causa das mudanças de emprego do meu pai"

"Essas mudanças atrapalhavam mais na escola...Desde criança não tenho uma amizade verdadeira..."

"Sempre me senti rejeitado pelos meus colegas..."

Não teve uma namorada por mais de quatro meses.

Tem como atividade de lazer participar de um grupo de dança. Estuda à noite.

CASO 16: L.S., 22 anos, fem., casada, natural de Apucarama/PA, procedente de Barão Geraldo, 1º Grau incompleto, ajudante de professora de pré-escola, católica.

Iniciou o tratamento na Gastroclínica-UNICAMP, em junho de 1993.

Há três anos, começou com quadro de diarreia e dor abdominal em cólica, após um surto de rubéola.

"Não sei o que eu tenho, mas me sinto mal, em função deste problema. Fico insegura por causa da diarreia e evito ir ao cinema, passeios..."

É a caçula de uma irmandade composta de dois homens e cinco mulheres.

O pai tem 57 anos, é operário e mãe, do lar, tem 56 anos.

"Vivi minha infância no sítio. Meus pais trabalhavam na roça. Tanto meu pai como minha mãe eram carinhosos, brincavam com os filhos. Mas a educação era rígida, não me deixavam sair de casa, tinha horários. Mas eu não me incomodava com esses controles"

"Moramos na roça até eu ter 6 anos. Mudamos para São Paulo para tentar uma vida melhor"

"Quando criança eu não tinha tempo para brincar, ajudava minha mãe nos serviços de casa... Reclamava, porque não tinha tempo para brincar ou estudar..."

Começou a trabalhar aos 16 anos.

Há um ano é auxiliar de professora.

"Trabalho oito horas por dia. É um trabalho cansativo, mas gosto de trabalhar com criança... tem bastante gente para conversar..."

Casou aos 19 anos. Ficou grávida, mas referiu ter tido planos para casar.

"Meu pai ficou muito chateado, mas depois aceitou"

O marido tem 31 anos, é vigia. Têm um filho de 2 anos e 7 meses.

"Tanto minha mãe como meu marido são preocupados com minha saúde..."

"No final de semana a diarreia melhora. Quando tenho que trabalhar, sair para algum lugar, enfrentar algo novo, tenho as crises de diarreia... Sinto-me ansiosa. Não tenho lazer por causa da doença..."

CASO 17: I.S.A., 43 anos, fem., casada, natural de Muzambinho/MG, procedente de Limeira,
1º Grau incompleto, manicure, evangélica.

O quadro diarréico iniciou há seis anos. Começou o tratamento médico, na UNICAMP, em junho de 1990.

"A diarréia vem sem eu esperar, tenho que ir ao banheiro e não tem relação com que eu como"

"Quando penso que eu estou bem, vejo que não estou, tenho a disenteria e vem aquela decepção"

"Quando estou mais nervosa, pioram as dores, os gases e a diarréia. Fico aborrecida, não aceito essa doença"

"Para resolver, choro, desabafa, rezo para Deus..."

"Quando piorou a diarréia novamente, fiquei desesperada porque achava que era câncer"

No ano de 1987, iniciou tratamento psiquiátrico na UNICAMP. Foi encaminhada por médico Clínico Geral.

O motivo para o encaminhamento à Psiquiatria foi um quadro de crises de choro, angústia, tristeza e nervosismo. Referiu problemas de relacionamento com marido e filha. Foram levantadas as seguintes hipóteses diagnósticas: neurose de ansiedade, neurose depressiva e estado de angústia com traços histéricos, hipocondríacos e depressivos. Foram receitados Dormonide e Diazepan.

É a quarta filha de uma prole de dez, sendo cinco homens e cinco mulheres.

A mãe tem 72 anos e o pai, 78 anos.

"Minha mãe é nervosa, autoritária, proibia tudo, batia na gente e fazia a gente trabalhar e ajudar nos serviços de casa... Mas, sempre fui mais apegada a minha mãe, até hoje"

"Meu pai é mais calmo, não batia na gente"

"Minha mãe contava do fim do mundo, que a gente tinha que obedecer, senão ficava sem a mãe... Sempre fui muito preocupada, com medo de perdê-la..."

Começou a trabalhar aos 7 anos, ajudando a mãe nos trabalhos domésticos, na roça.

Aos 8 anos foi morar na casa de uma tia materna. Era dama de companhia e ajudava nos serviços domésticos.

"Morava com minha tia para ajudar a minha mãe. Fiquei três anos trabalhando... Acho que trabalhei muito, que não valeu a pena..."

Casou-se aos 16 anos.

Referiu que na sua primeira gravidez, descobriu que tinha púrpura. O bebê nasceu prematuro e faleceu duas horas após. Três anos depois, teve um aborto. Referiu que não sabia que estava grávida. Depois de quatro anos, ficou grávida pela terceira vez. O médico disse que se havia curado da púrpura.

