



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

CARLA RODRIGUES ZANIN

**SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL:
TRATAMENTO CONVENCIONAL E
TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL**

São José do Rio Preto
2015

CARLA RODRIGUES ZANIN

**SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL:
TRATAMENTO CONVENCIONAL E
TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do Título de Mestre no Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas.

Orientadora: Profa Dra Neide A. Micelli Domingos

São José do Rio Preto

2015

Zanin, C R

Síndrome do Intestino Irritável: Tratamento Convencional e
Terapia Cognitivo-Comportamental

São José do Rio Preto, 2015

81 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio
Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientadora: Prof^ª Dr^a Neide A. Micelli Domingos

1. Síndrome do Intestino Irritável; 2. Tratamento Cognitivo-
Comportamental; 3. Estresse, Depressão e Ansiedade; 4. Psicoterapia

CARLA RODRIGUES ZANIN

**Síndrome do Intestino Irritável:
Tratamento Convencional e Terapia
Cognitivo-Comportamental**

BANCA EXAMINADORA

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE**

Orientadora: Neide Ap. Micelli Domingos

1º Examinador: Priscila Silveira Duarte Paschoal

2º Examinador: João Gomes Netinho

São José do Rio Preto, 31/07/2015

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Lista de Anexos.....	vii
Lista de Apêndices.....	viii
Lista de Figuras e Quadros.....	ix
Resumo.....	x
Abstract.....	xii
Justificativa.....	xiv
Introdução.....	1
Objetivos.....	13
Geral.....	13
Específicos.....	13
Casuística	14
Critérios de exclusão.....	14
Seleção da amostra.....	14
Materiais e Método.....	16
Grupo Intervenção (GTCC).....	17
Grupo Controle (GTC).....	20
Plano de análise de dados.....	20
Aspectos éticos.....	21
Resultados.....	22
Discussão.....	42
Conclusões.....	54
Referências Bibliográficas.....	56

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus filhos Guilherme e Gustavo, crianças maravilhosas, amáveis e carinhosas, que sem mesmo entender, me motivaram e me ajudaram, com paciência e aceitação diante da minha ausência, a concluir meu estudo.

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento especial à Dra. Neide A. Micelli Domingos, que na minha graduação, me apresentou a abordagem cognitivo-comportamental, a qual me apaixonei e tive a certeza de como eu gostaria de desempenhar o meu trabalho, e que foi um exemplo de profissional competente e ética, que se tornou uma amiga que posso contar a toda hora, e que tive a honra de ser orientada no mestrado. Obrigada pela paciência, disponibilidade, amizade, carinho, compreensão e auxílio. Levarei você no meu coração sempre.

À Dra. Maria Cristina O.S. Miyazaki, meu agradecimento especial por ter me apresentado a Psicologia da Saúde, ainda na década de 90, durante a minha graduação, e por ser um modelo de profissional competente, a qual tive o privilégio de poder trabalhar e aprender mais a cada dia.

Como não falar das minhas amigas-irmãs, Leda Maria Branco, Christiane Maia, Carmem Fernandes, Nilmara Barbosa e Paula Sforcin, obrigada pela amizade, pelos bons momentos que passamos juntas, pelo carinho e apoio de sempre, pela paciência e compreensão nas horas difíceis, pelo auxílio para resolução de problemas, pelo ouvir sem julgar, pelo respeito, pelas broncas, pelas agradáveis surpresas, pelos cafés tomados durante esses anos, enfim, por existirem na minha vida. Vocês me fazem uma pessoa melhor. Obrigada por tudo.

Agradeço ao Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto, em nome do psicólogo Randolpho dos Santos Junior, chefe do serviço de Psicologia e da psicóloga Leda Maria Branco, sub-chefe, pelo apoio, compreensão e motivação para que eu pudesse concluir este tão sonhado título de mestre.

Meus sinceros agradecimentos à equipe de Coloproctologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto, em nome do Dr. João Gomes Netinho, chefe do Departamento, Dr. Luis Sergio Ronchi e Dr. Marcelo Maia pelo acolhimento em suas equipes e oportunidade de conhecer a doença Síndrome do Intestino Irritável, a qual me intrigou e me desafiou a estudar e contribuir para que esses doentes tivessem uma qualidade de vida melhor.

À Fundação Educacional de Fernandópolis (FEF) minha gratidão por acreditarem em mim e me proporcionarem compor o corpo docente à tantos anos, valorizando e respeitando meu trabalho, o qual eu faço com tanto amor e prazer.

Agradeço especialmente a minha coordenadora e amiga Rádila Salles e meus colegas e amigos professores da Fundação Educacional de Fernandópolis Oswaldo Longo Junior, Marinei Besteti, Lucilene Reis, Raquel Siminati, Ana Luiza Alves, Conceição Poletto Gurian, Carol Albuquerque e Aleandra Polegatti pelo apoio e motivação para a conclusão do mestrado.

Aos colegas e amigos do Departamento de Otorrinolaringologia, em nome do Dr. José Vitor Maniglia e Serviço de Deficiência Auditiva do Hospital de Base, em nome da fonoaudióloga Magali Orate Menezes da Silva, minha gratidão pela paciência e compreensão pela ausência em muitos momentos.

Ao IPECS, em nome do José Carlos Domingos e sócias, meu agradecimento pela parceria e apoio de sempre.

À psicóloga Ana Rita Ribeiro dos Santos, muito obrigada pelo aprendizado em pesquisa. Foi com a sua supervisão que fiz minha primeira pesquisa em 1995 e me apaixonei por esse ofício tão trabalhoso e tão prazeroso.

À todos os aprimorandos que passaram pela minha área, e pude exercer meu papel de supervisora durante esses anos, muito obrigada, aprendi muito com cada um de vocês e sinto saudades Ligia Tozati, Oswaldo Longo Junior, Cristiano Viana, Samara Manna, Jeanne Santana, Graziela Nogueira, André, Jennifer Koller, Janine Santos, Larissa Marques dos Santos, Janiele Pereira, Camila Agneli e Natalia Souza.

Aos pacientes que participaram deste estudo, muito obrigada. Sem vocês nada disso seria possível.

Ao Laboratório de Psicologia e Saúde da FAMERP, muito obrigada pelo acolhimento e oportunidade de usufruir deste espaço para concluir meu trabalho e partilhar muitos momentos especiais.

Aos meus amigos queridos Fernando Magalhães e Cesar Augusto Parra. Vocês entraram na minha vida de mansinho e se instalaram de forma permanente. Obrigada por fazerem parte dela. Amigos de verdade, para todos os momentos.

Agradeço de todo o coração, o amor e o carinho da minha tia Vanir Domarco. Obrigada por ter sido tão presente na minha vida. Você é um exemplo de ser humano, sempre disposta a ajudar a todos, com carinho e desprendimento. Te amo.

Às minhas primas-irmãs, Juliana, Vanessa e Giovana Domarco. Moramos juntas tantos anos, e só fortalecemos esse nobre sentimento: o amor. Minha vida não seria a mesma sem vocês. Obrigada pelo amor, carinho, consideração, respeito e por serem as tias tão amadas e queridas dos meus filhos. Amo vocês.

Não poderia deixar de falar de pessoas que foram necessárias e fundamentais na minha vida e que Deus levou para perto de si. Tio Durval, meu pai postiço, com ele aprendi muito, o desprendimento, a alegria de viver, o bom humor, e dentre tantas outras coisas, o amor; meu avô materno David, exemplo de austeridade, ética e

honestidade; minha avó materna Assunta, a pureza e a inocência mais linda, a força e a grandeza de uma pequena mulher que despertava o amor em todos que passavam por ela; minha avó paterna Amélia, mulher guerreira, forte, lutadora. Aprendi muito com cada um de vocês. Simplesmente, obrigada. Meu amor eterno.

Ao meu marido Adão Junior, obrigada por existir na minha vida, por ser um pai tão presente e amado para nossos filhos, pelo amor e carinho, por batalhar arduamente ao meu lado e por no momento de incerteza quanto a ingressar no mestrado, você firmemente me disse: “Vai, esse é o seu momento”. Obrigada por tudo. Te amo.

Meu agradecimento especial, cheio de amor e de carinho ao meu pai Antonio Carlos. Obrigada pela educação, pelo exemplo de profissional competente e responsável e pela disponibilidade e desprendimento no auxílio ao próximo. Acima de tudo, obrigada por ser esse avô amado, carinhoso, disponível, cheio de energia, e que ensina a cada dia para os meus filhos, o amor verdadeiro. Te amo.

À minha querida mãe, Wilma, muito obrigada pela vida, pelos ensinamentos, pelo exemplo de força, resignação, complacência, enfrentamento, desprendimento, amor ao próximo, gentileza, luta. Você me ensinou o amor mais puro e generoso. Sem mesmo eu perceber, você me fez apreciar a profissão de educadora, professora, profissão que amava tanto e ajudou tantos jovens a aprender não só a Língua Português, mas ajudou a formar caráter e valores, assim como fez comigo. Mamãe você é fundamental na minha vida, assim como é para seus netinhos Guilherme e Gustavo, que te amam tanto, que choram de saudade na sua ausência. Obrigada pelo apoio de sempre, especialmente nos momentos mais difíceis, pela motivação e valorização do meu trabalho. Obrigada por sentir orgulho de mim. Obrigada por existir. Nosso amor é para todo sempre. Te amo muito.

Por fim, meu agradecimento especial para duas “pessoinhas” que mudaram a minha vida, Guilherme e Gustavo. Conheci o amor incondicional com vocês, deixei de lado a preguiça, o egoísmo, o individualismo, passei horas acordada velando os seus soninhos quando estavam doentes, passei grande parte do meu tempo olhando para cada cantinho dos seus rostinhos e conhecendo cada olhar, cada sorriso, cada movimento. Todo tempo ao lado de vocês, é infinito. Vocês me tornam uma pessoa melhor, uma mulher mais madura e uma mãe cada vez mais grata e abençoada por tê-los na minha vida. Obrigada. Amo vocês para toda a eternidade.

LISTA DE ANEXOS

Anexo A: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD).....	66
Anexo B: Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP).....	67
Anexo C: Questionário de Qualidade de Vida – SF36.....	70
Anexo D: Escala Visual Analógica (E.V.A.).....	75

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1: Ficha de dados sócio-demográficos.....	76
Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	78
Apêndice 3: Parecer Comitê de Ética em Pesquisa (FAMERP).....	81

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1: Fluxograma da seleção da amostra dos grupos Tratamento Convencional (TC) e Tratamento Cognitivo-Comportamental (TCC).....	15
Quadro 1: Delineamento do tipo pré e pós-teste.....	17
Quadro 2: Estrutura das sessões de TCC.....	18
Quadro 3: Estratégias e técnicas da intervenção em TCC.....	19

RESUMO

A Síndrome do Intestino Irritável (SII) é um transtorno gastrointestinal crônico que acarreta prejuízos significativos na qualidade de vida dos pacientes e está associada à ansiedade, depressão e estresse. O objetivo do estudo foi avaliar o impacto da terapia cognitivo-comportamental (TCC) associado ao tratamento convencional da SII. Participaram do estudo 14 pacientes adultos (21 a 65 anos) em acompanhamento uma vez na semana durante quatro meses no Ambulatório de um Hospital de Ensino do interior paulista e *follow-up* de seis meses. A seleção foi por amostra de conveniência para os grupos de intervenção (Terapia Cognitivo-Comportamental - GTCC) e controle (Tratamento Convencional – GTC). Foram utilizados Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; Inventário de Sintomas de Stress; Escala Modos de Enfrentamento de Problemas; Qualidade de Vida; Escala Visual Analógica (E.V.A.) e ficha com dados sóciodemográficos. Pacientes de ambos os grupos, apresentaram sintomas de ansiedade, depressão e estresse, com redução dos sintomas na avaliação, após os quatro meses e no *follow up*, no GTCC, com melhora clínica significativa tanto dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Não houve mudanças significantes na avaliação pré e *follow up* do G TC quanto aos sintomas de ansiedade, depressão e dor. Todos os pacientes de ambos os grupos apresentaram dor na avaliação inicial, com redução da intensidade da dor no pós (4 meses) no *follow up* (6 meses), no G TCC, mostrando diferença significativa. No *follow up* (G TC e G TCC) houve diferença significativa indicando diminuição das queixas de dor, após intervenção psicológica no G TCC, sugerindo que a TCC tem demonstrado eficácia no tratamento dos pacientes com SII para o controle da dor. A maioria dos domínios de qualidade de vida foi avaliado como insatisfatório para ambos os grupos, apresentando melhora clínica na avaliação pós intervenção e no *follow up*, no

G TCC. Em comparação no *follow up* do GTC e GTCC, os dados mostraram diferenças significantes nos domínios capacidade funcional, aspecto físico, aspecto social e aspecto emocional, indicando que a intervenção psicológica desempenha papel importante no controle e redução dos sintomas físicos e emocionais, bem como apresentou diferença significativa na avaliação pré e pós intervenção e pré e *follow up* no GTCC. A estratégia de enfrentamento menos utilizada foi o enfrentamento no problema e social no GTC na avaliação pré e *follow up*, no GTCC, o enfrentamento social foi o menos utilizado na avaliação pré. Entretanto houve aquisição de estratégias de enfrentamento observadas na avaliação pós (4 meses) e follow up (6 meses) no GTCC. Os resultados demonstraram a presença de ansiedade, depressão, estresse e prejuízos na qualidade de vida presentes nessa amostra e impacto positivo da TCC para o controle dos sintomas físicos e emocionais, bem como melhora na qualidade de vida e aquisição de estratégias de enfrentamento, demonstrando a necessidade de intervenção adequada para pacientes com SII.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental; depressão e ansiedade; estresse; dor; qualidade de vida; síndrome do intestino irritável.

ABSTRACT

Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a chronic gastrointestinal disorder that causes significant impairment on the patients' quality of life. It is associated with anxiety, depression and stress. The objective of this study was to evaluate the impact of cognitive-behavioral therapy (CBT) associated with the conventional treatment of IBS . Fourteen adult patients (21 and 65 years old) participated in the study. They were attended once in a week during four months and had a six month-follow up in the outpatient clinic of a school hospital in the interior of São Paulo state . A convenience sample for the intervention groups (cognitive-behavioral therapy - CBT) and control (Conventional Treatment – CT) was used as selection standard. Hospital Scale of Anxiety and Depression ; Inventory of Stress-Related Symptoms; Scale of Modes Coping Problems; Quality of life; Visual Analog Scale (VAS) and a register with sociodemographic data were used. Patients in both groups showed symptoms of anxiety, depression and stress, with reduction of symptoms in the evaluation after the four months and their follow up , in the CBT with significant clinical improvement of anxiety and depression and stress symptoms. No significant changes were observed in pre- and follow up of the CT G according to the symptoms of anxiety, depression and pain. All patients in both groups had pain at baseline, with a reduction in pain intensity in the post (4 months) at follow up (6 months), in the CBT, showing significant difference. At follow up (TC G and CBT G) a significant difference pointing out a decrease of pain complaints after psychological intervention in CBT G, suggesting that CBT has shown efficacy on the pain control treatment of IBS patients . Most of quality of life domains were assessed as unsatisfactory for both groups, with clinical improvement in post intervention assessment and follow up, in the CBT G. Comparing

the follow up of the CT G and CBT G, data showed significant differences in the domains functional capacity, physical aspect, social aspect and emotional aspect, pointing out that psychological intervention plays an important role in the control and reduction of physical and emotional symptoms as well as showing significant difference in pre- and post intervention and pre and follow up in the CBT G. The least used coping strategy was facing the problem and social GTC in the pre and follow-up, the CBT G, the social confrontation was the least used in the pre. However, there was acquisition of coping strategies observed in post evaluation (4 months) and follow up (6 months) in the GTCC. The results showed some anxiety, depression, stress and impaired quality of life in this sample as well as positive impact of CBT for the control of physical and emotional symptoms and improvement in the quality of life and acquisition of coping strategies, demonstrating the need for appropriate intervention for patients with IBS.

Keywords: Cognitive behavioral therapy ; depression and anxiety ; stress; pain ; quality of life; irritable bowel syndrome .

JUSTIFICATIVA

O diagnóstico de uma doença crônica afeta todos os aspectos da vida de uma pessoa, acarretando mudanças físicas, nas atividades da vida diária, sociais, familiares e profissionais.

Doença crônica pode ser definida como uma condição que interfere no funcionamento da vida diária, por um período maior que três meses em um ano ou quando requer hospitalização superior a um mês por ano ou quando frente a um diagnóstico de doença crônica, acredita-se que essas duas condições possam ocorrer.⁽¹⁾

Para a Organização Mundial de Saúde⁽²⁾ é uma condição física que requer período contínuo de hospitalização ou tratamento e difere de outros problemas de saúde porque pode ser prevenida, mas não curada. Isto significa acompanhamento médico constante, além da necessidade, em alguns casos, do uso de medicação, controle alimentar e/ou realização de atividade física regular, entre outras indicações. O indivíduo precisa aceitar a doença como parte de si⁽³⁾ e trabalhar em prol de sua saúde, visando uma melhor qualidade de vida.

A Síndrome do Intestino Irritável (SII) é um transtorno gastrointestinal funcional crônico, com desconforto ou dores abdominais recorrentes e modificação na frequência da evacuação.⁽⁴⁾ Como toda doença crônica, diversos prejuízos emocionais estão associados à SII, como o estresse, a depressão e a ansiedade.^(5,6) Portanto, há necessidade de um programa específico de intervenção para o manejo das demandas emocionais, controle dos sintomas físicos e melhora na qualidade de vida destes pacientes.

Para diversas doenças crônicas, como fibromialgia e cefaléia tensional, cujo componente central é a dor, além do tratamento médico, outros tratamentos têm sido

propostos, como a terapia cognitivo-comportamental.⁽⁷⁾ Para outras doenças, como a hipertensão arterial e SII, mudanças de estilo de vida são fundamentais. O tratamento medicamentoso e o controle de estresse, baseado na terapia cognitivo-comportamental proporcionam uma vida longa e saudável a estes pacientes.^(3,8)

No Brasil, psicólogos têm estado envolvidos na utilização e divulgação de programas de intervenção, como a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de diversas doenças crônicas, como a SII, diabetes, cefaleia, zumbido, fibromialgia entre outras.⁽⁸⁾

No entanto, a população socioeconomicamente menos favorecida, muitas vezes, não tem acesso aos tratamentos (terapia cognitivo-comportamental e biofeedback), embora bastante difundidas e utilizadas no Brasil, em função do custo e do tempo de acompanhamento.

