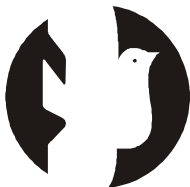


CRISTIANA CORRÊA DIAS



**UNIVERSIDADE
SÃO FRANCISCO**

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA DE
DEPRESSÃO (EDEP) EM UMA AMOSTRA NO
CONTEXTO HOSPITALAR**

**ITATIBA
2008**

CRISTIANA CORRÊA DIAS



**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA DE
DEPRESSÃO (EDEP) EM UMA AMOSTRA NO
CONTEXTO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade São Francisco para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes

**ITATIBA
2008**

WP 190
C531e

Dias, Cristiana Corrêa.
Evidências de validade da Escala de Depressão
(EDEP) em uma amostra no contexto hospitalar /
Cristiana Corrêa Dias. -- Itatiba, 2008.
119 p.

Dissertação (mestrado) – Programa de
Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da
Universidade São Francisco.

Orientação de: Carlos Henrique Sancineto da Silva
Nunes.

1. Avaliação psicológica. 2. Qualidade de vida.
3. Depressão. 4. Percepção do suporte familiar.
5. Personalidade. 6. Doença Crohn. I. Nunes, Carlos
Henrique Sancineto da Silva. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelas bibliotecárias do Setor de
Processamento Técnico da Universidade São Francisco.

Universidade São Francisco

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

MESTRADO EM PSICOLOGIA

**EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA DE
DEPRESSÃO (EDEP) EM UMA AMOSTRA NO
CONTEXTO HOSPITALAR**

Autor(a): Cristiana Corrêa Dias

Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Sancineto da
Silva Nunes

Este exemplar corresponde à redação final da dissertação de mestrado
defendida por Cristiana Corrêa Dias e aprovada pela comissão
examinadora.

Data: ____ / ____ / ____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes (Orientador)

Prof. Dr. Cláudio Saddy Rodrigues Coy

Prof. Dr. Ricardo Primi

**Itatiba
2008**

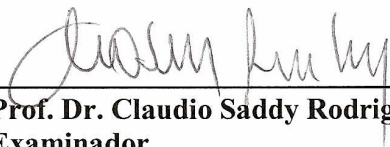
DIAS, Cristiana Corrêa. “Evidências de validade da escala de depressão (EDEP) em uma amostra no contexto hospitalar”. Dissertação defendida e aprovada no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco em vinte e nove de agosto de 2008 pela Banca examinadora constituída pelos professores:



Prof. Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes - Orientador e Presidente
Orientador e Presidente



Prof. Dr. Ricardo Primi
Examinador



Prof. Dr. Claudio Saddy Rodrigues Coy
Examinador

DEDICATÓRIA

AO PROF. DR. CARLOS HENRIQUE SANCINETO DA SILVA NUNES

Por ter me acolhido, ter-me concedido esta oportunidade de trabalho, imprescindível para a minha realização pessoal e profissional. Pela seriedade, profissionalismo, confiança e amizade que conquistamos no decorrer do curso de pós graduação.

Por tudo, agradeço e dedico este trabalho

A MINHA FAMÍLIA TARCISO, NEUSA, PATRÍCIA E ROGÉRIA

Por ter sempre acreditado e incentivado a minha formação pessoal e profissional. Pelo carinho, dedicação e amor incondicional em todas as etapas da minha vida.

Por tudo, agradeço e dedico este trabalho

AOS PACIENTES E ACOMPANHANTES DO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS, GASTROCENTRO / UNICAMP

Vencedores de inúmeras dificuldades da vida e que muito têm contribuído para as pesquisas científicas, nem sempre recebendo o reconhecimento e o respeito merecidos pelo sistema de saúde.

Por tudo, agradeço e dedico este trabalho

AO PROF. DR. JUVENAL RICARDO NAVARRO GOÉS (IN MEMÓRIA)

Por ter sempre incentivado e acreditado numa equipe multiprofissional para o tratamento de pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais. Por sempre acreditado e valorizado o trabalho da psicologia junto aos pacientes

Por tudo, agradeço e dedico este trabalho

AGRADECIMENTOS

A Deus, por não ter permitido que eu abandonasse o mestrado devido situações difíceis que enfrentei. Por ter mostrado mais uma vez que mesmo vivendo momentos de desesperança e angústias sempre mostra o caminho certo e a recompensa.

Ao meu orientador Carlos Nunes obrigada pelo apoio, dedicação, tranquilidade e principalmente por ter me devolvido a motivação, alegria e vontade de continuar minha pesquisa e assim voltado a acreditar no meu esforço e trabalho. Tenho muito orgulho de ter sido sua primeira orientanda.

À minha família Tarciso, Neusa, Patrícia, Rogéria e Azael pela compreensão, ajuda, apoio, incentivo, renúncia, silêncio e sublimação. Obrigada por sempre ter me valorizado, acreditado e lutado junto comigo para chegar ao final do curso. Sem vocês, eu nada seria.