"Fiquei mais feliz quando a minha filha nasceu... Quando estava doente o meu marido me desprezou, não me aceitou"

Atualmente, a filha está com 16 anos, casada e reside com o marido.

Referiu que na sua terceira gravidez, o marido desenvolveu um quadro de esquizofrenia. Ficou internado em hospitais psiquiátricos três vezes. Nunca mais trabalhou e ficou oito anos na cama. Há três anos saiu da cama e teve uma melhora do quadro.

"Meu marido, hoje, pesa 100kg., não faz nada, só come e bebe... Fiquei cinco anos de minha vida só tratando do meu marido, dava-lhe banho, comida na hora. Ele chegou a ter crises de raiva, queimava os móveis, destruiu tudo"

"Minha filha não aceita o pai... Cobra muito dele. Acha que ele se entrega, não luta e não ajuda..."

"Desde o nascimento da minha filha, há dezesseis anos, não tenho mais sexo... Não tenho mais confiança no meu marido... Às vezes ele me procura, deixo acontecer, mas não tenho mais interesse por ele. Sinto falta de uma relação sexual. Gostaria de ter uma pessoa ao meu lado"

CASO 18: N.P., 32 anos, masc., solteiro, natural e procedente de Limeira/SP, 1º Grau incompleto, desempregado, evangélico.

O quadro diarréico iniciou há, aproximadamente, dois anos. Começou acompanhamento médico na UNICAMP desde outubro de 1993.

"Antes eu achava que a diarreia piorava com o nervoso... Hoje não faço ligação com o que ocorre na minha vida"

Filho caçula de uma prole de cinco.

O pai tem 76 anos, é aposentado, e a mãe, 75 anos.

Moraram na roça até o paciente completar 17 anos.

"Quando morava no sítio, sentia-me muito sozinho, não brincava muito, só com meus irmãos..."

"Meu pai bebia muito e ficava agressivo, irritado e brigava com minha mãe... Minha mãe era muito nervosa, ficava irritada com qualquer coisa. Ficava nervosa quando meu pai bebia. Há dezessis anos que o meu pai está doente, na cama. Feve um derrame e ficou inválido. A mãe cuida dele. Hoje ela é uma pessoa calma, tranqüila..."

O paciente começou a trabalhar aos 16 anos, como operário.

"Mudei várias vezes de emprego, porque sempre tive muitos problemas de saúde. Faltava muito e era mandado embora... Vivia atrás de médico, com problemas no fígado, estômago, fraqueza... Estou hoje desempregado de novo, por causa da minha doença..."

"Nunca tive uma namorada sério. Há mais de dois anos não tenho mais relação sexual, por causa da doença"

"À noite sonho muito, tenho pesadelos. Fico cansado quando estou dormindo... Acordo chorando... São muitos pesadelos, e sempre se repetem..."

CASO 19: M.H.R.P., 46 anos, fem., casada, natural e procedente de Tapiratiba/SP; 1º Grau incompleto, lavadeira, católica.

Iniciou tratamento médico na Gastroclínica-UNICAMP, desde janeiro de 1991.

Associado ao quadro de SII, a paciente tinha um problema de hemangioma hepático, provocado por trauma físico e síndrome dispéptica.

"Sinto cólicas, dores terríveis e diarreia, chego a suar frio. Meus problemas de saúde começaram desde quando me casei... Grávida, e tive entre a vida e a morte, porque passou a hora de ter o bebê. Meu primeiro filho"

"Quando estou muito nervosa, ataca tudo: as dores no intestino, no fígado e perco muito peso..."

"De um mês para cá, sinto meu corpo adormecer, dores de cabeça, ânsia de vômito, dor no peito, principalmente, quando fico nervosa com meus filhos... eles me contrariam demais"

"Antes, o meu problema era com meu marido. Agora é preocupação com meus filhos. A menina está namorando e os irmãos não aceitam o namoro. Eles brigam com ela e ela acaba descontando em mim, fazendo malcriação. Ela acha que sou culpada... Meu filho também vem com tudo prá cima de mim... xinga, maltrata. Ele acha que eu tenho que resolver o namoro deles..."

"Meu filho brigou com a turma do namorado da irmã, e por isso não aceita o namoro... Eu acho que não tenho como resolver. Se eu vou contra o namoro dela, ela xinga e vem contra mim..."

"Há um ano e meio ela namora, e só tem 16 anos. Pelo gosto do rapaz, eles já se tinham juntado. Tenho medo de não dar certo o casamento também..."