O Hospital de Base é atualmente reconhecido como importante centro médico de atendimento terciário de alta complexidade, e também como um centro de ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade na área da saúde. Desta forma, a pesquisa poderá fornecer subsídios teóricos para implementação e disponibilização de outras formas de tratamento à comunidade, atingindo assim um dos princípios da ciência que é a vinculação da produção do conhecimento ao desenvolvimento social.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde⁽²⁾ define doença crônica como doenças de longa duração e geralmente de progressão lenta. Difere de outros tipos de problemas de saúde porque pode ser prevenida, mas não curada e requer período contínuo de hospitalização ou tratamento. Pacientes crônicos frequentemente experimentam intensa sensação de desorganização e, a partir do diagnóstico, modificações em relação ao estilo de vida podem requerer mudanças ou abandono de planos para o futuro,⁽⁹⁾ uma vez que requer manejo a longo prazo.^(10,11)

O modo como os indivíduos reagem às doenças crônicas depende do entendimento que o mesmo tem a respeito do problema e de sua percepção sobre o impacto que irá causar na sua vida e no funcionamento familiar.^(12,13) A adaptação positiva as novas condições de vida favorecem o funcionamento físico, psicológico e social, proporcionando um aperfeiçoamento da qualidade de vida, que geralmente é avaliada apenas em termos de sobrevivência e sinais da presença da doença, sem considerar as consequências psicossociais da doença e do tratamento.⁽¹⁴⁾

Doenças crônicas estão presentes em todos os grupos etários, em todos os níveis socioeconômicos e culturais, e em decorrência disso, fatores como, idade, gênero, classe social, questões filosóficas e religiosas, maturidade emocional e auto-estima se tornaram importantes nessa condição. Geralmente, gera um impacto no estilo de vida do indivíduo, que quando não adaptado tende a manifestar sentimentos de ressentimento.⁽¹⁵⁾

A Síndrome do Intestino Irritável (SII) é um transtorno gastrointestinal crônico causando desconforto ou dores abdominais recorrentes e modificações na frequência de evacuação,⁽⁴⁾ podendo apresentar inchaço abdominal, alteração das fezes, eliminação excessiva de gases ou dificuldade em eliminá-los e sensação de evacuação incompleta⁽¹⁶⁾. Para alguns autores,^(4,16,6) o quadro sintomático pode ter predomínio de diarreia, de

constipação ou alternância entre os dois. Um dos principais critérios de diagnóstico é a ausência de substrato orgânico estrutural evidente como inflamação, parasitas, deficiência de enzima ou alimentação inadequada que melhor explique os sintomas, compreendendo o diagnóstico como clínico. As alterações funcionais não são exclusivas do intestino grosso e ocorrem também, no intestino delgado associando-se com frequência a distúrbios de todo o tubo digestivo.⁽⁶⁾ Os sintomas da SII são melhores descritos pelos critérios de Roma III⁽¹⁷⁾ no Quadro I.

Quadro I. Critérios diagnósticos (Roma III) para SII

Critérios diagnósticos de Roma III para Síndrome do Intestino Irritável

Dor ou desconforto abdominal recorrente durante \geq 3 dia por mês, nos últimos 3 meses, associados a duas ou mais das seguintes características:

1. Melhoria com defecação
2. Associado a alterações na frequência das evacuações
3. Associado a variações na forma das fezes

-
- Início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico
-

De acordo com estudos recentes, não há necessidade de realizar vários exames para o diagnóstico da SII. Pacientes que apresentam sintomas típicos e que não relatam sintomas e sinais de alarme como emagrecimento, anemia, enterorragia, febre recorrente, mudança do calibre das fezes, massa palpável e história familiar de câncer de cólon, não necessitam realizar vários exames para diagnosticar a síndrome.⁽⁶⁾

Essa doença é muito frequente na prática médica. Ocorre mundialmente e acomete homens e mulheres de todas as faixas de idade, com prevalência mundial de 10% a 20%.⁽¹⁸⁾ Alguns dados de serviços especializados em gastroenterologia nacionais e internacionais ressaltam que os distúrbios funcionais representam até 50% de todos os

diagnósticos realizados, entretanto, aproximadamente 70% a 90% dos pacientes não procuram atendimento médico.^(19,20) Em decorrência desses fatos, os valores para a frequência da SII são subestimados de forma considerável. Diferenças populacionais e metodológicas, bem como fatores socioculturais nos estudos também contribuem de forma negativa para a caracterização epidemiológica da SII.

Dados de levantamento populacional têm demonstrado uma incidência baixa de SII em países da África negra, como Uganda. A doença parece ser mais comum em indivíduos negros da África do Sul com residências nas zonas urbanas. Um outro levantamento⁽²¹⁾ com a população norte-americana, não observou diferença de incidência da SII entre caucasianos e afro-americanos. Grande incidência (9% a 18%) é encontrada no subcontinente indiano e na China, bem como na América Latina.⁽²²⁾

Entre os pacientes que procuram os serviços de saúde, observa-se uma predominância maior em mulheres do que em homens, evidenciando uma proporção de 2:1. Entretanto, este dado pode ser devido ao fato de as mulheres procurarem mais ajuda médica.^(5,23) Dados contrários são observados em países asiáticos, como Índia e Taiwan, onde a prevalência da SII é maior em homens, sugerindo a influência de questões socioculturais, como a maior disponibilidade de serviços médicos para a população masculina.⁽²⁴⁾

Devido à cronicidade da doença, nos Estados Unidos, despesas médicas tem um impacto negativo no sistema de saúde acarretada pela SII.⁽²⁴⁾ Não existem dados estatísticos em relação aos custos decorrentes da SII no Brasil, mas acredita-se ser bastante relevante.

A fisiopatologia da SII ainda encontra-se desconhecida ou não totalmente esclarecida.⁽²⁵⁾ Entretanto pesquisadores ressaltam que sejam multifatoriais, considerando as várias manifestações clínicas que os pacientes apresentam, tornando pouco provável que

um único mecanismo seja responsável pela SII.^(26,27) De acordo com estudos, as alterações na motilidade gastrointestinal, bem como na percepção visceral e fatores psicossociais contribuem para as manifestações dos sintomas.^(6,26)

Têm sido muito estudadas as alterações da regulação das conexões do sistema nervoso central (SNC) com o intestino, sugerindo que centros neurais superiores modulam as atividades motora e sensorial gastrointestinal, e vice-versa. Segundo o modelo proposto acredita-se na interação contínua das atividades motoras, sensoriais, autonômicas do trato digestivo com o SNC. Entende-se que informações exteriores ou cognitivas, conectando-se com centros que interferem na função gastrointestinal, possam influenciar a secreção, a motilidade e as sensações digestivas.⁽⁶⁾ Compreende-se por informações exteriores e cognitivas: a ocorrência de mudanças na vida do indivíduo, conflitos no trabalho, dificuldades econômicas ou interpessoais, consumo de determinados alimentos, ingestão de fármacos, abuso de substâncias psicoativas, fatores hormonais, alguns transtornos psiquiátricos (transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico e depressão) e características de personalidade (autoexigência, baixa tolerância à frustração e autoestima, necessidade de aprovação social e rigidez para o cumprimento de normas sociais).^(6,26,25) Estudos destacam ainda que sintomas “extraintestinais”, como cefaleias, problemas com o sono, palpitações cardíacas e fadiga crônica, sinaliza a importância da somatização correlacionada a fatores psicossociais como: neuroticismo, ansiedade, depressão e déficit no enfrentamento.⁽²⁸⁾ De acordo com estudos recentes, o SNC processa anormalmente as informações na SII.⁽²⁶⁾

A hipersensibilidade visceral, comum nos pacientes com SII, pode desencadear a hipermotilidade colônica e a exacerbação do reflexo gastrocólico após a alimentação, o que justifica os frequentes sintomas observados nessa população.⁽²⁹⁾ A intensificação do reflexo gastrocólico pode levar a prejuízos da qualidade de vida, que além do curso crônico da

doença, apresenta variações em sua intensidade. Os sintomas muitas vezes, se superpõem ou se confundem com outros distúrbios funcionais do aparelho digestivo, como dispepsia, constipação ou diarreia funcional.^(30,31,24)

Estudos demonstraram uma associação entre Dor Abdominal Recorrente (DAR) na infância e o diagnóstico de SII na vida adulta. De acordo com pesquisadores, crianças com DAR podem desenvolver a SII no início da vida adulta. Relatos de pacientes com diagnóstico de SII citam a DAR na infância.^(32,33) Problemas gastrintestinais na história familiar também são relatados por pacientes com SII, e de acordo com pesquisadores podem estar associados a herança genética e aprendizagem dos sintomas.⁽³³⁾

Pesquisas baseadas no método Rorschach demonstraram que os pacientes com SII apresentam traços de imaturidade e hipocondria, falta de habilidades para manejar o estresse e presença de várias distorções cognitivas.⁽³⁴⁾ Entretanto, pesquisadores questionam as alterações na personalidade citadas ressaltando problemas metodológicos da pesquisa. A justificativa está relacionada a pesquisas com pequenos grupos, não randomizadas e sem grupo controle.^(35,36)

De acordo com o DSM-IV⁽³⁷⁾ e DSM-5⁽³⁸⁾, há grande sobreposição entre os transtornos somatoformes e falta de clareza em relação às fronteiras dos diagnósticos, mesmo que esse transtorno se apresente essencialmente em contextos gerais de saúde e não mentais. Entende-se que a SII não é considerada uma doença psicossomática, ela é relacionada à ansiedade, depressão e estresse.⁽⁶⁾

Bohm e Gimenes⁽⁵⁾ sugerem que os sintomas emocionais estão relacionados também às consequências da SII. Surge com o impacto do diagnóstico de uma doença crônica, gera um impacto negativo no funcionamento, destaca-se a possibilidade de não adaptação à doença, que geralmente estão atribuídas as dificuldades para o manejo das

demandas, bem como os prejuízos nas habilidades de enfrentamento, resolução de problemas e comprometimento da adesão ao tratamento.

Diversos prejuízos têm sido relatados nas vidas dos pacientes com SII, afetando o funcionamento diário de forma significativa. Entre eles, irritabilidade e cansaço excessivos, insônia, tensão e diminuição do interesse sexual.^(39,20) De acordo com pesquisadores, na presença dos sintomas da doença, os pacientes evitam atividades como trabalho, viagem, interação social, atividade sexual, lazer, tarefas domésticas, ingestão de alguns alimentos e fazer as refeições com outras pessoas.^(40,23) Um dado significativo relatado por Forbes e Hunter⁽¹⁵⁾ diz respeito aos prejuízos laborais. No Reino Unido, a SII é a segunda maior causa de absenteísmo no trabalho.⁽⁴¹⁾

Estudo realizado⁽⁴²⁾ com 770 pacientes com SII atendidos em um centro de referência universitário, demonstraram cansaço fácil, pouca energia, sintomas predominantemente dolorosos, sensação de que algo “muito sério” estaria acontecendo com seu corpo e sintomas que permaneciam por mais de 24 horas. Quanto ao aspecto psicológico foram destaques: tensão, nervosismo, desânimo, dificuldade para dormir, interferência dos sintomas no desempenho sexual e pouca energia. Esses autores concluíram que os pacientes com SII apresentavam uma qualidade de vida prejudicada e impactada por vários fatores “extraintestinais”.

Outro estudo⁽⁴³⁾ demonstrou que 50% dos pacientes com SII apresentaram sintomas de ansiedade e depressão, antes e durante os sintomas gastrintestinais. Além destes sintomas, prejuízos na autoestima e auto eficácia, podem comprometer a qualidade de vida e podem ter um impacto negativo no curso da doença.⁽⁴⁴⁾

De acordo com Nogueira, Lima, Zanin e Netinho,⁽⁴⁵⁾ em estudo realizado, os pacientes com SII apresentaram sintomas leves de depressão, sintomas moderados de ansiedade e presença de estresse, ressaltando a necessidade de intervenção psicológica para

a aquisição de novo repertório cognitivo e comportamental para o manejo das demandas emocionais e melhora da qualidade de vida.

Uma revisão de literatura,⁽⁶⁾ destaca o envolvimento de fatores psicológicos na SII, os quais tem sido relatados na prática médica desde 1932. Resultados que apontam fatores emocionais associados à etiologia da doença são divergentes na literatura atual, entretanto, é evidente que o estresse e a ansiedade desempenham importante papel no curso da doença.

Programas de rastreamento envolvendo o impacto de fatores psicossociais, comportamentais e cognitivos sobre a saúde e doença, ressaltam a importância da prevenção em saúde e intervenção com o objetivo de identificar doenças em um estágio inicial de desenvolvimento e interromper o seu curso ou retardar a sua progressão. Este procedimento visa promover a saúde dos doentes e prevenir complicações psicossociais.⁽³⁶⁾

Pesquisadores brasileiros, destacam que os fatores emocionais não devem ser considerados como causa da SII⁽⁴⁶⁾, mas sim como condições agravantes do quadro. Sugerem que pacientes com diagnóstico de SII em associação com depressão, pânico ou ansiedade, provavelmente, apresentarão a exacerbação dos sintomas intestinais nos períodos de problemas emocionais e acrescentam que o tratamento da SII deve ser sintomático e orientado para a intervenção relacionada à gravidade do quadro e demandas emocionais encontradas no paciente.⁽⁶⁾

Durante o período de exacerbação dos sintomas da SII, os pacientes tendem a se esquivar de atividades de desempenho, lazer, sexuais e interpessoais, o que pode comprometer de forma significativa a qualidade de vida e rotina dos pacientes.^(23,47)

Sintomas como dor ou desconforto abdominal estão presentes em todos os pacientes com SII como critérios para o diagnóstico e podem estar presentes tanto nos quadros de constipação e diarreia, quanto na alternância entre os dois. No episódio de

constipação, a dor esta associada ao acúmulo de gases devido a pouca motilidade intestinal. Já no quadro de diarreia, é mais comum o relato de desconforto abdominal na forma de cólica, associado ao excesso de motilidade do intestino, mesmo depois do esvaziamento do mesmo.⁽²³⁾

Pacientes relatam dor anal no momento da evacuação, a qual está associada ao quadro de constipação devido à dificuldade em eliminar as fezes ressecadas. Nesses casos é comum o paciente ser acometido por trombose hemorroidária. A dor que ocorre sob a forma de ardência pode estar associada ao quadro de diarreia. Os pacientes que apresentam queixas de desconforto não doloroso, como a sensação de inchaço abdominal e de evacuação incompleta, sugere-se uma hipersensibilidade visceral como o problema fundamental. Esse quadro é evidenciado por dados experimentais e clínicos que demonstraram o desenvolvimento de desconforto ou dor como respostas sensoriais exageradas à atividade fisiológica normal.⁽⁴⁸⁾

A percepção dolorosa é conceituada como experiência sensorial e emocional desagradável, associada à lesão tecidual real, ou potencial. A avaliação da dor é um processo complexo no qual o pesquisador só pode realizá-la a partir do relato de quem sofre uma agressão tecidual. A precisão na descrição da dor tem como indicativo o relato subjetivo do paciente. No entanto, a avaliação e registro da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipe prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do paciente.⁽⁴⁹⁾

O manejo das demandas emocionais para uma melhora da qualidade de vida dos pacientes com SII é fundamental. Fatores como a ansiedade, depressão e estresse, bem como períodos de exacerbação dos sintomas desempenham papel importante para o declínio da qualidade de vida.^(23,47)

Pesquisadora^(50,3) define o estresse como uma ameaça à homeostase de um organismo, o qual pode ser real ou percebido, e evoca respostas adaptativas para defender a estabilidade interna e garantir a sobrevivência do organismo. Assim, os diferentes tipos de estresse maximizam e perpetuam os sintomas gastrointestinais. Estresse a trauma no início da vida (abuso, negligência e perda de cuidadores primários) tem papel importante na vulnerabilidade dos indivíduos para desenvolver futuramente doenças gastrintestinais funcionais, como a SII. Estresse vivido em episódios ameaçadores durante a vida adulta (transtorno do estresse pós-traumático) também são fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde.

Considerando a definição e os tipos de estresse, fica evidente que o mesmo, é um fator importante relacionado ao aparecimento e à exacerbação das crises na SII, variando de 51% a 87% nos estudos com instrumentos padronizados para a avaliação de estresse.⁽⁵¹⁾ Em função deste estudo, um grupo de pesquisadores internacionais reconheceu a influência do estresse na SII, indicando a psicoterapia como intervenção complementar ao tratamento médico convencional.⁽⁶⁾ Diante dos prejuízos biopsicossociais, nos pacientes com SII fica evidente a necessidade de abordagens terapêuticas específicas para esta população⁽⁴⁵⁾, bem como a necessidade de uma equipe multidisciplinar para um melhor atendimento aos doentes crônicos.⁽⁵²⁾ Dados empíricos mostram que muitos pacientes com SII não respondem aos tratamentos convencionais e necessitam de outras formas de intervenção.

O objetivo do tratamento dos pacientes com SII é o alívio e controle dos sintomas físicos e psicológicos com o intuito de resgatar a qualidade de vida. A psicoterapia individual ou em grupo tem demonstrado um impacto positivo na vida dos pacientes,⁽²³⁾ bem como a relação empática entre médico e paciente. Pesquisas mostram que uma relação cordial e respeitosa, com explicações claras e compreensíveis acerca da natureza

funcional e dos resultados à longo prazo da SII podem levar a uma maior adesão ao tratamento.⁽⁵³⁾

O tratamento médico para a SII envolve uma suplementação com dieta em fibras e o uso de drogas como mebeverina, loperamida, brometo de pinavérico, amitriptilina, agentes antiespasmódicos, receptores de serotonina, ansiolíticos e antidepressivos.^(54,55,46) Autores^(54,55,46) apontam que a terapia medicamentosa é ineficaz se os problemas psicossociais não forem tratados. Considerando essa afirmação, a ideia de que variáveis comportamentais estão envolvidas na SII ficam fortalecidas e sendo alvo de estudos por parte de psicólogos e equipes de saúde.

Estudos controlados e duplo-cegos sugerem que a resposta placebo promove melhora dos sintomas em mais de 50% dos pacientes com SII e que a terapêutica medicamentosa nem sempre é necessária.⁽²⁶⁾

Dezesseis estudos clínicos randomizados/controlados com terapia psicológica sugerem que o tratamento psicológico é mais eficaz que o placebo no alívio dos sintomas individuais.⁽⁵⁶⁾ Outro estudo realizado por Koloski et al⁽⁵⁷⁾ demonstrou que terapia com antidepressivos são superiores aos de efeitos placebo.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma forma de psicoterapia que baseia-se na maneira de como o indivíduo interpreta os eventos e por sua vez, como interfere no comportamento e emoção.⁽⁵⁸⁾ Há uma interação recíproca entre pensamentos, sentimentos, comportamentos, fisiologia e ambiente e qualquer modificação em um desses componentes pode provocar mudança nos demais.⁽⁵⁹⁾

A TCC trabalha com três níveis de cognição: crenças centrais (são as idéias e conceitos mais enraizados sobre nós mesmos, sobre os outros e o mundo; são incondicionais), pressupostos subjacentes (são as regras, padrões, normas e atitudes que guiam nossa conduta) e pensamentos automáticos (são cognições ativadas por eventos

externos ou internos; ocorrem milhares de pensamentos diariamente, são involuntários e a maioria não é percebida conscientemente).⁽⁵⁸⁾ É uma terapia que requer forte aliança terapêutica, é colaborativa, psicoeducativa, focal, com sessões estruturadas e utiliza uma variedade de técnicas para modificar os pensamentos, humor e comportamento.⁽⁵⁸⁾ Assim, a TCC pode contribuir para o manejo do estresse, identificação e redução de sintomas de depressão e ansiedade, bem como modificar hábitos que prejudicam o estilo de vida do paciente, tornando-os vulneráveis a manutenção e/ou desenvolvimento de doenças.^(60,36)

Estudo⁽⁴⁵⁾ com pacientes com SII em psicoterapia de grupo sob a abordagem cognitivo-comportamental por cinco meses demonstrou redução dos sintomas de depressão, de ansiedade e de estresse após reavaliação. Esses dados sugerem o impacto positivo da TCC no tratamento de pacientes com SII.

Uma pesquisa realizada recentemente, utilizando também a TCC, sugeriu que a técnica de Exposição Interoceptiva (EI) das sensações viscerais demonstrou eficácia no tratamento com SII,⁽⁶¹⁾ contribuindo para a melhora em todos os domínios da qualidade de vida, destacando os aspectos físicos e dor.⁽⁴⁵⁾

Os estudos que fundamentaram a recomendação da psicoterapia para o manejo e controle do estresse para essa população foram realizados com a finalidade de avaliar a presença de transtornos emocionais (ansiedade e depressão) e identificar eventos de vida considerados estressantes. Assim, a presença de estressores crônicos, como divórcio, dificuldades de relacionamento, doença grave, cuidadores de pacientes com doenças graves, fracassos laborais, dificuldades de habitação e demissões forçadas, dificulta a melhora de pacientes com SII, enquanto a redução ou ausência destes estressores pode ser um pré-requisito para uma melhora significativa.⁽⁶⁾

Alguns estudos têm demonstrado a redução dos sintomas da SII associada a estratégias e técnicas psicológicas como relaxamento progressivo, técnicas de respiração, treino de inoculação de estresse e aprendizagem dos conceitos de assertividade, que envolvem exercícios de relaxamento muscular progressivo, manejo de estresse, desvio da atenção de sensações físicas (relacionadas aos sintomas) e reestruturação cognitiva.^(62,5,36)

Uma das técnicas utilizadas pela TCC que pode contribuir com pacientes com SII é o automonitoramento (AM) é utilizado para a observação, avaliação e intervenção em problemas de saúde. Em estudo de caso realizado por Bohm e Gimenes⁽⁵⁾ na avaliação do funcionamento do intestino, foi realizado o registro de evacuações, horário, duração, local e aspecto das fezes. No registro de atividades diárias, foram incluídas atividades como refeições, atividades físicas, estudo, trabalho, lazer, entre outras consideradas relevantes, seus horários e durações, pessoas presentes, eventos que ocorriam após essas atividades e sentimentos e sensações envolvidas. No formulário de consumo alimentar, estavam envolvidos o tipo de refeição, alimentos e bebidas ingeridas e a quantidade de cada um. O AM possibilitou a auto-observação que não existia antes do estudo. O paciente passou a reconhecer a interação de suas atividades e o funcionamento intestinal, levando a um melhor controle dos sintomas. A percepção da diminuição dos comportamentos-problema, contribuiu para a aquisição de sentimentos de auto-eficácia e adesão ao tratamento.

Outro estudo realizado por Neff e Blachard⁽⁶³⁾ demonstrou redução dos sintomas da SII por meio de um tratamento com educação sobre o funcionamento do intestino, relaxamento muscular progressivo, biofeedback, treinamento cognitivo e manejo de estresse. No entanto, esse trabalho não apresentou descrições e análises funcionais sistemáticas das atividades diárias envolvidas nas situações que foram modificadas (geralmente denominadas de estressantes).

As revisões sistemáticas de literatura demonstram que existem poucos tratamentos efetivos de forma duradoura para a SII, provavelmente pelo pouco conhecimento sobre a etiologia, o que torna necessárias mais investigações sobre a mesma. O que se observa na literatura é que as atividades da vida diária, ou o estilo de vida se correlacionam com a manifestação dos sintomas da SII.⁽⁵⁾ Sendo assim, este estudo pode contribuir para aumentar o conhecimento sobre a SII, reafirmar a associação de aspectos emocionais, e principalmente contribuir para o desenvolvimento de programas mais efetivos de tratamento para o controle dos sintomas físicos e emocionais e para melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

OBJETIVOS

Geral

Avaliar o impacto do tratamento convencional (TC) e da terapia cognitivo-comportamental (TCC) e em pacientes com Síndrome do Intestino Irritável.

Específicos

Avaliar pré e pós tratamento de quatro meses e *follow-up* de seis meses em Grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental (GTCC) e pré e *follow-up* de seis meses em Grupo Controle de Tratamento Convencional (GTC):

1. Sintomas de depressão, ansiedade e estresse
2. Estratégias de enfrentamento;
3. Qualidade de vida;
4. Intensidade da dor;
5. Comparar os resultados intragrupos e intergrupos.

CASUÍSTICA

Participaram do estudo 14 pacientes, idade entre 21 a 65 anos, com diagnóstico médico de Síndrome do Intestino Irritável, sem distinção de gênero, em acompanhamento no Ambulatório de Coloproctologia do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, a partir de seis meses a um ano de diagnóstico, com disponibilidade para frequentar o ambulatório uma vez por semana durante quatro meses e *follow-up* de seis meses (10 meses de acompanhamento) em GTCC* e no GTC**, com disponibilidade para retorno após seis meses de avaliação.

Crítérios de Exclusão

Pacientes com transtornos mentais graves (esquizofrenia, transtornos de personalidade); pacientes com outros problemas de saúde associados (por exemplo, epilepsia, câncer, HIV+, problemas renais, hepatopatias, acidente vascular cerebral); gestantes; obesidade mórbida; pacientes com limitações físicas ou psicológicas que os impossibilitem de participar do estudo.

Seleção da Amostra

Os participantes foram selecionados por amostra de conveniência para o grupo de intervenção (GTCC) e controle (GTC), dos ambulatórios de Coloproctologia, que obedeceram aos critérios de inclusão (Figura 1).

*GTCC – tratamento embasado na Terapia Cognitivo-Comportamental.

**GTC – pacientes em acompanhamento medicamentoso no ambulatório.

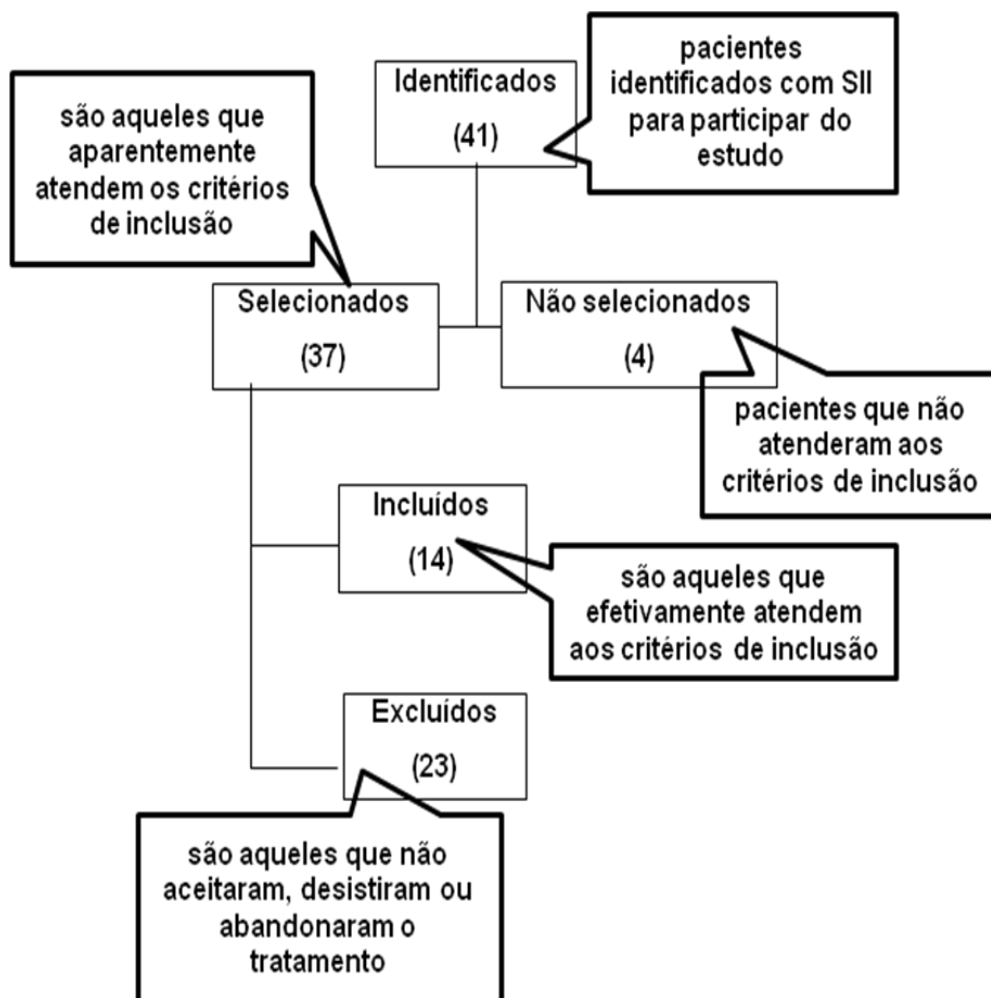


Figura 1. Fluxograma da seleção da amostra dos participantes do estudo do GTC e GTCC

MATERIAIS E MÉTODO

Os participantes foram avaliados por meio de inventários e questionários validados e amplamente utilizados no Brasil.

1. **Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS:** essa escala foi desenvolvida para a aplicação em pacientes não psiquiátricos de um hospital geral. Os conceitos de ansiedade e depressão estão separados nesse instrumento, somando 14 questões de múltipla escolha e duas subescala (ansiedade e depressão) com sete itens cada. O paciente deve responder como se sentiu na última semana. As análises foram realizadas a partir das normas propostas de acordo com a validação elaborada por Botega et al. ⁽⁶⁴⁾ (Anexo A)
2. **Inventário de Sintomas de *Stress* Adulto – ISSL** (Lipp, 2000).⁽⁵⁰⁾ Este instrumento verifica presença de estresse, em qual fase (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) a pessoa se encontra e quais sintomas (psicológicos ou físicos) mais comumente utiliza. Para cada fase há um escore de corte. Na fase de alerta o escore de corte é > 6, na fase de resistência e quase-exaustão é > 3 e fase de exaustão é > 8.
3. **Escala Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP:**⁽⁶⁵⁾ escala de autor relato, composta por 45 itens que se referem à forma como faz, pensa ou sente para enfrentar o problema de saúde, numa escala de cinco pontos, divididas em Enfrentamento Focalizado no Problema (EFP), Enfrentamento Focalizado na Emoção (EFE), Enfrentamento Religioso (ER) e Enfrentamento Social (ES) (Anexo B).
4. **Qualidade de Vida – SF-36:**⁽⁶⁶⁾ instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida composto por 36 itens que abrangem oito domínios: capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), dor (D), estado geral da saúde (EGS), vitalidade (V), aspectos sociais (AS), aspectos emocionais (AE) e saúde mental (SM). O escore final de cada

domínio varia de 0 a 100 (zero: pior estado geral de saúde; 100: melhor estado de saúde) (Anexo C).

5. **Escala Visual Analógica (E.V.A.):**⁽⁴⁹⁾ instrumento qualitativo para a avaliação da intensidade da dor (Anexo D).

Além dos inventários e questionários, os participantes preencheram uma ficha com dados sócio demográficos e clínicos (Apêndice 1).

O delineamento do estudo é do tipo pré e pós-teste com grupo controle, demonstrado no Quadro 1.

Ao ser selecionado para o estudo, foi realizado o convite para a participação do estudo. Após aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) e foi agendada data para início das sessões para o grupo de intervenção (GTCC) e para avaliação no GTC. Os instrumentos de avaliação foram aplicados na primeira e última sessão e com seis meses de *follow-up* no GTCC e no GTC pré e pós-teste (após seis meses de *follow-up*).

Quadro 1. Delineamento do tipo pré e pós-teste.

Grupo	Tipo	Amostra	Procedimento
Síndrome do Intestino Irritável (TC - médico)	Controle (GTC) 7	Conveniência	Pré Pós-teste (6 meses)
Síndrome do Intestino Irritável (TCC)	Intervenção (GTCC) 7	Conveniência	Pré (16 ses, 50 min – 4 meses) Pós-teste (6 meses)

Grupo Intervenção (GTCC)

Foi adotado um programa estruturado de intervenção baseado no modelo cognitivo-comportamental com base na experiência da pesquisadora, de 16 sessões (uma vez por semana), de 50 minutos cada, de acordo com o Quadro 2.

No Quadro 3 são descritos os componentes da intervenção e definição das estratégias e técnicas utilizadas.

Quadro 2: Estrutura das sessões do G TCC.

Sessão	Atividade
1	Explicação sobre objetivos da pesquisa; aplicação dos inventários.
2	Sessão livre para discussão de queixas emocionais. Clarificação. Acolhimento.
3	Socialização do paciente na TCC. Discussão sobre o problema de saúde. Acolhimento. Estabelecimento das metas terapêuticas. Aprendizagem e aplicação do Treino de Relaxamento e Distração Cognitiva. Importância da Automonitoração dos sintomas físicos da SII. Tarefas. Estabelecimento de agenda.
4	Resumo da semana e das tarefas. Psicoeducação (exercícios físicos, alimentação adequada e manejo das demandas emocionais). Reforço das estratégias terapêuticas (treino de relaxamento e distração e autominoração). Discussão sobre os tópicos da agenda. Introdução ao registro de pensamentos disfuncionais RPD e automonitoramento (AM).
5	Resumo da semana e das tarefas. Sessão livre para discussão de queixas emocionais. Aconselhamento. Acolhimento. Reforço das estratégias terapêuticas (treino de relaxamento e distração, AM e RPD).
6	Resumo da semana e das tarefas. Discussão sobre os tópicos da agenda. Verificação e aplicação das Estratégias de Enfrentamento. Introdução do treino de resolução de problemas (TSP). Reforço das estratégias terapêuticas (treino de relaxamento e distração, automonitoramento e RPD). Introdução ao Treino em Habilidades Sociais (THS) e Assertividade. Resumo da sessão.
7	Resumo da semana e das tarefas. Reforço das estratégias terapêuticas (treino de relaxamento e distração, automonitoramento, RPD e estratégias de enfrentamento e resolução de problemas, habilidades sociais e assertividade). Resumo da sessão.
8	Orientações com a nutricionista.
9	Resumo da semana e das tarefas. Discussão sobre as questões alimentares. Reforço das estratégias terapêuticas (treino de relaxamento e distração, automonitoramento, RPD e estratégias de enfrentamento e resolução de problemas, habilidades sociais e assertividade). Resumo da sessão.
10	Resumo da semana e das tarefas. Reforço das estratégias terapêuticas (treino de relaxamento e distração, automonitoramento, RPD e estratégias de enfrentamento e resolução de problemas, habilidades sociais e assertividade). Resumo da sessão.
11	Resumo da semana e das tarefas. Sessão livre para queixas emocionais. Psicoeducação. Acolhimento. Resumo da sessão.
12 a 14	Resumo da semana e das tarefas. Reforço das estratégias terapêuticas (treino de relaxamento e distração, automonitoramento, RPD e estratégias de enfrentamento e resolução de problemas, habilidades sociais e assertividade). Resumo da sessão.
15	Resumo da semana e das tarefas. Discussão dos repertórios aprendidos. Finalização do processo terapêutico.
16	Aplicação dos inventários. Feedback da intervenção.
<i>Follow-up</i>	Aplicação dos inventários. Feedback da intervenção.

Quadro 3: Estratégias e técnicas da intervenção em TCC descritas em ordem alfabética.