"Antes eu tinha problemas com meu marido. Ele batia em mim, bebia muito... O médico falou que foi de um murro que eu tomei que provocou o problema no fígado. Ele batia por ciúmes. Ele não gostava de que eu saísse à porta de casa, não podia conversar com ninguém... Ele só brigava com a gente. Um dia, tentou matar-me com uma corda... Sofri muito. Choro muito. Ficava junto com ele por causa dos filhos. Com isso, sofri muito, desde quando me casei. Assim foram vinte e cinco anos de sofrimento. Sempre na esperança, que um dia, ele ia melhorar"

"Não tive tempo de namorar. Assim que ele me conheceu, pegou-me a força e me estuprou. Eu não tinha nem 16 anos. Fiquei grávida. Meu pai nos fez casar, mas eu não queria... Não tinha ninguém em casa... A minha mãe estava no hospital... Eu fui obrigada a contar para meus pais"

"Quando eu estava grávida de três meses, ele me deu um murro no estômago. Estava bêbado. Eu tinha dó, ele ameaçava que ia me matar quando eu saísse. Tinha medo de que fizesse isso..."

"Há seis anos ele quis mudar de cama. Ele dorme num quarto e eu no outro, com meus filhos. Não tenho mais relação sexual. Ele é que quis isso... Mudou, não briga mais, nós vivemos melhor... talvez por eu estar doente, estar sempre internada... Agora ele tem mais preocupação comigo... Eu não reclamo para ele"

"Meu marido fez tratamento psiquiátrico, porque ele bebia muito. Há seis anos parou de beber... Não sei o que aconteceu para meu marido mudar..."

"Ele não aceita mais voltar para meu quarto... Eu não gostaria de que ele voltasse... Não posso ter relação sexual porque tenho muita dor, ardume. Não sinto falta"

Segunda filha de uma prole de três. Os dois são falecidos. Um faleceu há dois anos, por problema cardíaco, aos 41 anos e o outro faleceu em 1993, com cirrose hepática e parada cardíaca, aos 48 anos.

O pai faleceu há onze anos, por parada cardíaca. A mãe tem 68 anos e mora sozinha.

"Sofri muito com essas perdas. A morte de meu pai foi de repente e dos meus irmãos também... Na morte de meu pai sofri muito... Fiquei doente... Suiu mancha roxa no meu corpo todo... Fiquei assim cerca de três meses. A morte dos meus irmãos também foi um choque... Minha mãe sofre muito. Tenho também preocupação com ela..."

"Meu pai era bom para mim e minha mãe era brava... com 4 ou 5 anos apanhei de chinelo dela. Eu tinha de cuidar do meu irmão menor. Eu apanhei muito no bumbum. Ela sempre batia... Dessa vez ela machucou..."

"Quando criança, não tinha muitos amigos. Brincava sempre sozinha. A mãe não deixava sair nem para brincar... Se teimasse, apanhava..."

"Aos 9 anos comecei a trabalhar de empregada em casa de família"

Casou aos 15 anos. O marido tem, atualmente, 53 anos, é aposentado. Tem sete filhos: quatro meninas e três meninos. A mais velha tem 31 anos e a mais nova, 14 anos.

CASO 20: A.V.A., 31 anos, masc., casado, natural de Peabiru/PR., procedente de Terra Boa/PR., 1º Grau incompleto, desempregado há seis meses, católico.

O quadro característico de SII iniciou em janeiro de 1993. Apresenta dor abdominal, gases e diarreia associada a constipação e um quadro de sonolência e "canseira" mal definidos.

Refere piora do quadro com "nervosismo".

"Tudo que eu como faz mal. O que me deixou mais nervoso é a dor, não sabia o que era... ficava preocupado; pensava que era uma doença que não tivesse cura. Como doença ruim, câncer"

"Larguei meu emprego por causa das dores. Há seis meses estou trabalhando por dia. Um dia eu trabalho, outro não. Antes trabalhava na lavoura"

"Moro com meus pais, depois que eu larguei o emprego"

"No ano passado eu mudei para Indaialuba. Fiquei lá oito meses e não me acostumei. Achei estranho o clima e não consegui um emprego. Quando voltei para casa, piorou meu problema de saúde. Passei por muita dificuldade financeira e muito nervosismo... Quando fico nervoso, pioram minhas dores..."

"Fico nervoso porque quero sair e não para de doer. Minha esposa e meus pais ficam muito preocupados comigo..."

É o segundo filho de uma prole de quatro. O irmão mais velho faleceu quando criança. Tem mais duas irmãs, de 20 e 18 anos.

O pai tem 55 anos, trabalha na lavoura e tem gastrite.

A mãe tem 54 anos, do lar, tem dores no estômago, semelhantes às do paciente (SIC).

"Minha mãe sempre foi nervosa, batia na gente quando fazia "arte". Meu pai era igual a minha mãe"

"Na infância eu era arceiro, brigava muito. Sempre tinha problema de saúde, verme"

Começou a trabalhar na lavoura aos 7 anos.

Casou-se aos 24 anos. A esposa tem 25 anos, trabalha na lavoura também. Têm três filhos. Um menino de 6 anos e um casal de gêmeos, de três anos.

"Há um ano, quando começaram as dores na barriga, acordo várias vezes durante a noite. Acordo preocupado com as dores que não param"