Componentes da intervenção	Definição
Acolhimento	Acolhimento diz respeito a uma atitude de inclusão do outro em sua singularidade, transformado em vínculo. Pode-se dizer que o acolhimento, como diretriz de qualquer serviço de saúde, é um contrato ético que inclui o respeito às necessidades e demandas dos usuários, resolutividade e compromisso. ⁽⁶⁷⁾
Aconselhamento	Auxílio de um profissional de saúde para o manejo dos problemas (ex. emocionais, doença, reabilitação) com a ajuda de técnicas: escuta ativa, orientação, clarificação e testes psicológicos. ⁽⁶⁸⁾
Automonitoramento (AM)	O AM é o comportamento de observar e registrar a ocorrência de algum comportamento emitido pela própria pessoa e eventos ambientais. ⁽⁶⁹⁾
Clarificação	Expor com precisão e sem indicar aprovação ou desaprovação uma expressão de sentimentos (familiares e pacientes). ⁽⁶⁸⁾
Distração Cognitiva	As distorções cognitivas representam formas de interpretação que, geralmente, privilegiam parte das informações disponíveis no meio em que a pessoa está inserida. Desta forma, como não correspondem a uma forma de pensar baseada na análise completa das evidências, podem fazer com que o indivíduo chegue a conclusões falhas, o que limita a percepção da situação e elicia sentimentos, reações físicas e comportamentos disfuncionais. ⁽⁷⁰⁾
Estratégias de Enfrentamento	Processo de ensinar a pessoa identificar os componentes de um estressor, distinguir entre aqueles que podem ou não ser modificados e utilizar estratégias para lidar com aqueles passíveis de mudança. O treino de enfrentamento utiliza o modelo cognitivo-comportamental de manejo de estresse, o que fortalece o indivíduo e o capacita para lidar com situações adversas. ⁽⁷¹⁾
Psicoeducação	Educação sobre determinada condição ou situação causadora de estresse, na qual auxilia a pessoa a desenvolver autocontrole e manejar o estresse.
Treino de Assertividade	O treinamento do comportamento assertivo visa ensinar formas socialmente adequadas para expressão verbal e motora das emoções. A assertividade envolve a expressão de afetos e opiniões de modo direto e a conquista de um tratamento justo, igualitário e livre de demandas abusivas. ⁽⁷²⁾
Treino em Habilidades Sociais	Capacidade de emitir respostas eficazes e adequadas a situações específicas. Como o comportamento social adequado em uma situação pode ser inadequado em outra ou na mesma situação em momentos diferentes; e dois comportamentos diferentes podem ser igualmente adequados a uma mesma situação. Portanto, o comportamento habilidoso é conceituado em termos de sua efetividade em uma situação e em um momento específicos e não em termos de sua topografia. ^(73,72)

Treino de manejo de estresse	Baseado em princípios cognitivo-comportamentais, com o intuito de ensinar o paciente a manejar ou eliminar o estresse. Inclui, por exemplo, identificação de sintomas de estresse, reestruturação cognitiva, manejo da ansiedade, assertividade, treino em relaxamento e o reconhecimento de limites. ^(74,75)
Treino em Relaxamento e Respiração	É um processo de aprendizagem que inclui o controle da respiração em situações de estresse ou ansiogênicas e o reconhecimento e posterior relaxamento da tensão muscular. O treino de respiração é utilizado como etapa preliminar ao treino de relaxamento ou como prática única. Paciente aprende padrões de baixas taxas de respiração; inspiração e expiração profundas e respiração diafragmática. Esse padrão estimula o controle parassimpático sobre o funcionamento cardiovascular, alterando o ritmo cardíaco associado à fase inspiratória e expiratória de cada ciclo respiratório. ⁽⁷²⁾
Treino em Resolução de Problemas	A técnica de resolução de problemas treina o paciente em respostas possíveis para o manejo eficaz de uma situação problemática. O paciente aprende a reconhecer respostas eficazes e a escolher aquela que parece mais adequada para cada tipo de situação, tomar decisões em situações difíceis e lidar com a ansiedade. ⁽⁷⁶⁾ A técnica inclui sete passos: (1) psicoeducação; (2) identificação, definição e detalhamento do problema-alvo; (3) definição de objetivos alcançáveis; (4) busca de soluções; (5) avaliação e escolha das soluções exequíveis; (6) implementação da solução escolhida; (7) avaliação do resultado. ⁽⁷²⁾

Grupo Controle (G TC)

Para os participantes do grupo controle, foi marcada uma sessão para aplicação dos questionários e inventários, reavaliados após seis meses de *follow up*.

Plano de Análise de Dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e não paramétrica: prova de Wilcoxon e Mann-Withney. O nível de significância adotado é de $n.sig = 0,05$.⁽⁷⁷⁾

Aspectos Éticos

O presente projeto é parte de um “projeto mãe” denominado “Problemas crônicos de saúde: tratamento convencional, terapia cognitivo-comportamental e biofeedback”¹, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), parecer nº. 102/2008 (Apêndice 3), e já foi enviado ao CEP as alterações para realização desta pesquisa (inclusão deste grupo de pacientes).

Sendo a Síndrome do Intestino Irritável uma doença com etiologia desconhecida e sendo os sintomas psicológicos frequentes, se faz necessário avaliar tanto os sintomas como as formas de tratamento psicológico, justificando-se dessa forma este estudo.

¹ Projeto desenvolvido pela Orientadora.

RESULTADOS

Serão apresentados a seguir as características sociodemográficas e os dados obtidos por meio dos inventários e testes psicológicos dos participantes dos Grupos de Tratamento Convencional (GTC) e do Tratamento Cognitivo-Comportamental (GTCC).

A Tabela 1 mostra os resultados compatíveis com o gênero e idade na amostra dos Grupos de TC e de TCC. A maioria dos pacientes da amostra total (14 pacientes) é do sexo feminino (n=12, 85, 7%). Na amostra do GTCC 100% (n=7) são do sexo feminino, bem como 71,4% (n=5) do GTC, seguido por dois pacientes (28,6%) do sexo masculino.

Em relação à variável idade, a tabela 2 demonstrou que na amostra total a média de idade foi 54,14 anos (DP 7,41); no GTC a média foi 54,57 anos (DP 8,75) e no GTCC 53,71 anos (DP 6,47).

Tabela 1. Características dos participantes dos Grupos TC e TCC quanto ao gênero e idade.

Gênero	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
GTC	2	28,6	5	71,4
GTCC	-	-	7	100
Total	2	14,3	12	85,7
Idade	Média	Desvio Padrão		
GTC	54,57	8,753		
GTCC	53,71	6,473		
Total	54,14	7,41		

Os dados em relação à variável estado civil demonstraram que na amostra total de 14 pacientes (n=12, 85,7%) são casados. Nos grupos TC (n=7, 100%) e TCC (n=5, 71,4%) a maioria é casado ou em união estável, seguido por um paciente (14,3%) solteiro e um (14,3%) separado ou divorciado no GTCC, descritos na tabela 2.

A variável escolaridade está descrita na tabela 2. Na amostra total de 14 pacientes, metade, n=7 (50%) relataram ter ensino fundamental incompleto, seguidos por cinco pacientes (35,7%) com ensino fundamental completo, um paciente (7,1%) ensino técnico e um (7,1%) superior. No GTC, quatro pacientes (57,1%) relataram ensino fundamental incompleto; dois (28,6%) ensino fundamental completo e um (14,3%) ensino técnico. Já no GTCC, três pacientes (42,9%) relataram ensino fundamental incompleto; seguidos por três (42,9%) ensino fundamental completo e um paciente (14,3%) ensino superior.

Tabela 2. Características dos participantes dos Grupos TC e TCC quanto ao estado civil e escolaridade.

Estado Civil	Casado/Un. Est.		Solteiro		Separ./Divorc.			
	N	%	N	%	N	%		
GTC	7	100	-	-	-	-		
GTCC	5	71,4	1	14,3	1	14,3		
Total	12	85,7	1	7,1	1	7,1		

Escolaridade	EFI		EFC		Técnico		Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
GTC	4	57,1	2	28,6	1	14,3	-	-
GTCC	3	42,9	3	42,9	-	-	1	14,3
Total	7	50	5	35,7	1	7,1	1	7,1

Na tabela 3 estão descritos os resultados referentes à variável profissão. Na amostra total de 14 pacientes, seis (42,9%) são do lar; quatro (28,6%) diaristas; uma (7,1%) técnica de enfermagem; um (7,1%) motorista; um (7,1%) taxista; e uma (7,1%) professora. No GTC, em uma amostra de sete pacientes, três (42,9%) relataram ser do lar; uma (14,3%) diarista; uma (14,3%) técnica de enfermagem; um (14,3%) motorista; e um (14,3%) taxista. Já na amostra do GTCC, três (42,9%) relataram ser do lar; três (42,9%) diaristas e uma (14,3%) professora.

Tabela 3. Características dos participantes dos Grupos TC e TCC quanto à profissão.

Profissão	Do lar		Diarista		Téc. Enf.		Motorista		Taxista		Professora	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GTC	3	42,9	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	-	-
GTCC	3	42,9	3	42,9	-	-	-	-	-	-	1	14,3
Total	6	42,9	4	28,6	1	7,1	1	7,1	1	7,1	1	7,1

Dados referentes à variável renda mensal estão descritas na tabela 4. Na amostra total (14 pacientes), a maioria dos pacientes, nove (64,3%) relatou receber dois a três salários mínimos, seguidos por três pacientes (21,4%) que relataram receber quatro a seis salários e dois (14,3%) um salário. No GTC, a maioria (n=5, 71,4%) relatou receber dois a três salários mínimos, seguido por dois (26,6%) pacientes que recebiam quatro a seis salários. A maioria (n=4, 57,1%) dos pacientes do GTCC, relatou receber dois a três salários mínimos, seguidos por dois (26,6%) que recebiam um salário e um paciente (14,3%) que recebia quatro a seis salários.

Tabela 4. Características dos participantes dos Grupos TC e TCC quanto à renda mensal.

Renda Mensal	1 salário		2 a 3 salários		4 a 6 salários	
	N	%	N	%	N	%
GTC	-	-	5	71,4	2	26,6
GTCC	2	26,6	4	57,1	1	14,3
Total	2	14,3	9	64,3	3	21,4

A seguir estão descritos os sintomas físicos da SII na avaliação pré (tabela 5), avaliação após quatro meses de intervenção (tabela 8) e o *follow up* de seis meses (tabela 9), e a frequência dos sintomas (tabela 10), a qual foi categorizada em muito (cinco a sete vezes na semana), razoável (três a quatro vezes na semana) e pouco (uma a duas vezes na semana).

A avaliação pré do GTC num total de sete pacientes mostrou que dois (28,6%) relataram sintomas de dor; dois (28,6%) sintomas de dor, diarreia, constipação e distensão abdominal; 14,3% (n=1) dor e diarreia; 14,3% (n=1) dor, constipação e distensão abdominal e 14,3% (n=1) dor e constipação. Quanto à frequência dos sintomas na semana, quatro (57,1%) relataram muitos sintomas/semana e três (42,9%) poucos sintomas/semana. No *follow up* de seis meses, os sintomas apresentados foram: 28,6% (n=2) dor; 14,3% (n=1) dor, diarreia, constipação e distensão abdominal; 14,3% (n=1) diarreia e constipação; 14,3% (n=1) distensão abdominal; 14,3% (n=1) dor e constipação e 14,3% (n=1) dor, constipação e distensão abdominal. A frequência dos sintomas foi em 57,1% (n=4) dos pacientes, muitos sintomas/semana e em 42,9% (n=3) poucos sintomas/semana.

Em um total de sete pacientes do GTCC, a avaliação pré mostrou que três (42,9%) relataram sintomas de dor, diarreia, constipação e distensão abdominal; seguidos por dois (28,6%) com sintomas de dor e constipação e dois (28,6%) dor, diarreia e constipação. A frequência dos sintomas por semana relatada por seis pacientes (85,7%) foi muitos sintomas/semana e por um (14,3%), sintomas razoáveis na semana. Na avaliação realizada após quatro meses de intervenção cognitivo-comportamental os sintomas relatados foram: diarreia por 28,6% (n=2) pacientes; dor por 14,3% (n=1); dor e diarreia por 14,3% (n=1); distensão abdominal por 14,3% (n=1); dor e constipação por 14,3% (n=1) e constipação por 14,3% (n=1) dos pacientes; com a seguinte frequência dos sintomas na semana: 71,4% (n=5) poucos sintomas/semana e 28,6% (n=2) muitos sintomas/semana. Após *follow up* de seis meses foram relatados os sintomas, dor por 28,6% (n=2); dor e diarreia por 28,6% (n=2); constipação por 14,3% (n=1); distensão abdominal 14,3% (n=1) e diarreia por 14,3% (n=1). Quanto à frequência, 100% (n=7) relataram apresentar poucos sintomas/semana.

Tabela 5. Sintomas físicos da SII dos participantes dos Grupos TC e TCC na avaliação pré pela ficha de identificação.

Sintomas SII	Avaliação Pré											
	Dor		Dor e Diarreia		Dor, Diarreia Constipação Dist. abdom.		Dor Constipação Dist.abdom.		Dor Constipação		Dor Diarreia Constipação	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GTC	2	28,6	1	14,3	2	28,6	1	14,3	1	14,3	-	-
GTCC	-	-	-	-	3	42,9	-	-	2	28,6	2	28,3

Tabela 6. Sintomas físicos da SII dos participantes do Grupo TCC na avaliação pós (4 meses).

Sintomas SII	Avaliação Pós Intervenção de 4 meses											
	Dor		Dor e Diarreia		Diarreia		Distensão Abdominal		Dor Constipação		Constipação	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GTCC	1	14,3	1	14,3	2	28,6	1	14,3	1	14,3	1	14,3

Tabela 7. Sintomas físicos da SII dos participantes dos Grupos TC e TCC no *follow-up* (6 meses).

Sintomas SII	Follow up de 6 meses											
	Dor		Dor Diarreia Constipação Dist. Abd.		Diarreia Constipação		Distensão Abdominal		Dor Constipação		Dor Constipação Dist. Abd.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GTC	2	28,6	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3
GTCC	2	28,6	2	28,6	1	14,3	1	14,3	1	14,3	-	-

Tabela 8. Frequência dos sintomas físicos da SII dos participantes dos Grupos TC e TCC na avaliação pré, pós e *follow-up* pela ficha de identificação.

Frequência dos sintomas SII	Muito (5 a 7 vezes/semana)		Razoável (3 a 4 vezes/semana)		Pouco (1 a 2 vezes/semana)	
	N	%	N	%	N	%
Pré - GTC	4	57,1	-	-	3	42,9
6 m - GTC	4	57,1	-	-	3	42,9
Pré - GTCC	6	85,7	1	14,3	-	-
Pós - GTCC	2	28,6	-	-	5	71,4
6 m - GTCC	-	-	-	-	7	100

As tabelas a seguir descrevem os hábitos relacionados à frequência de atividades físicas, número de refeições por dia e consumo de frutas, doces e refrigerantes por semana.

Na avaliação pré, a maioria dos pacientes do GTC, cinco (71,4%) não praticavam exercícios físicos; um paciente (14,3%) praticava muito exercícios físicos e um (14,3%) praticava razoavelmente. No *follow up* de seis meses os resultados mostraram que quatro (57,1%) pacientes continuaram a não praticar exercícios físicos, dois (28,6%) passaram a praticar muito e um paciente (14,3%) pouco.

No GTCC, na avaliação pré, quatro pacientes (57,1%) relataram praticar muito exercícios físicos; dois (28,6%) não praticavam e um paciente (14,3%) praticava razoavelmente. Após quatro meses de intervenção, três (42,9%) relataram não praticar, três (42,9%) relataram praticar muito e um (14,3%) pouco. Em *follow up* de seis meses, os resultados demonstrados foram: 57,1% (n=4) dos pacientes relataram praticar muito exercícios físicos; 14,3% (n=1) razoavelmente, 14,3% (n=1) pouco e 14,3% (n=1) relatou não praticar exercícios físicos (Tabela 9).

Tabela 9. Hábito relacionado à frequência de atividades físicas por semana dos Grupos TC e TCC na avaliação pré, pós e *follow up*.

Freq. atividades física	Não		Muito (5 a 7 vezes/semana)		Razoável (3 a 4 vezes/semana)		Pouco (1 a 2 vezes/semana)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pré – GTC	5	71,4	1	14,3	1	14,3	-	-
6 m – GTC	4	57,1	2	28,6	-	-	1	14,3
Pré - GTCC	2	28,6	4	57,1	1	14,3	-	-
Pós – GTCC	3	42,9	3	42,9	-	-	1	14,3
6 m – GTCC	1	14,3	4	57,1	1	14,3	1	14,3

Dados referentes ao número de refeições estão descritos na tabela 10. Os resultados da avaliação pré do GTC, demonstraram que a maioria, cinco pacientes (71,4%) relataram fazer quatro a seis refeições por dia e dois (28,6%), uma a três refeições por dia. No *follow up*, 42,9% (n=3) mantiveram o número de refeições (quatro a seis por dia), seguidos por dois pacientes (28,6%) com uma a três refeições e dois (28,6%) acima de sete refeições por dia.

Os resultados do GTCC, na avaliação pré mostraram que quatro pacientes (57,1%) faziam quatro a seis refeições por dia e três pacientes (42,9%) uma a três. Após quatro meses de intervenção, 71,4% (n=5) relataram fazer quatro a seis refeições por dia; seguidos de um paciente (14,3%) que relatou fazer uma a três refeições e um (14,3%) fazer acima de sete refeições por dia.

Tabela 10. Número de refeições por dia dos Grupos TC e TCC na avaliação pré, pós e *follow up*.

Número de refeições/dia	Não		1 a 3 refeições/dia		4 a 6 refeições/dia		Acima de 7 refeições	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pré - GTC	-	-	2	28,6	5	71,4	-	-
6 m - GTC	-	-	2	28,6	3	42,9	2	28,6
Pré - GTCC	-	-	3	42,9	4	57,1	-	-
Pós - GTCC			1	14,3	5	71,4	1	14,3
6 m - GTCC			1	14,3	5	71,4	1	14,3

Quanto aos hábitos alimentares como consumo de frutas, doces e refrigerantes, os resultados estão descritos nas tabelas 11.

A avaliação pré da amostra do GTC, em relação ao consumo de frutas, mostrou que um paciente (14,3%) relatou não consumir frutas; três (42,9%) relataram consumir frutas todos os dias e três (42,9%) consumiam quatro a seis vezes na semana. A maioria dos pacientes relatou consumir doces, 42,9% (n=3) uma a três vezes na semana; 14,3% (n=1) quatro a seis vezes na semana; 14,3% (n=1) todos os dias e 28,6% (n=2) relataram não consumir doces. Quanto ao consumo de refrigerantes, quatro pacientes (57,1%) relataram não consumir; dois (28,6%) relataram consumir uma a três vezes na semana e um (14,3%) todos os dias. O *follow up* de seis meses mostrou que 57,1% (n=4) passaram a consumir frutas todos os dias, 28,6% (n=2) uma a três vezes na semana e 14,3% (n=1) manteve o hábito de não consumir frutas. Dois pacientes (28,6%) mantiveram o hábito de não consumir doces; dois (28,6%) consumiam quatro a seis vezes na semana; dois (28,6%) uma a três vezes na semana e um paciente (14,3%) todos os dias. Dos sete pacientes, 71,4% (n=5) relataram não consumir refrigerantes; 14,3% (n=1) consumiam todos os dias e 14,3% (n=1) consumiam uma a três vezes na semana.

Na avaliação pré do GTCC, os resultados demonstraram que quatro pacientes (57,1%) consumiam frutas todos os dias; dois (28,6%) quatro a seis vezes na semana; e um (14,3%) uma a três vezes na semana. Dados em relação ao consumo de doces mostrou que três pacientes (42,9%) consumiam doces todos os dias; dois (28,6%) uma a três vezes na semana; um (14,3%) quatro a seis vezes na semana e um (14,3%) não consumia doces. Quanto ao consumo de refrigerantes, a maioria dos pacientes da amostra relatou fazer uso do mesmo. Três pacientes (42,9%) consumiam refrigerantes de uma a três vezes na semana; dois (28,6%) todos os dias e dois (28,6%) não consumiam refrigerantes. Quanto aos hábitos alimentares após quatro meses de intervenção do GTCC mostraram que 57,1% (n=4) pacientes mantiveram o hábito de consumir frutas todos os dias e 42,9% (n=3) quatro a seis vezes na semana. Três pacientes (42,9%) passaram a não consumir doces; três (42,9%) passaram a consumir uma a três vezes na semana e um (14,3%) quatro a seis vezes na semana. Quanto ao consumo de refrigerantes, 42,9% (n=3) passaram a não consumir; 42,9% (n=3) relataram um consumo de uma a três vezes na semana e 14,3% (n=1) todos os dias. O *follow up* de seis meses mostrou que 57,1% (n=4) mantiveram o hábito de consumir frutas todos os dias e 42,9% (n=3) uma a três vezes na semana. Quanto ao consumo de doces, 42,9% (n=3) mantiveram o hábito de não consumir doces e 57,1% (n=4) relataram consumir uma a três vezes na semana. A maioria dos pacientes, 57,1% (n=4) passou a não consumir refrigerantes, 28,6% (n=2) consumiam de uma a três vezes na semana e 14,3% (n=1) mantiveram o hábito de consumir todos os dias.

Tabela 11. Consumo de frutas, doces e refrigerantes/semana dos Grupos TC e TCC na avaliação pré, pós e *follow up*.

Consumo de frutas/semana	Não		Todos os dias		4 a 6 vezes/semana		1 a 3 vezes/semana	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pré – GTC	1	14,3	3	42,9	3	42,9	-	-
6 m – GTC	1	14,3	4	57,1	-	-	2	28,6
Pré – GTCC	-	-	4	57,1	2	28,6	1	14,3
Pós – GTCC	-	-	4	57,1	3	42,9	-	-
6 m – GTCC	-	-	4	57,1	-	-	3	42,9

Consumo de doces/semana	Não		Todos os dias		4 a 6 vezes/semana		1 a 3 vezes/semana	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pré – GTC	2	28,6	1	14,3	1	14,3	3	42,9
6 m – GTC	2	28,6	1	14,3	2	28,6	2	28,6
Pré – GTCC	1	14,3	3	42,9	1	14,3	2	28,6
Pós – GTCC	3	42,9	-	-	1	14,3	3	42,9
6 m – GTCC	3	42,9	-	-	-	-	4	57,1

Consumo de refrig./semana	Não		Todos os dias		4 a 6 vezes/semana		1 a 3 vezes/semana	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pré – GTC	4	57,1	1	14,3	-	-	2	28,6
6 m – GTC	5	71,4	1	14,3	-	-	1	14,3
Pré – GTCC	2	28,6	2	28,6	-	-	3	42,9
Pós – GTCC	3	42,9	1	14,3	-	-	3	42,9
6 m – GTCC	4	57,1	1	14,3	-	-	2	28,6

A variável qualidade de sono foi descrita em horas de sono, e categorizada como quanto mais horas de sono, melhor qualidade do mesmo, conforme tabela 12. Na avaliação pré, do GTC, três pacientes (42,9%) relataram que dormiam menos de seis horas por noite; dois (28,6%) seis a oito horas por noite e dois (28,6%) nove a 12 horas por noite. No *follow up* de seis meses, 42,9% (n=3) dos pacientes relataram dormir menos de seis horas

por noite; 28,6% (n=2) relataram dormir seis a oito horas e 28,6% (n=2) nove a 12 horas por noite.

Na amostra de sete pacientes do GTCC, na avaliação pré, a maioria dos pacientes, cinco (71,4%) relatou que dormia seis a oito horas por noite e dois (28,6%) menos de seis horas. Após quatro meses de intervenção os resultados da avaliação demonstraram que a maioria, 85,7% (n=6) passou a dormir seis a oito horas e 14,3% (n=1) nove a 12 horas por noite. Em *follow up* de seis meses, 71,4% (n=5) mantiveram o hábito de dormir seis a oito horas por noite; 14,3% (n=1) nove a 12 horas e 14,3% (n=1) menos de seis horas por noite.

Tabela 12. Qualidade de sono dos Grupos TC e TCC na avaliação pré, pós e *follow up*.

Qualidade de sono	Menos de 6 horas		6 a 8 horas		9 a 12 horas	
	N	%	N	%	N	%
Pré – GTC	3	42,9	2	28,6	2	28,6
6 m – GTC	3	42,9	2	28,6	2	28,6
Pré – GTCC	2	28,6	5	71,4	-	-
Pós – GTCC	-	-	6	85,7	1	14,3
6 m – GTCC	1	14,3	5	71,4	1	14,3

A variável enfrentamento medida pela Escala Modos de Enfrentamento de Problema (EMEP) está descrita na tabela 13. Na avaliação pré do GTC de sete pacientes, o EFP (M=3,51) foi o menos utilizado, bem como o ES (M=2,02) com $p=0,007$; o EFE (M=2,95) e o ER (M=3,84) foram estratégias utilizadas pelos pacientes. Após *follow up* de seis meses, mantiveram-se pouco utilizados o EFP (M=3,45) e o ES (M=2,02) com $p=0,007$, permanecendo o EFE (M=3,24) e o ER (M=4,01) estratégias mais utilizadas pelos pacientes da amostra.

No GTCC, na avaliação inicial (pré) o EFP (M=4,06, $p=0,029$), bem como o EFE (M=3,16, $p=0,019$) e o ER (M=4,44, $p=0,002$) foram estratégias muito utilizadas. Assim

como na amostra do GTC, a estratégia ES foi pouco utilizada (M=2,82) com p=0,021. Após intervenção de quatro meses, as estratégias EFP (M=4,25) e EFE (M=2,91) permaneceram sendo utilizadas, bem como o ER (M=4,07) que foi bastante utilizada com p=0,038. O ES (M=3,18) se manteve abaixo da média de uso, entretanto com mudanças clínicas observadas. Em *follow up* de seis meses todas as estratégias foram bem utilizadas: EFP (M=4,34) com p=0,005, EFE (M=2,74), ER (M=4,28) com p=0,002 e ES (M=3,68).

Tabela 13. Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) dos Grupos TC e TCC na avaliação pré, pós e *follow up*.

EMEP	EFP – Enfrentamento Focalizado no Problema		EFE – Enfrentamento Focalizado na Emoção		ER – Enfrentamento Religioso		ES – Enfrentamento Social	
Padrão	3,68		2,22		3,5		3,62	
	M (DP)	p	M (DP)	p	M (DP)	p	M (DP)	p
GTC								
Pré	3,51 (0,623)	0,512	2,95 (1,025)	0,108	3,84 (0,955)	0,372	2,02 (1,041)	0,007*
6 M	3,45 (0,565)	0,340	3,24 (1,166)	0,058	4,01 (0,817)	0,148	2,02 (1,041)	0,007*
GTCC								
Pré	4,06 (0,355)	0,029*	3,16 (0,787)	0,019*	4,44 (0,492)	0,002*	2,82 (0,677)	0,021*
Pós	4,25 (0,839)	0,120	2,91 (0,778)	0,055	4,07 (0,572)	0,038*	3,18 (0,708)	0,156
6 M	4,34 (0,408)	0,005*	2,74 (0,671)	0,085	4,28 (0,394)	0,002*	3,68 (0,719)	0,817

As variáveis ansiedade e depressão estão descritas na tabela 14. Na amostra do GTC, na avaliação pré, cinco (71,4%) apresentaram sintomas de ansiedade e cinco (71,4%) sintomas de depressão e no *follow up*, cinco pacientes (71,4%) mantiveram os sintomas de ansiedade e dois (28,6%) apresentaram sintomas de depressão.

No GTCC, na avaliação inicial (pré), a maioria, seis (85,7%) apresentou sintomas de ansiedade e quatro (57,1%) sintomas de depressão. Após intervenção (4 meses), um paciente (14,3%) apresentou sintomas de ansiedade e um (14,3%) sintomas de depressão. No *follow up*, um paciente (14,3%) manteve seu sintoma de ansiedade e não foram apresentados sintomas depressivos.

Nas análises intragrupos (GTC) entre pré e follow-up (6 meses) dos sintomas de ansiedade não houve diferença significativa ($p=1,000$). No GTCC entre pré e pós (4 meses) houve diferença significativa ($p=0,010$) e no pré e *follow up* (6 meses) também houve diferença significativa ($p=0,010$) indicando redução significativa dos sintomas de ansiedade e no pós (4 meses) e follow up (6 meses) não houve diferença significativa ($p=1,000$), mantendo a redução dos sintomas de ansiedade adquiridos após quatro meses de intervenção.

Nas análises intergrupos (GTC e GTCC), na avaliação pré dos sintomas de ansiedade não houve diferença significativa ($p=0,530$) e entre GTC no *follow up* (6 meses) e GTCC no *follow up* (6 meses) houve diferença significativa ($p=0,037$) indicando redução de sintomas de ansiedade no grupo intervenção.

Em relação à variável depressão, nas análises intragrupos do GTC entre pré e *follow up* (6 meses) não houve diferença significativa ($p=0,122$). No GTCC entre pré e pós (4 meses) também não houve diferença significativa ($p=0,107$), e no pré e *follow up* (6 meses) houve diferença significativa ($p=0,029$) o que indica redução de sintomas de depressão.

Nas análises intergrupos (GTC e GTCC), na avaliação pré não houve diferença significativa ($p=0,591$) e entre GTC em *follow up* (6 meses) e GTCC em *follow up* (6 meses) também não houve diferença significativa ($p=0,141$) indicando que não há diferenças de sintomas de depressão entre os dois grupos.

Tabela 14. Sintomas de ansiedade e depressão dos Grupos TC e TCC na avaliação pré, pós e *follow up* por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

Variáveis	Ansiedade		Depressão	
	N	%	N	%
Pré – GTC	5	71,4	5	71,4
6 m – GTC	5	71,4	2	28,6
Pré – GTCC	6	85,7	4	57,1
Pós – GTCC	1	14,3	1	14,3
6 m – GTCC	1	14,3	-	-

A variável dor na amostra do GTC (avaliação pré) mostrou que cinco pacientes (71,4%) apresentaram dor intensa; um (14,3%) apresentou dor moderada e um (14,3%) dor ligeira. Na avaliação após *follow up* de seis meses, 57,1% (n=4) relataram dor moderada; 28,6% (n=2) dor intensa e 14,3% (n=1) dor ligeira.

A avaliação pré, do GTCC, mostrou que três (42,9%) pacientes relataram dor máxima; três (42,9%) dor intensa e um (14,3%) dor moderada. Na avaliação pós intervenção, 42,9% (n=3) relataram dor ligeira; 28,6% (n=2) dor moderada; 14,3% (n=1) dor intensa e 14,3% (n=1) dor máxima. No *follow up* de seis meses, 28,6% (n=2) relataram que estavam sem dor; 57,1% (n=4) relataram dor ligeira e 14,3% (n=1) dor moderada. (Tabela 15).

Nas análises intragrupos (GTC) das avaliações de dor entre pré e *follow-up* (6 meses) não houve diferença significativa ($p=0,207$). No GTCC entre pré e pós (4 meses) houve diferença significativa ($p=0,041$), no pré e *follow up* (6 meses) também houve diferença significativa ($p=0,002$), bem como no pós (4 meses) e *follow up* (6 meses) os dados também mostraram diferença significativa ($p=0,046$) indicando redução dos sintomas de dor entre as três etapas de avaliação.

Nas análises intergrupos (GTC e GTCC) da avaliação pré não houve diferença significativa ($p=0,101$) e entre GTC *follow up* (6 meses) e GTCC *follow up* (6 meses) houve diferença significativa ($p=0,009$) indicando redução dos sintomas de dor no grupo de intervenção.

Tabela 15. Escala E.V.A. de dor dos Grupos TC e TCC na avaliação pré, pós e *follow up*.

Dor	Ligeira		Moderada		Intensa		Máxima		Sem dor	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pré – GTC	1	14,3	1	14,3	5	71,4	-	-	-	-
6 m – GTC	1	14,3	4	57,1	2	28,6	-	-	-	-
Pré – GTCC	-	-	1	14,3	3	42,9	3	42,9	-	-
Pós – GTCC	3	42,9	2	28,6	1	14,3	1	14,3	-	-
6 m – GTCC	4	57,1	1	14,3	-	-	-	-	2	28,6

Abaixo os dados referentes às fases do estresse (tabela 16) e sintomas (tabela 17). Na avaliação pré do GTC, três pacientes (42,%) apresentaram estresse na fase de quase exaustão; dois (28,6%) na fase de resistência; um (14,3%) na fase de exaustão e um (14,3%) na fase de alerta. Os sintomas prevalentes nesse grupo foram físicos ($n=5$, 71,4%) e somente dois (28,6%) apresentaram sintomas psicológicos. No *follow up*, 42,9% ($n=3$) apresentaram estresse na fase de resistência; 28,6% ($n=2$) na fase de quase exaustão; 14,3% ($n=1$) na fase de exaustão e 14,3% ($n=1$) na fase de alerta. A prevalência dos sintomas se manteve como na avaliação pré (físicos).

No GTCC, na avaliação inicial (pré), a maioria dos pacientes, cinco (71,4%) apresentou sintomas de estresse na fase de exaustão e dois (28,6%) na fase de resistência. Na avaliação dos sintomas, todos os pacientes apresentaram sintomas psicológicos ($n=7$, 100%). Após quatro meses de intervenção, 28,6% ($n=2$) mantiveram o estresse na fase de resistência e a maioria, 71,4% ($n=5$) não apresentou estresse. Houve prevalência dos

sintomas psicológicos (28,6%, n=2) como na avaliação pré. Em *follow up* de seis meses, os resultados demonstraram que 100% (n=7) dos pacientes não apresentaram estresse.

Tabela 16. Fases do estresse dos Grupos TC e TCC na avaliação pré, pós e *follow up* de acordo com o Inventário de *Stress* da Lipp.

Fases Estresse	Alerta		Resistência		Q. Exaustão		Exaustão		S/Estresse	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GTC										
Pré	1	14,3	2	28,6	3	42,9	1	14,3	-	-
6 m	1	14,3	3	42,9	2	28,6	1	14,3	-	-
GTCC										
Pré	-	-	2	28,6	-	-	5	71,4	-	-
Pós	-	-	2	28,6	-	-	-	-	5	71,4
6 m	-	-	-	-	-	-	-	-	7	100

Tabela 17. Sintomas do estresse dos Grupos TC e TCC na avaliação pré, pós e *follow up*.

Sintomas	Psicológico		Físico	
	N	%	N	%
GTC				
Pré – GTC	2	28,6	5	71,4
6 m – GTC	2	28,6	5	71,4
GTCC				
Pré – GTCC	7	100	-	-
Pós – GTCC	2	28,6	-	-
6 m – GTCC	-	-	-	-

Os resultados referentes aos domínios do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 estão descritos na tabela 18. As médias são individuais para cada domínio.

Na avaliação pré, do GTC, os domínios avaliados de forma insatisfatória foram: capacidade funcional por 55% dos pacientes, com M=58,57; aspecto físico por todos os

pacientes (M=14,29); vitalidade por 40% dos pacientes (M=45); aspecto emocional também por todos os pacientes (M=19) e saúde mental por 44% dos pacientes (M=48,57). O domínio dor foi avaliado de forma satisfatória por 41% dos pacientes (M=33,71); bem como estado geral de saúde por 52% dos pacientes (M=41,57); e aspecto social por 75% (M=69,64). Em *follow up* de seis meses, permaneceu insatisfatório o domínio aspecto físico por 41,43% dos pacientes (M=50), e passou a ser avaliado de forma insatisfatória os domínios estado geral de saúde por 48,86% dos pacientes (M=55) e o aspecto social por 73,14% dos pacientes (M=87), diferente dos dados apresentados na avaliação pré. A capacidade funcional foi apresentada de forma satisfatória por 60% dos pacientes (M=60), vitalidade por 51,43% (M=45), aspecto emocional por 40,43% (M=33) e saúde mental por 59,57% dos pacientes (M=50) diferente da avaliação pré, e dor por 49,43% dos pacientes (M=42) continuou ser avaliada de forma satisfatória.

Na amostra do GTCC, na avaliação pré, os domínios considerados insatisfatórios foram aspecto físico por 25% dos pacientes (M=28,57), vitalidade por 15% dos pacientes (M=26,43), aspecto social por 50% dos pacientes (M=51,78), aspecto emocional por todos os pacientes (M=14,14) e saúde mental por 32% dos pacientes (M=33,14). Os domínios avaliados satisfatoriamente foram capacidade funcional por 70% dos pacientes (M=59,29), dor por 41% (M=32,86) e estado geral de saúde por 50% (M=49,80). Após avaliação de quatro meses os resultados apontaram os domínios que se mantiveram insatisfatório, entretanto, com mudanças clínicas consideradas positivas no aspecto físico por 71,43% dos pacientes (M=100), aspecto social por 83,78% (M=87,5), aspecto emocional por 71,43% (M=100) e saúde mental por 72% (M=76). Diferente da avaliação pré o domínio capacidade funcional foi avaliado de forma insatisfatória por 67,86% dos pacientes (M=80). Os domínios considerados satisfatórios foram dor por 38,86% dos pacientes (M=31), estado geral de saúde por 57,57% (M=57) e vitalidade por 57,14% (M=55). No

follow up os resultados mostraram uma avaliação insatisfatória dos domínios capacidade funcional por 93,57% dos pacientes (M=95); estado geral de saúde por 73,57% (M=32); vitalidade por 56,43% (M=60); aspecto emocional por 95,24% (M=100) e saúde mental por 72% (M=76), entretanto com mudanças clínicas consideradas positivas. Foram considerados satisfatórios os domínios aspecto físico por 100% dos pacientes (M=100), dor por 39,71% (M=32) e aspecto social por 100% (M=100).

Nas análises intragrupos (GTC) entre pré e follow-up (6 meses) não houve diferença significativa nos domínios de qualidade vida: capacidade funcional ($p=0,796$), aspecto físico ($p=0,086$), dor ($p=0,246$), estado geral de saúde ($p=0,699$), vitalidade ($p=0,652$), aspecto social ($p=0,845$), aspecto emocional ($p=0,285$) e saúde mental ($p=0,472$). No GTCC entre pré e pós (4 meses) houve diferença significativa nos domínios aspecto social ($p=0,039$), aspecto emocional ($p=0,030$) e saúde mental ($p=0,025$), indicando melhora clínica dos domínios e não houve diferença significativa nos domínios capacidade funcional ($p=0,156$), aspecto físico ($p=0,071$), dor ($p=0,652$), estado geral de saúde ($p=0,609$) e vitalidade ($p=0,063$). Na análise do pré e *follow up* (6 meses) houve diferença significativa nos domínios capacidade funcional ($p=0,002$), aspecto físico ($p=0,001$), estado geral de saúde ($p=0,030$), vitalidade ($p=0,034$), aspecto social ($p=0,001$), aspecto emocional ($p=0,001$) e saúde mental ($p=0,018$) também indicando melhora clínica e somente o domínio dor ($p=0,847$) não houve diferença significativa; e no pós (4 meses) e *follow up* (6 meses) os dados mostraram diferença significativa nos domínios capacidade funcional ($p=0,011$) e aspecto social ($p=0,025$) e mostraram que não houve diferença significativa nos domínios aspecto físico ($p=0,141$), dor ($p=0,797$), estado geral de saúde ($p=0,337$), vitalidade ($p=0,949$), aspecto emocional ($p=0,423$) e saúde mental ($p=0,948$), indicando melhora clínica dos domínios e resgatando a qualidade de vida.

Nas análises intergrupos (GTC e GTCC), na avaliação pré não houve diferença significativa nos domínios capacidade funcional ($p=0,700$), aspecto físico ($p=0,315$), dor ($p=0,948$), estado geral de saúde ($p=0,701$), vitalidade ($p=0,248$), aspecto social ($p=0,174$), aspecto emocional ($p=0,936$) e saúde mental ($p=0,652$). Na análise entre GTC *follow up* (6 meses) e GTCC *follow up* (6 meses) houve diferença significativa nos domínios capacidade funcional ($p=0,017$), aspecto físico ($p=0,003$), aspecto social ($p=0,003$) e aspecto emocional ($p=0,019$) indicando melhora dos domínios, e não houve diferença significativa nos domínios dor ($p=0,335$), estado geral de saúde ($p=0,073$), vitalidade ($p=0,700$) e saúde mental ($p=0,563$), o que sugere que a intervenção psicológica apresenta um impacto positivo no funcionamento diário nessa amostra.

Tabela 18. Qualidade de vida dos Grupos TC e TCC na avaliação pré, pós e *follow up* por meio do Questionário de Qualidade de Vida SF-36).

Domínios	Grupo TC			Grupo TCC		
	Média	%	Min-Max	Média	%	Min-Max
Pré – CF	58,57	55	30-100	59,29	70	20-75
Pós – CF	-	-	-	80	67,86	15-90
6 m – CF	60	60	30-100	95	93,57	80-100
Pré – AF	14,29	0	0-50	28,57	25	0-75
Pós – AF	-	-	-	100	71,43	0-100
6 m – AF	50	41,43	0-100	100	100	100-100
Pré – D	33,71	41	10-50	32,86	41	10-51
Pós – D	-	-	-	31	38,86	21-72
6 m – D	42	49,43	21-80	32	39,71	21-100
Pré – EGS	41,57	52	0-62	49,80	50	37-62
Pós – EGS	-	-	-	57	57,57	10-100
6 m - EGS	55	48,86	0-87	82	73,57	22-95
Pré – V	45	40	5-100	26,43	15	5-80
Pós – V	-	-	-	55	57,14	10-100
6 m – V	45	51,43	5-100	60	56,43	15-85
Pré – AS	69,64	75	37,5-100	51,78	50	25-87,5
Pós – AS	-	-	-	87,5	83,78	25-100
6 m – AS	87	73,14	37,5-100	100	100	100-100
Pré – AE	19	0	0-100	14,14	0	0-66
Pós – AE	-	-	-	100	71,43	0-100
6 m – AE	33	40,43	0-100	100	95,24	67-100
Pré - SM	48,57	44	16-92	33,14	32	0-52
Pós – SM	-	-	-	84	70	4-100
6 m – SM	50	59,57	24-92	76	72	12-100

DISCUSSÃO

Os resultados observados em relação ao gênero, envolvendo os dois grupos (TC e TCC) de pacientes com SII, demonstraram que a maioria é do sexo feminino. De acordo com Chehter e Domingues⁽⁷⁸⁾ ambos os gêneros são acometidos pela SII, entretanto no Ocidente é predominante o sexo feminino.⁽¹⁶⁾ No GTCC todas as participantes são mulheres. As pesquisas demonstram que a SII acomete mais as mulheres^(16,25,39,79) e alguns estudos sugerem que existe uma maior procura das mulheres para o tratamento.⁽⁶⁾ Os dados obtidos neste estudo são compatíveis com as pesquisas encontradas na literatura nacional e internacional.

Revisão de literatura recente cita que a idade em que as pessoas são acometidas pela SII é entre 15 a 45 anos aproximadamente.^(25,54,78) Estes dados diferem dos resultados encontrados no presente estudo. Entretanto, a World Gastroenterology Organisation Global Guidelines e Passos,^(80,54) reasseguram que a idade de pessoas com diagnóstico de SII está entre 15 a 65 anos e buscam avaliação médica entre 30 e 50 anos. Outro estudo recente⁽³⁹⁾ com 140 pacientes atendidos no ambulatório de Doenças Intestinais Funcionais do Serviço de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) mostrou que a média de idade foi de 57 anos, com tempo de espera de sintomas até procurar ajuda médica de 3,5 anos. Estes dados são compatíveis com o presente estudo, em relação à média de idade encontrada no GTC (54,77 anos) e no GTCC (53,71 anos). Deve-se considerar, portanto, que exista uma incidência de jovens e adultos jovens acometidos pela SII.

A maioria dos pacientes de ambos os grupos (TC e TCC) relatou serem casados/união estável. Em estudo desenvolvido⁽⁸¹⁾ com pacientes com a SII, a maioria eram solteiros, dados não compatíveis com o presente estudo. Não foram encontrados na literatura muitos dados acerca do estado civil, entretanto, uma vez que a idade citada na

literatura (15 a 45 anos) condiz com jovens e adultos jovens, pode-se sugerir que durante essa faixa de idade as pessoas encontram-se casadas ou solteiras.

Em relação à escolaridade, os dados neste estudo, mostraram que aproximadamente metade da amostra dos dois grupos (TC e TCC) tem ensino fundamental incompleto (EFI). No GTC a maioria relatou EFI, entretanto, no GTCC a amostra foi dividida entre EFI e ensino fundamental completo (EFC), além de uma participante com ensino superior. Esses dados são compatíveis com estudo⁽³⁹⁾ que citou que a média de anos de escolaridade foi de 7,5 anos, o que equivale a ensino fundamental. Entretanto outros dados encontrados não foram compatíveis com o presente estudo. Pesquisa realizada⁽⁸²⁾ mostrou que a maioria dos pacientes com SII é universitária, de uma população de 240 pessoas no estado do Rio de Janeiro. Em estudo recente com universitários de medicina foi encontrado, 18, de 134, com diagnóstico de SII.⁽⁸³⁾ Em outra pesquisa recente desenvolvida na cidade de Covilhã, Portugal, os dados mostraram que a maioria dos pacientes avaliados apresentava curso superior.⁽⁸¹⁾

As profissões citadas pela maioria dos participantes deste estudo, entre os grupos TC e TCC foram do lar e diaristas, sugerindo que estes dados são compatíveis com uma população que apresenta ensino fundamental. Não foram encontrados na literatura dados específicos sobre a profissão dos pacientes com SII, entretanto alguns estudos⁽⁸²⁾ citaram universitários preenchendo os critérios para diagnóstico de SII e pacientes com nível superior de escolaridade⁽⁸¹⁾ sem relatos de profissões.

Assim como a variável profissão, não foram encontrados dados a respeito da renda familiar. Neste estudo, a maioria dos pacientes relatou receber de um a três salários mínimos, dados estes, compatíveis com o nível de escolaridade apresentado. Se tratando de um estudo realizado em um Hospital de Ensino, com verbas repassadas pelo governo e

onde o atendimento é gratuito, sugere-se que estes dados estejam de acordo com a população atendida por instituições públicas.

Os sintomas físicos da SII são desconforto ou dores abdominais recorrentes e modificações na frequência de evacuação⁽⁴⁾, podendo apresentar inchaço abdominal, alteração das fezes, eliminação excessiva de gases, dificuldade em eliminar gases e sensação de evacuação incompleta⁽¹⁶⁾. O quadro sintomático pode ter predomínio de diarreia, de constipação ou alternância entre os dois,^(4,16,6) além de dor e distensão abdominal.⁽¹⁷⁾ No presente estudo, na avaliação inicial, todos os sintomas foram citados, entretanto a dor foi relatada por todos os participantes (GTC e GTCC). Quanto a frequência dos sintomas, a maioria (ambos os grupos) descreveu apresentar os sintomas cinco a sete vezes na semana, considerada uma frequência alta de sintomas. Esses dados são compatíveis com estudos recentes quanto a presença e frequência dos sintomas.^(39,54,84) No *follow up* do GTC os pacientes mantiveram os sintomas relatados na avaliação pré, assim como a frequência dos mesmos. No GTCC, após intervenção de quatro meses e *follow up* de seis, observou-se uma diminuição de sintomas e associação entre eles (ex. dor, diarreia, constipação e distensão abdominal ou dor, diarreia e distensão abdominal), bem como redução da frequência dos sintomas para uma a duas vezes na semana, para a maioria dos pacientes.

O automonitoramento (AM) utilizado para a observação, avaliação e intervenção em problemas de saúde possibilita a auto-observação, onde o paciente passa a reconhecer a interação de atividades e hábitos diários e o funcionamento do intestino, levando a um melhor controle dos sintomas.⁽⁵⁾ Tratamentos com educação sobre o funcionamento do intestino, relaxamento muscular progressivo, biofeedback e treinamento cognitivo para manejo de estresse também demonstram um impacto positivo na redução dos sintomas físicos da SII.⁽⁶³⁾

Muitos pacientes relacionam os hábitos alimentares com os sintomas da SII, e por vezes podem criar regimes alimentares inadequados, levando a deficiências nutricionais. As manifestações digestivas associadas às reações adversas aos alimentos são inespecíficas, e se relacionam aos distúrbios da motilidade intestinal e ao aumento da produção das secreções gastrointestinais.⁽⁸²⁾ Diante deste fato, o papel da nutricionista na equipe médica ao atendimento a esta população se faz necessária.⁽⁵²⁾ No presente estudo, a maioria dos pacientes, de ambos os grupos, relatou fazer quatro a seis, bem como uma a três refeições diárias. De acordo com estudos, a maioria das pessoas fazem três refeições diárias e não têm horários definidos para fazê-las. Em algumas ocasiões efetuam outra atividade enquanto se alimentam, repetem as refeições, se alimentam em lugares inadequados, além de fazer refeições rápidas. De acordo com a literatura, estes são fatores que facilitam o acúmulo de peso e prejuízos na saúde.⁽⁸⁵⁾ Na avaliação pós do GTCC e no *follow up* dos dois grupos (GTC e GTCC), observou-se um aumento em relação ao número de refeições, uma vez que de acordo com estudos, deve haver ingestão de alimentos de três em três horas aproximadamente para melhor metabolizar os alimentos no tubo digestivo.⁽⁸⁵⁾

O consumo de doces e refrigerantes foi citado pela maioria dos pacientes neste estudo. No GTC após *follow up* não foi observado mudanças nestes hábitos. Já no GTCC a avaliação pós e o *follow up* demonstrou diminuição significativa no hábito de consumir doces e refrigerantes. De acordo com o Departamento de Agricultura dos Estados Unidos,⁽⁸⁶⁾ houve um aumento de 500% no consumo de refrigerantes nos últimos 50 anos, e estes, constituem a maior fonte de açúcar. Assim como os refrigerantes, os doces são alimentos ricos em açúcares também, motivo de preocupação em função dos efeitos deletérios quando consumidos de forma frequente e desarmoniosa em relação ao conjunto da alimentação, e considerada como um dos principais problemas de saúde pública em diversos países.⁽⁸⁷⁾ O consumo desse tipo de alimento está associado à condições de

morbimortalidade, em especial à obesidade.⁽⁸⁸⁾ Na literatura, estes hábitos alimentares, juntamente, com a falta de atividade física são descritos como fatores preditores de problemas a saúde.⁽⁸⁵⁾ A terapia cognitivo-comportamental (TCC) contribui de maneira significativa na mudança de comportamento inadequado e emoção disfuncional,⁽⁵⁸⁾ levando a aquisição de comportamentos mais salutarres à saúde física e mental.^(59,7)

Entende-se por hábitos salutarres, práticas que fazem bem a saúde e previnem doenças.⁽⁷⁾ Assim, a prática de exercício físico e o consumo de frutas são hábitos que contribuem de forma significativa para a saúde do indivíduo. No GTC, grande parte dos pacientes relatou não praticar exercícios físicos na avaliação pré, comportamento que foi mantido no *follow up*. No GTCC, a maioria relatou este hábito, observando aumento da frequência na semana na avaliação pós e *follow up* de seis meses. O consumo de frutas foi relatado por ambos os grupos quase que diariamente, e mantidos após intervenção do GTCC e *follow up* dos grupos (TC e TCC). Em literatura recente, essa prática foi descrita como fator protetor de enfermidades,⁽⁸⁹⁾ em especial as frutas, àquelas ricas em fibras, as quais são alimentos que contribuem para melhora dos sintomas da SII⁽⁵⁴⁾, especialmente para pacientes com predomínio de constipação.⁽³⁹⁾

A qualidade do sono foi descrita em horas de sono e categorizada: “quanto mais horas de sono, melhor qualidade” do mesmo. A maioria dos pacientes relatou dormir seis a 12 horas por noite em ambos os grupos, observando a manutenção desses comportamentos nas avaliações posteriores (pós-intervenção e *follow up*). De acordo com pesquisadores, o sono tem função biológica fundamental para a manutenção da memória, na conservação e restauração da energia e do metabolismo energético cerebral. Assim, perturbações do sono podem acarretar alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida do indivíduo.⁽⁹⁰⁾

As estratégias de enfrentamento mais utilizadas na avaliação inicial e no *follow up* do GTC foram EFE e ER. O ES foi a estratégia menos utilizadas em ambos os momentos da avaliação, bem como o EFP. No GTCC, as estratégias mais utilizadas, na avaliação pré, foram EFP, EFE e ER; e o menos utilizado foi o ER, os quais se mantiveram na avaliação após quatro meses de intervenção. Após *follow up*, todas as estratégias foram utilizadas. Observou-se o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais efetivas para o manejo dos problemas no EFP, EFE e ER e o ES observou-se melhora estatisticamente significativa.

De acordo com Seidl⁽⁶⁵⁾ no EFP o indivíduo se envolve em estratégias para o manejo ou modificação do problema ou situação causadora de estresse, a fim de controlar ou lidar com a ameaça, o dano ou o desafio. Estas estratégias são consideradas ativas e de aproximação ao estressor, com o intuito de solucionar os problemas. O EFE visa regular a resposta emocional como uma forma de se afastar do evento estressor ou como uma atitude paliativa, negando ou se esquivando do mesmo. Práticas religiosas (ER) geralmente são descritas em estudos, considerando à importância da religião diante de situações difíceis. Foi correlacionada moderadamente com a expressão das emoções, que representa a tendência de liberação de emoções relacionadas ao estresse e a sentimentos negativos, podendo apresentar caráter não adaptativo. Os resultados sugerem que o enfrentamento relacionado à religião pode estar associado tanto a estratégias orientadas para o problema quanto a estratégias orientadas para a emoção. O ES utiliza estratégias como busca de apoio instrumental, emocional ou de informações para o enfrentamento da situações geradoras de estresse.

Pesquisa realizada por Domingos, Lipp, Miyazaki,⁽⁹¹⁾ são compatíveis com o presente estudo em relação à utilização de estratégias como EFP e ER em doentes crônicos.

Assim como no presente estudo, uma pesquisa realizada⁽⁹²⁾ mostrou que os pacientes com HIV utilizavam mais o EFP e o ER, o qual foi associado positivamente com enfrentamento no problema e na emoção. Na associação com o EFP, sugere-se que a religiosidade estaria relacionada a estratégias de aproximação e de manejo do problema; e na associação com o EFE, a busca de práticas religiosas poderia funcionar como justificativa para esquivar-se de situações e/ou para adotar ideias fatalistas, atribuindo à forças externas (um ser divino) o aparecimento e a resolução do problema.

A avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão foi realizada por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). A maioria dos pacientes dos Grupos TC e TCC apresentaram sintomas de ansiedade, depressão, e todos apresentaram sintomas de estresse. No *follow up* do GTC os sintomas de ansiedade se mantiveram, com redução dos sintomas de depressão. No GTCC, os resultados apontaram redução dos sintomas de ansiedade e depressão na avaliação pós-intervenção e no *follow up* os sintomas depressivos não foram relatados e os sintomas de ansiedade apresentaram redução significativa.

O estresse foi avaliado pelo Inventário de Sintomas de *Stress* da Lipp (ISSL), divididos na fase de alerta, resistência, quase exaustão e exaustão. No GTC, na avaliação pré, a maioria dos pacientes apresentou sintomas de estresse na fase de quase exaustão e resistência, com prevalência de sintomas físicos, sem melhora na avaliação após *follow up* de seis meses. No GTCC, a avaliação inicial mostrou que a maioria dos pacientes apresentou estresse na fase de exaustão, seguida de resistência, com prevalência de sintomas psicológicos. Após quatro meses de intervenção a maioria não apresentou sintomas de estresse e no *follow up*, todos os pacientes apresentaram-se sem estresse.

Estes dados são compatíveis com a literatura nacional e internacional encontradas em relação ao estresse, depressão e ansiedade em doentes crônicos.^(91,14) Estudo realizado com sete pacientes em grupo de intervenção na abordagem cognitivo-comportamental

mostrou que houve prevalência de sintomas leves de depressão, sintomas moderados de ansiedade e sintomas de estresse.⁽⁴⁵⁾ Pesquisa realizada pela Universidade de Newcastle, na Austrália com um grupo randomizado de 1.775 participantes demonstrou a presença de sintomas de ansiedade e depressão, reassegurando a importância do atendimento psicológico aos pacientes com SII.⁽⁵⁷⁾ Um outro estudo mostrou que os pacientes com SII apresentaram depressão maior e níveis altos de estresse.⁽³³⁾ Em pesquisa identificando as comorbidades psiquiátricas em pacientes com SII, os resultados mostraram que ansiedade, depressão e estresse estão presentes nesta população.⁽⁹³⁾ Em uma revisão de literatura⁽⁶⁾ utilizando a base de dados Medline e Lilacs, entre 1990 a 2009, e selecionado 38 artigos, mostraram a associação do estresse, da depressão e da ansiedade com a SII. Em pesquisa realizada na cidade de Covilhã, Portugal, com cinco pacientes, os resultados mostraram que o estresse é o sintoma mais prevalente, seguido pela ansiedade e posteriormente a depressão.⁽⁸¹⁾ O estresse é um fator importante relacionado ao aparecimento e à exacerbação das crises na SII, variando de 51% a 87% nos estudos com instrumentos padronizados para a avaliação de estresse.⁽⁵¹⁾ De acordo Cruz-Ruiz, Ortiz-Herrera, Muñiz-Jurado e Padierna-Luna⁽⁴³⁾ 50% dos pacientes com SII apresentam sintomas de ansiedade e depressão, como sintomas progressos e na vigência dos sintomas gastrintestinais. Pesquisadores brasileiros sugerem que os fatores emocionais não devem ser considerados como causa da SII.⁽⁴⁶⁾, mas como condições agravantes do quadro.⁽⁶⁾ A associação da depressão, do pânico ou da ansiedade com a SII, provavelmente, desencadearão a exacerbação dos sintomas intestinais, portanto, o tratamento deve ser sintomático e orientado para a intervenção relacionada a gravidade do quadro e demandas emocionais encontradas no paciente.^(6,54)

Não houve mudança significativa dos sintomas de ansiedade e de depressão na comparação intergrupos (GTC e GTCC).

Na comparação intragrupos (GTCC) após intervenção (4 meses) e *follow up* (6 meses) houve redução significativa dos sintomas de ansiedade. Na comparação intragrupos (GTCC) dos sintomas de depressão, após intervenção (4 meses) houve melhora clínica significativa e no *follow up* (6 meses) houve melhora clínica significativa dos sintomas demonstrando o impacto positivo da terapia cognitivo-comportamental para a amostra deste estudo.

A dor foi um sintoma relatado por todos os pacientes (GTC e GTCC) e foi avaliada pela Escala Visual Analógica (E.V.A.). O GTC mostrou que a maioria dos pacientes durante a avaliação inicial apresentou dor intensa, seguida de moderada e ligeira, sem mudanças significativas na avaliação após *follow up* de seis meses. No GTCC foi relatada dor máxima, intensa e moderada. Na avaliação pós-intervenção (4 meses) houve redução para dor ligeira, mantendo alguns pacientes que relataram dor máxima, intensa e moderada. Após *follow up* a maioria dos pacientes relatou dor ligeira.

A comparação das análises intragrupos mostrou que não houve diferenças significativas nas avaliações pré e *follow up* (6 meses) no GTC em relação às queixas de dor. Já a comparação do GTCC, na avaliação pré, pós e *follow up* os dados mostraram diferença significativa, indicando redução das queixas de dor.

Na comparação intergrupos no *follow up* de seis meses (GTC e GTCC) houve diferença significativa indicando diminuição das queixas de dor após intervenção psicológica no GTCC, sugerindo que a TCC tem demonstrado eficácia no tratamento dos pacientes com SII no controle da dor.

A dor ou desconforto abdominal estão presentes em todos os pacientes com SII, como critérios para o diagnóstico e podem estar presentes tanto nos quadros de constipação e diarreia, quanto na alternância entre os dois. No episódio de constipação, a dor está associada ao acúmulo de gases devido a pouca motilidade intestinal. Já no quadro de

diarreia, é mais comum o relato de desconforto abdominal na forma de cólica, associado ao excesso de motilidade do intestino, mesmo depois do esvaziamento.^(23,48) O manejo das demandas emocionais para uma melhora da qualidade de vida e controle dos sintomas físicos dos pacientes com SII é fundamental.^(23,47) A psicoterapia individual ou em grupo, na abordagem cognitivo-comportamental tem demonstrado um impacto positivo na vida dos pacientes, de acordo com estudos.^(8,23,45)

A qualidade de vida dos pacientes com SII sofre prejuízos significativos, em decorrência dos sintomas físicos da doença, bem como consequências emocionais que surgem com o impacto do diagnóstico de uma doença crônica, à possibilidade de não adaptação à doença, prejuízos nas habilidades de enfrentamento, dificuldades na resolução de problemas e comprometimento da adesão ao tratamento.⁽⁵⁾

No GTC, durante a avaliação inicial os domínios considerados insatisfatórios foram capacidade funcional, aspecto físico, vitalidade, aspecto emocional e saúde mental. Foram avaliados satisfatoriamente os domínios dor, estado geral de saúde e aspecto social. No *follow up*, o domínio aspecto físico se manteve insatisfatório, e diferente da avaliação pré, os domínios, estado geral de saúde e aspecto social passaram a ser avaliados de maneira também insatisfatória.

A avaliação inicial no GTCC mostrou que os domínios aspecto físico, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental foram avaliados de forma insatisfatória e os domínios satisfatórios foram capacidade funcional, dor e estado geral de saúde. Na avaliação pós-intervenção, os domínios insatisfatórios foram capacidade funcional (diferente da avaliação pré), aspecto físico, social e emocional, e saúde mental (como na avaliação pré). Após *follow up* de seis meses os domínios capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto emocional e saúde mental foram avaliados negativamente.

As análises intragrupos pré e *follow up* (6 meses) do GTC mostraram que os domínios não apresentaram mudanças significantes. No GTCC em comparação com a avaliação pré e pós intervenção (4 meses) houve melhora clínica significativa nos domínios aspecto social, emocional e saúde mental. Na comparação após intervenção (4 meses) e *follow up* (6 meses) também houveram diferenças significantes nos domínios capacidade funcional e aspecto social. Os dados mostraram que a intervenção psicológica na abordagem cognitivo-comportamental apresentou um efeito positivo no funcionamento diário dos pacientes com SII, dados compatíveis com a literatura.

Na comparação das análises intergrupos (GTC e GTCC), na avaliação pré, os dados mostraram que não houve diferença significativa em relação aos domínios da qualidade de vida. A comparação no *follow up* do GTC e GTCC, foi observado diferenças significantes nos domínios capacidade funcional, aspecto físico, aspecto social e aspecto emocional, indicando que a intervenção psicológica desempenha papel importante no controle e redução dos sintomas físicos e emocionais, proporcionando restauração da qualidade de vida destes pacientes.

De acordo com estudo realizado por Martinez, Fujisawa, Carvalho e Gianini⁽⁹⁴⁾, com fibromialgia a dor compromete de forma significativa a qualidade de vida dos pacientes. Dentre os critérios para diagnóstico de SII, estão os sintomas de dor. Neste estudo, por meio do instrumento E.V.A., todos os pacientes (GTC e GTCC) apresentaram sintomas de dor de moderado à máxima na avaliação pré. Já a variável dor do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36), na avaliação pré foi divergente com os resultados da Escala E.V.A., isto é, avaliada de forma satisfatória. Isso pode ser explicado pelo fato de que no questionário SF-36 há uma relação entre a variável dor e as atividades diárias e todos os pacientes, mesmo com dor, mantiveram suas atividades. Dados obtidos no presente estudo são compatíveis com pesquisas encontradas, sugerindo que os domínios avaliados como

insatisfatórios surgem como consequência dos sintomas da doença, bem como exacerbação dos sintomas onde os pacientes evitam atividades como trabalho, viagem, interação social, atividade sexual, lazer, tarefas domésticas, ingestão de alguns alimentos e fazer as refeições com outras pessoas.^(40,23) Em estudo⁽⁴²⁾ com 770 pacientes com SII atendidos em um centro de referência universitário, demonstraram cansaço fácil, pouca energia, sintomas predominantemente dolorosos, sensação de que algo “muito sério” estaria acontecendo com seu corpo e sintomas que permaneciam por mais de 24 horas, comprometendo o funcionamento diário, levando a prejuízos na qualidade de vida. Outro estudo demonstrou que a intervenção cognitivo-comportamental em pacientes com SII tem impacto positivo em relação às queixas emocionais, especialmente os pensamentos catastróficos, sintomas de dor e de estresse e melhora na qualidade de vida, persistindo por três meses (tempo de *follow up*).⁽⁹⁵⁾ Estudo de *follow up* de seis meses após intervenção cognitivo-comportamental com pacientes com SII para avaliação dos repertórios aprendidos e controle dos sintomas, mostraram eficácia do tratamento.⁽⁹⁶⁾ As pesquisas nacionais e internacionais encontradas foram compatíveis com os dados encontrados no presente estudo.

Os resultados da variável dor da Escala E.V.A. e dor do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 foram divergentes. Na E.V.A os resultados de ambos os grupos (TC e TCC) demonstraram dor de moderada a máxima, e no questionário de qualidade de vida todas as avaliações (pré, pós e *follow up*) foram avaliadas de forma satisfatória. No questionário de qualidade de vida, as questões eram descritas como o quanto a dor interfere no funcionamento diário do indivíduo, entretanto, todos os participantes do estudo, desempenhavam suas funções profissionais, podendo modificar os resultados referentes a dor. Já na Escala E.V.A a questão era de quanto o paciente sentia e percebia a sua dor.

Entende-se que os pacientes apresentavam dor, mas a dor não prejudicava a rotina diária do mesmo, as quais mantinham suas atividades profissionais.

CONCLUSÕES

A TCC demonstrou ser uma abordagem eficaz para tratar pacientes com SII, principalmente aqueles com comorbidades depressivas e ansiosas.

Neste estudo as técnicas da TCC demonstraram ser capazes de reduzir sintomas de depressão, ansiedade e estresse, resultados estes que permaneceram no seguimento após seis meses de início.

Além destes resultados foram observadas mudanças nos sintomas da doença, no padrão alimentar, aumento da atividade física e qualidade de sono naqueles que receberam tratamento por meio da TCC.

Esta abordagem psicológica também proporcionou um aumento das estratégias de enfrentamento, que são necessárias a pacientes que são submetidos a tratamentos médicos, como a SII.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pless IB, Pinkerton P. Chronic childhood of ajustament. Chicago:Year Book Medical Publishers; 1975.
2. Organização Mundial de Saúde. Health topics. Chronic diseases.). Acesso em 01/04/2008.
3. Lipp MEN, Rocha JC. Pressão alta e stress: o que fazer agora? Campinas: Papirus; 2007.
4. Mizputen SJ, Mendes A, Magalhães AFN, André EA, Alves JG, Silveira Junior LS. História dos critérios diagnósticos da síndrome do intestino irritável. In FA Quilici, CF Francesconi, MCF Passos, MT Haddad, SJ Mizputen (Orgs), Síndrome do intestino irritável: uma visão integrada (pp. 51-90). São Paulo: Segmento Farma; 2006.
5. Bohm CH, Gimenes LS. Síndrome do intestino irritável: um exercício em análise funcional do comportamento. Interação Psicológica 2010; 14(2): 163-174.
6. Ribeiro LM, Alves NG, Silva-FonsecaVA, Nemer ASA. Influência da resposta individual ao estresse e das comorbidades psiquiátricas na síndrome do intestino irritável. Rev Psiq Clín 2011; 38(2): 77-83.
7. Straub R. Psicologia da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2014.
8. Neves Neto AR. Biofeedback em terapia cognitivo-comportamental. Arq Med Hosp Fac Med Santa Casa São Paulo 2010; 55(3), 127-132.
9. Taylor S. Health Psychology. 3ª ed. New York: Mc Graw-Hill; 1995.
10. Brunner, S. Doença crônica. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
11. Brannon L, Fiest, J. Health Psychology: an introduction to behavior and health. 2ª ed. California: Brooks/ Cole Publishing Company; 1992.

12. Miyazaki, MCOS. Enfoque psicossocial da doença crônica: um estudo sobre pacientes pediátricos portadores de asma e suas mães [dissertação]. Campinas (SP): Pontifícia Univerddidade Católica de Campinas; 1993.
13. Ricco RC, Miyazaki MCOS, Silva RCMA, Gongora DNV, Perozim LM, Cordeiro JA. Depressão em pacientes adultos portadores de doenças crônicas: diabetes mellitus e hepatites virais. *HB Científica* 2000; 7: 156-160.
14. Taylor, S. Management of chronic illness. In: *Health psychology*. 4^a ed. New York: McGraw-Hill Companies; 1992.
15. Taylor S, Aspinwall LG. *Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care*. Washington: American Psychological Association; 1990.
16. Passos MCF, Filho AL, Pontes EL, Amarante HMBS, Eisig JN, Almeida JR. Introdução. In FA Quilici, CF Francesconi, MCF Passos, MT Haddad, SJ Mizputen (Orgs)., *Síndrome do intestino irritável: uma visão integrada* (pp. 9-22). São Paulo: Segmento Farma; 2006.
17. Apêndice B. Os critérios diagnósticos de Roma III para os distúrbios gastrointestinais funcionais. *Arq Gastroenterol* 2012; 49(1): 64-68.
18. Quigley E, Fried M, Gwee KA, et al. Irritable bowel syndrome: a global perspective. *World Gastroenterology Organization* (www.worldgastroenterology.org); 2009.
19. Moraes-Filho JPP, Barbuti RC. Doenças funcionais do aparelho digestivo. *Rev Bras Med* 1997; 54:130-138.
20. Damião AOMC, Sipahi AM, Moraes-Filho JPP. Síndrome do intestino irritável: impacto sobre a qualidade de vida. *Rev Bras Med* 2003; 60:11-16.

21. Minocha A, Johnson WD, Abell TL et al. Prevalence, sociodemography, and quality of life of older versus younger patients with irritable bowel syndrome: a population-based study. *Dig Dis Sci* 2006; 51:446-453.
22. Valenzuela J, Alvarado J, Cohen H et al. Um consenso latino-americano sobre a Síndrome do Intestino Irritável. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27(5): 325-343.
23. Gimenes LS, Bohm CH. Análise funcional da dor na síndrome do intestino irritável. *Temas em Psicologia* 2010; 18(2): 357-366.
24. Catapani WR. Conceitos atuais em síndrome do intestino irritável. *Arq Med ABC* 2004; 29: 19-21.
25. Passos MCF. Síndrome do Intestino Irritável pós infecção intestinal. *J Bras Medicina* 2013;101(3): 7-13.
26. Passos MCF. Síndrome do Intestino Irritável – ênfase ao tratamento. *J Bras Gastroenterologia* 2006; 5:12-18.
27. Passos MCF. Síndrome do Intestino Irritável. In: *Gastroenterologia Essencial*. Dani R, Passos MCF (Eds). 4ª Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 2011. p. 442-448.
28. Koloski, NA, Boyce, PM, Talley, NJ. Somatization na independent psychosocial risk factor for irritable bowel syndrome but not dyspepsia: a population-based study. *European Journal of Gastroenterology e Hepatology* 2006; 16(10): 1101-1109.
29. Khan S, Chang L. Diagnosis and management of IBS. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2010; 7: 565-581.
30. Miszputen SJ, Ambrogini JRO. Síndrome do Intestino Irritável. In: Miszputen SJ. *Gastroenterologia* 2ª Ed. Manole, São Paulo, 2007.
31. Zhou Q, Verne GN, New insights into visceral hypersensitivity-clinical implications in IBS. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2011; 8(6): 349-355.

32. Chitkara DK, Talley NJ, Schleck C, Zinsmeister A R, Shah ND, Locke GR. Recollection of childhood abdominal pain in adults with functional gastrointestinal disorders. *S J Gastroenterol* 2009; 44(3), 301-307.
33. Pace TWW, Mletzko TC, Alagbe O, Musselman DL, Nemeroff, CB, Miller AH, Heim CM. Increased stress-induced inflammatory responses in male patients with major depression and increased early lif stress. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1630-1633.
34. Stoudemire A. Fatores Psicológicos Afetando Condições Médicas. Artes Médicas, Porto Alegre, 2000.
35. Casati J, Toner BB, Rooy EC, Drosman DA, Maunder RG. Concerns of patients with inflamatory bowel disease: a review of emerging themes. *Dig Dis Sci* 2000; 45(1): 26-31.
36. Neves-Neto AR. Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo* 2011; 56(3): 158-168.
37. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2002.
38. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.
39. Amarante D. Aspectos nutricionais na população de pacientes com síndrome do intestino irritável atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [Dissertação]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: USP; 2013.

40. Andresen V, Keller J, Pehl C, Schemann M, Preiss J, Layer P. Clinica Practice Guideline: Irritable Bowel Syndrome – the main recommendations. *Deutsches Ärzteblatt International* 2011; 108(44): 751-760.
41. Koloski NA, Talley NJ, Boya PM. The impact functional gastrointestinal disorders on quality of life. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 67-71.
42. Spiegel, B. M. R., Gralnek, I. M., Bolus, R., Chang, L., Dulai, G. S., Mayer, E. A. et al. Clinical determinants of health-related quality of life in patients with Irritable Bowel Disease. *Archives of Internal Medicine* 2004; 164: 1773-1780.
43. Cruz-Ruiz MA, Ortíz-Herrera RB, Muñiz-Jurado D, Padierna-Luna JL. Asociación de depresión y ansiedad em pacientes com síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Mx* 2007; 72(1): 29-33.
44. Taft TH, Keefer L, Artz C, Bratten J, Jones MP. Perceptiona og illness stigma in patients with inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation* 2011; 20(9): 1391-1399.
45. Nogueira GS, Lima CV, Zanin CR, Netinho JG. Avaliação psicológica pré e pós intervenção em grupo de pacientes com síndrome do intestino irritável. *Arq Ciênc Saúde* 2006;13(2): 25.
46. Quilici FA, André SB, Francisconi CF, Haddad MT, Meneghelli UG, Dantas W. Síndrome do intestino irritável um consenso nacional. *Rev Bras Coloproct* 1999; 19(4): 286-296.
47. Forbes AL, Hunter JO. Irritable bowel syndrome. *Medicine* 2007; 35(5): 267-271.
48. Tillisch K, Mayer EA. Pain perception in irritable bowel syndrome. *CNS Spectrometry* 2005; 10(11): 877-882.

49. Pereira LV, Sousa FAEI. Estimación em categorias dos descritores da dor pós-operatória. *Rev Latino-am Enfermagem* 1998; 6(4): 77-84.
50. Lipp MEN. Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp - ISS-L São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
51. Häuserb W, Langhorsta J, Dobosa G, Enckc P, Musiala F. Psychophysiology of visceral pain in IBS and health. *J Psychosom Res* 2008; 64: 589-597.
52. Cordeiro F, Sartor MC, Quilici FA, Formiga GJS, Netinho JG, Alves PRA, Nadal SR. Tribuna Livre: como eu faço. *Rev Bras Coloproct* 1999; 19(4): 297-301.
53. Regino WO, Zuleta MG. Síndrome de Intestino Irritable: diagnóstico y tratamiento farmacológica. Revisión concisa. *Rev Gastroenterol Peru* 2005; 25(2): 189-197.
54. Passos MCF. Síndrome do Intestino Irritável – Diagnóstico e Tratamento. *GED Gastroenterol Endosc Dig* 2012; 31(2): 71-74.
55. Mikočka-Walus AA, Gordon AL, Stewart BJ, Andrews JM. The role of antidepressants in the management of inflammatory bowel disease (IBD): A short report on a clinical case-note audit. *Journal of Psychosomatic Research* 2012; 72(2): 165-167.
56. Tobas G, Beaves M, Wang J, et al. Paroxetine to treat irritable bowel syndrome not responding to high-fiber diet: a double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2004; 3: 921-999.
57. Koloski NA, Jones M, Kalantar J, Weltman M, Zaguirre J, Talley NJ. The brain – gut pathway in functional gastrointestinal disorders is bidirectional: a 12-year prospective population-based study. *Gut* 2011; 61: 1384-1290.
58. Beck J. Terapia cognitivo comportamental: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 1997.

59. Knapp P. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed; 2004.
60. Reme SE, Stahl D, Kennedy T, Jones R, Darnley S, Chalder T. Mediator of change in cognitive behavior therapy and mebeverine for irritable bowel syndrome. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatric and the Allied Sciences* 2011; 41(12): 2669-2679.
61. Crake MG, Wolitzky-Taylor KB, Labus J, Wu S, Frese M, Mayer EA, et al. A cognitive-behavioral treatment for irritable bowel syndrome using interoceptive exposure to visceral sensations. *Behaviour Research and Therapy* 2011; 49(6-7): 413-421.
62. Leibbrand R, Hiller W. Cognitive behavior therapy for functional gastrointestinal disorders: Is group treatment effective? *Acta Neuropsychiatrica* 2003; 15, 242-248.
63. Neff DF, Blanchard EB. A multi-component treatment for irritable bowel syndrome. *Behavior Therapy* 1987; 18: 70-83.
64. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública* 1995; 29(5): 359-363.
65. Seidl EMF, Trócoli BT, Zannon CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2001; 17(3): 225-234.
66. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. *Revista Brasileira de Reumatologia* 1999; 39:143-50.
67. Ministério da Saúde. Direitos dos usuários do SUS. 2009. Elaborado em 2009. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/171_direitos_usuarios.html
[Acesso em 05/12/2013.](#)

68. American Psychological Association. Dicionário de Psicologia. Porto Alegre: Artmed; 2010.
69. Korotitsch WJ, Nelson-Gray RO. An overview of self-monitoring research in assessment and treatment. *Psychological Assessment* 1999; 11(4): 415-425.
70. Pereira FM, Penido MA. Aplicabilidade teórico-prática da terapia cognitivo comportamental na psicologia hospitalar. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* 2010; 6(2): 189-220.
71. Taylor SE. *Health Psychology*. 7th ed. Boston: McGraw-Hill; 2009.
72. Guimarães SS. Técnicas cognitivas e comportamentais. In: Rangé, B.P. e cols. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais. Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 170-193.
73. Caballo, V.C. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. Ed. Santos, São Paulo, 1996.
74. Lipp MEN, Malagris LN. Manejo do estresse. In: Rangé, B.P. *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. Pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas, Psy II. P.279-292; 2001.
75. Pietro MAS. *A influência do treino do controle do stress nas relações interpessoais no trabalho*. Tese [Doutorado]. Campinas, PUCCAMP, 2010.
76. D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology* 1971; 78: 107-126.
77. Siegel S. *Estatística não-paramétrica. Para as ciências do comportamento*. São Paulo: Makron, 1975.
78. Chehter L, Domingues SS. Como diagnosticar e tratar a síndrome do intestino irritável (SII). *RBM – Revista Brasileira de Medicina* 2009; 74-80.

79. Schmulson M, Vargas JA, López-Colombo A, Remes-Troche JM, López-Alvarenga JC. Prevalence and clinical characteristics of the IBS subtypes according to the Rome III criteria in patients from a clinical, multicentric trial. A report from the Mexican IBS Working Group. *Rev Gastroenterol Mex* 2010; 75(4):427-38.
80. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. Síndrome do Intestino Irritável: Uma perspectiva mundial; 2009.
81. Ribeiro CS. Síndrome do Intestino Irritável. Observação ultra-sonográfica, aspectos psicológicos e qualidade de vida. [Dissertação] Covilhã, Portugal: UBI; 2010.
82. Soares RLS, Figueiredo HN, Dick MFS, Silva Filho NF, Lima LFQ, Santos JM. A síndrome do intestino irritável associada à intolerância alimentar - criação de um perfil clínico-epidemiológico regional. Avaliação em duas regiões geográficas brasileiras - Sudeste e Amazônia. *Mundo & Vida* 2001; 2: 20-32.
83. Pedreira M, Carneiro A, Dunningham W, Pinho STR, Aguiar WM. Prevalência de síndrome do intestino irritável em estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria* 2013; 7(2): 51-53.
84. Bohm CH, Gimenes LS. Reatividade do automonitoramento em uma portadora da síndrome do intestino irritável. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2012; 28(3): 293-301.
85. Souza JMB, Castro MM, Maia EM, Ribeiro NA, Almondes KM, Silva NG. Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* 2005; 1(1): 59-67.
86. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet* 2001; 357: 505-8.

87. Carmo MB, Toral N, Silva MV, Slater B. Consumo de doces, refrigerantes e bebidas com adição de açúcar entre adolescentes da rede pública de ensino de Piracicaba. *Rev Bras epidemiol* 2006; 9(1): 121-130.
88. Ribeiro THT, Albuquerque TG, Silva DL, Oliveira KCS, Filgueiras N, Mendes VS, Lago RR. Revisão bibliográfica: consumo de refrigerantes associado à obesidade. *Adolesc Saúde* 2012; 9(4): 44-48.
89. Azevedo ECC, Dias FMRS, Diniz AS, Cabral PC. Consumo alimentar de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal: um estudo com funcionários da área da saúde de uma universidade pública de Recife (PE), Brasil. *Cienc Saúde Coletiva* 2014; 19(5): 1613-1622.
90. Müller MR, Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia* 2007; 24(4): 519-528.
91. Domingos NAM, Lipp MEN, Miyazaki MCOS. Stress, ansiedade, depressão e estratégias de enfrentamento em candidatos a transplante de fígado: intervenção psicológica *Revista de Motivación y Emoción* 2012; 1: 40-44.
92. Seidl EMF. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo* 2005; 10(3): 421-429.
93. Vandvik PO, Wilhelmsen I, Ihlebek C, Farup PG. Comorbidity of irritable bowel syndrome in general practice: a striking feature with clinical implications. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20:1195-1203.
94. Martinez J E, Fujisawa RM, Carvalho TC, Gianini RJ. Correlação entre a contagem dos pontos dolorosos na fibromialgia com a intensidade dos sintomas e seu impacto na qualidade de vida. *Rev Bras Reumatol* 2009; 49(1): 32-38.

95. Oerlemans S, Cranenburgh OV, Herremans P, Spreeuwenberg P, Dulmen SV. Intervening on cognitions and behavior in irritable bowel syndrome: A feasibility trial using PDAs. *Journal of Psychosomatic Research* 2011; 70(3): 267-277.
96. Ljótsson B, Hedman E, Lindfors P, Hursti T, Lindefors N, Andersson G, Rück C. Long-term follow-up of internet-delivered exposure and mindfulness based treatment for irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy* 2010; 49(2011): 58-61.

ANEXO A
Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão- HAD

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA**. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

<p>A 1) Eu me sinto tenso ou contraído: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p>	<p>D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas: 3 () Quase sempre 2 () Muitas vezes 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p>
<p>D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes: 0 () Sim, do mesmo jeito que antes 1 () Não tanto quanto antes 2 () Só um pouco 3 () Já não sinto mais prazer em nada</p>	<p>A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: 0 () Nunca 1 () De vez em quando 2 () Muitas vezes 3 () Quase sempre</p>
<p>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer: 3 () Sim, e de um jeito muito forte 2 () Sim, mas não tão forte 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa 0 () Não sinto nada disso</p>	<p>D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: 3 () Completamente 2 () Não estou mais me cuidando como deveria 1 () Talvez não tanto quanto antes 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes</p>
<p>D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Atualmente um pouco menos 2 () Atualmente bem menos 3 () Não consigo mais</p>	<p>A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum: 3 () Sim, demais 2 () Bastante 1 () Um pouco 0 () Não me sinto assim</p>
<p>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Raramente</p>	<p>D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Um pouco menos do que antes 2 () Bem menos do que antes 3 () Quase nunca</p>
<p>D 6) Eu me sinto alegre: 3 () Nunca 2 () Poucas vezes 1 () Muitas vezes 0 () A maior parte do tempo</p>	<p>A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: 3 () A quase todo momento 2 () Várias vezes 1 () De vez em quando 0 () Não sinto isso</p>
<p>A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: 0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca</p>	<p>D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa: 0 () Quase sempre 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca</p>

HAD – Ansiedade- Itens: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13
sem sintomas de ansiedade de 0 a 8
com sintomas de ansiedade ≥ 8

HAD Depressão – Itens: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14
sem sintomas de depressão de 0 a 9
com sintomas de depressão ≥ 9

ANEXO B

ESCALA MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar o problema desta condição de saúde, no momento atual.

Veja um exemplo: **Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema de saúde**

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Muito obrigado pela sua participação!

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas	1	2	3	4	5
2. Eu me culpo	1	2	3	4	5
3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação	1	2	3	4	5
4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo	1	2	3	4	5
5. Procuro um culpado para a situação	1	2	3	4	5
6. Espero que um milagre aconteça	1	2	3	4	5
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite	1	2	3	4	5
8. Eu rezo/ oro	1	2	3	4	5
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo	1	2	3	4	5
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero	1	2	3	4	5
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo	1	2	3	4	5
12. 12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer					
13. Desconto em outras pessoas	1	2	3	4	5
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema	1	2	3	4	5
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	1	2	3	4	5
16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida	1	2	3	4	5
17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida	1	2	3	4	5
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto	1	2	3	4	5
19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém	1	2	3	4	5
20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema	1	2	3	4	5
21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema	1	2	3	4	5
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim	1	2	3	4	5

23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema	1	2	3	4	5
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido	1	2	3	4	5
25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo	1	2	3	4	5
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou	1	2	3	4	5
27. Tento esquecer o problema todo	1	2	3	4	5
28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente	1	2	3	4	5
29. Eu culpo os outros	1	2	3	4	5
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores	1	2	3	4	5
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema	1	2	3	4	5
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia	1	2	3	4	5
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo	1	2	3	4	5
34. Procuo me afastar das pessoas em geral	1	2	3	4	5
35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer	1	2	3	4	5
36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez	1	2	3	4	5
37. Descubro quem mais é ou foi responsável	1	2	3	4	5
38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor	1	2	3	4	5
39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela	1	2	3	4	5
40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui	1	2	3	4	5
41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo	1	2	3	4	5
42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo	1	2	3	4	5
43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação	1	2	3	4	5
44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação	1	2	3	4	5
45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema	1	2	3	4	5

ANEXO C

QUALIDADE DE VIDA – SF36

INSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado:

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Ruim	4
Muito ruim	5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora ?
(circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano atrás	1
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	2
Quase a mesma coisa do que há um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás	4
Muito pior agora do que há um ano atrás	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto ? (circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
A) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
B) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa	1	2	3
C) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D) Subir vários lances de escada	1	2	3
E) Subir um lance de escadas	1	2	3
F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G) Andar mais de 1 Km	1	2	3
H) Andar vários quarteirões	1	2	3
I) Andar um quarteirão	1	2	3
J) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria ?	1	2
C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades ?	1	2
D) Teve dificuldade para fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra) ?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule um número em cada linha)

A) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria ?	1	2
C) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz ?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo ? (circule uma)

De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas ? (circule uma)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito grave	6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa)? (circule uma)

De maneira alguma	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. (circule um número para cada linha)

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força ?	1	2	3	4	5	6
B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ?	1	2	3	4	5	6
C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo ?	1	2	3	4	5	6
E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia ?	1	2	3	4	5	6
F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido ?	1	2	3	4	5	6
G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado ?	1	2	3	4	5	6
H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

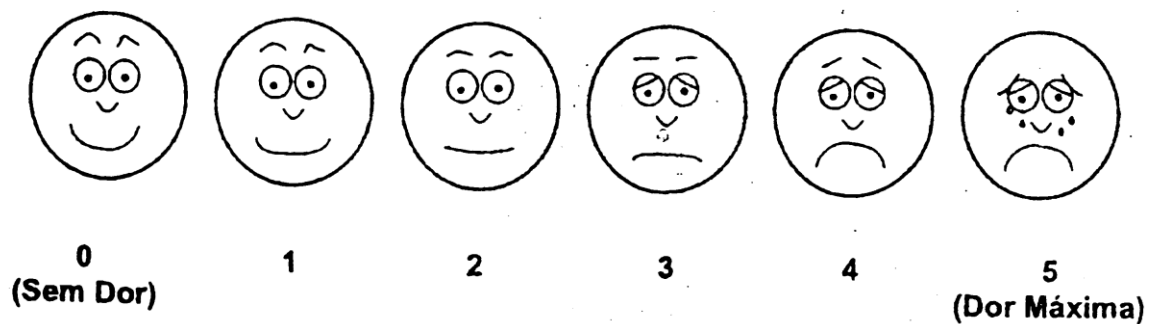
10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, ect...)? (circule uma)

Todo o tempo	1
A maior parte do tempo	2
Alguma parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhuma parte do tempo	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você ?

	Definitiva mente verdadeiro	A maioria das vezes	Não sei	A maioria das vezes	Definitiva mente falsa
A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
C) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO D

Escala Visual Analógica (E.V.A.):**Escala de Faces:****Escala Verbal:**

- 0 – Sem Dor
- 1 – Dor Ligeira
- 2 – Dor Moderada
- 3 – Dor Intensa
- 4 – Dor Máxima

Escala Numérica

ESCALA NUMÉRICA DA DOR										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = nenhuma dor 10 = máxima dor										

APÊNDICE 1
FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Data: ----/---/----

1. Identificação

Nome:.....

Sexo:.....

Data de Nascimento:.....

Estado Civil:.....

Filhos:.....

Escolaridade:.....

Profissão:.....

Renda Familiar:

1 SM	até 3 SM	até 6 SM	até 12 SM	de 12 a 15 SM	de 15 a 20 SM	acima de 20 SM

2. Dados sobre o Problema de Saúde: Síndrome do Intestino Irritável

O que você sentia?.....

Qual a frequência dos sintomas?.....

Quando foi realizado o diagnóstico?.....

Faz acompanhamento regular?.....

Faz uso de medicação prescrita pelo médico?.....

Quais?.....

Usa adequadamente a medicação?.....

Utiliza outros medicamentos? Se sim, quais?.....

3. Outras Informações

O que faz nas horas de lazer?.....

Faz atividade física?.....

Frequencia:.....

Alimentação:

Quantas refeições faz/dia:.....

Quantas frutas consome/dia:.....

Qual o consumo de doces e refrigerantes/semana:.....

Sono:

Quantas horas dorme por dia?.....

Como se sente ao levantar?.....

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1. Nome do paciente:.....
 Documento de Identidade n.º:.....Sexo:.....
 Data Nascimento:...../...../.....
 Endereço:.....n.º.....apto:.....
 Bairro:.....Cidade:.....CEP:.....
 telefone: (.....).....

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. Título do projeto: Síndrome do Intestino Irritável: Tratamento Convencional, Terapia Cognitivo-Comportamental e Biofeedback.
2. Pesquisadora: Carla Rodrigues Zanin
 Inscrição no Conselho Regional: 06/46.486-2
 Cargo/Função: Psicóloga, Supervisora do Curso de Aprimoramento em Psicologia da Saúde
 Endereço: Rua Augusto Nasser Dalul, 2846, Jardim Marilu, Mirassol-S.P., CEP 15130-000
 Fone (17) 97741655 – (17) 32531246
3. Aprovação do protocolo de pesquisa em:
4. Duração da pesquisa: quatro anos

III – EXPLICAÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) e do biofeedback (BF) associados ao tratamento convencional em pacientes com diagnóstico de Síndrome do Intestino Irritável. Especificamente vai avaliar nível de depressão e ansiedade, sintomas de stress, qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento antes e após tratamento.

Para a realização do estudo, você deverá responder cinco questionários e uma entrevista. Os participantes serão divididos em grupos de 10: grupo controle, que responderá aos questionários no início da pesquisa e após seis semanas, três e seis

meses de acompanhamento. Receberá tratamento medicamentoso ou o indicado pelo médico; grupo intervenção – terapia cognitivo-comportamental: deverá comparecer ao ambulatório durante 12 semanas para realizar psicoterapia individual. Você será avaliado após as 12 sessões e após três e seis meses de acompanhamento. O grupo intervenção biofeedback deverá comparecer ao ambulatório durante seis semanas para participar de sessões de biofeedback. Você será avaliado após as 12 sessões e após três e seis meses de acompanhamento.

O Biofeedback é um conjunto de técnicas que auxilia o controle do funcionamento do organismo. Sensores são colocados sobre a pele (não provoca dor), um ou mais sinais produzidos pelo organismo são enviados a aparelhos ultra sensíveis que os transformam em imagens e sons. Com o treinamento adequado você aprenderá a controlar melhor o seu corpo, tanto os processos físicos quanto mentais, reduzirá a tensão muscular para um funcionamento melhor e mais saudável.

O risco em participar desta pesquisa é mínimo e refere-se à provável dificuldade em responder aos questionários ou realizar as tarefas solicitadas. A sua contribuição auxiliará para verificar a eficácia de outras formas de tratamento. Você se beneficiará da pesquisa pois se submeterá aos procedimentos estudados.

Você poderá no decorrer da pesquisa, solicitar esclarecimentos sobre a forma de aplicação do questionário, riscos, benefícios ou outros assuntos relacionados com a pesquisa.

Os dados coletados nesta pesquisa serão utilizados para apresentação de trabalhos em eventos e publicações científicas.

Você tem toda liberdade para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo. A sua identidade será preservada.

TERMO DE CONSENTIMENTO – PÓS INFORMADO

Eu,..... RG....., concordo em participar como voluntário(a) na pesquisa: Síndrome do Intestino Irritável: Tratamento Convencional, Terapia Cognitivo-Comportamental e Biofeedback sob a responsabilidade de Carla Rodrigues Zanin. Declaro que fui satisfatoriamente informado sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa; que terei minha identidade preservada e, autorizo a utilização dos dados em imprensa e eventos científicos; que poderei consultar a pesquisadora, em qualquer momento, para esclarecer dúvidas. Minha participação é voluntária e poderei desistir a qualquer momento, sem que seja penalizado por isto e não perderei benefícios que possuía antes de entrar na pesquisa.

Assim, consinto em participar do estudo.

Pesquisadora: Carla Rodrigues Zanin

Participante

APÊNDICE 3

**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 102/2008

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo n.º 2645/2008 sob a responsabilidade de **Neide Aparecida Micelli Domingos** com o título "Problemas crônicos de saúde: tratamento convencional, terapia cognitivo-comportamental e biofeedback" está de acordo com a resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 16 de abril de 2008.

Prof. Dr. Antonio Carlos Pires
Coordenador do CEP/FAMERP