Para Patrícia e Rogéria o meu mais sincero agradecimento por sempre terem cuidado de mim como se fosse filha de vocês, estando comigo em todos os momentos felizes e difíceis da minha vida. Graças ao exemplo diário de bondade, dedicação, carinho e perseverança que vocês duas passam, consegui enfrentar momentos difíceis no decorrer desse mestrado, pois vocês me ensinaram a nunca desistir e acreditar em momentos melhores. Vocês duas são meu exemplo de vida e tenho orgulho de ser sua irmã.

Ao meu namorado Vander Lopes pela ajuda, dedicação, apoio, incentivo, paciência e amor incondicional nessa caminhada. Sem, você eu não teria conseguido.

Ao Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais, GASTROCENTRO – UNICAMP, pela acolhida, apoio e oferecimento de sua estrutura, o que proporcionou a plena execução desse trabalho.

Aos amigos e colegas do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais, GASTROCENTRO – UNICAMP Prof. Dr. Juvenal Ricardo Navarro Góes (*in memória*), Prof. Dr. Cláudio Coy, Prof. Dra. Maria de Lourdes, Prof. Dr. Fagundes, Dra. Raquel, Dr. Michel, Dra. Patrícia, a psicóloga Daisy e as enfermeiras Catarina e Ana, obrigada pelo apoio incondicional e pela ajuda no dia-a-dia, com isso viabilizando a coleta de dados dessa dissertação de mestrado. Sinto-me orgulhoso de fazer parte dessa equipe. Em especial, agradeço a nutricionista Taciana pelo carinho, paciência, confiança e amizade que foi construída na convivência semanal no ambulatório, na qual estendemos e construímos uma amizade verdadeira. Obrigada por tudo.

Aos colegas de caminhada do curso de pós-graduação Ivan, Priscila, Amanda, Arlete, Poliana e Cíntia obrigada pela convivência e afeição. Em especial, aos amigos Ítor, Odete, Nelimar, Clarice, e Julia pela amizade, dedicação, lealdade e companheirismo, na qual foi de extrema importância para solução de incertezas, dúvidas e encaminhamentos desse trabalho. Nunca vou esquecer vocês.

A coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES) pelo apoio financeiro dessa pesquisa.

A todos os amigos que de alguma forma, colaboraram no pleno desenvolvimento desse trabalho.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

**AOS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS
INTESTINAIS – GASTROCENTRO / UNICAMP PARTICIPANTES DA
PESQUISA, PELA PACIÊNCIA, COLABORAÇÃO E DISPONIBILIDADE. MEU
ETERNO AGRADECIMENTO. SEM VOCÊS, SERIA IMPOSSÍVEL ESTE
TRABALHO.**

**AOS ACOMPANHANTES DOS PACIENTES DO GASTROCENTRO / UNICAMP
PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, OBRIGADA PELA ATENÇÃO, CARINHO,
DISPONIBILIDADE E INCENTIVO. SEM VOCÊS, SERIA IMPOSSÍVEL A
REALIZAÇÃO DESSE TRABALHO.**

Neste momento, é importante dizer que...

“Pode-se viver no mundo, uma vida maravilhosa, quando se sabe trabalhar e amar. Trabalhar pelo que se ama e amar aquilo em que se trabalha”.

Tolstoi

“Eu de fato, não sou um homem da ciência. Não sou um pesquisador, nem pensador. Por temperamento, não sou nada, a não ser, um conquistador ou aventureiro, com toda a curiosidade deste tipo de gente”.

Sigmund Freud

RESUMO

Dias, C. C. (2008). Evidências de validade da Escala de Depressão (EDEP) em uma amostra no contexto hospitalar. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

A doença de Crohn, devido sua cronicidade e ausência de associação entre o estado funcional do paciente e os marcadores inflamatórios, requer estudos específicos sobre seus efeitos psicológicos e interação com as características dos pacientes. Nesse contexto, é de extrema relevância estudos envolvendo a avaliação do nível de depressão, qualidade de vida, personalidade e percepção do suporte familiar em pacientes com esta doença, bem como a validade das medidas para esses construtos. O objetivo principal dessa pesquisa foi buscar evidências de validade para a Escala de Depressão (EDEP) no contexto hospitalar. A amostra foi composta por 200 participantes, sendo 100 pacientes do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do GASTROCENTRO-UNICAMP e 100 acompanhantes dos pacientes que freqüentam esse setor. Para a coleta de dados foi utilizada a Escala de Depressão (EDEP), o *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ), o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) e um Questionário Sociodemográfico (QSD). Foi verificado, por meio do teste de correlação de *Pearson*, moderadas correlações negativas entre o EDEP total e o IBDQ total ($r=-0,71$; $p<0,01$), e também da EDEP total e o IPSF Total ($r=-0,51$; $p<0,01$), e por fim, uma moderada correlação positiva na dimensão neuroticismo ($r=0,48$; $p<0,01$) da BFP. Adicionalmente, foi verificado, por meio do teste T de *Student*, se havia diferenças de média nos escores dos testes entre aos grupos clínico e não clínico, na qual, foi possível observar que existe diferença significativa entre os grupos em relação a depressão, mensurada pelo EDEP ($t=-3,36$; $gl=193$; $p=0,01$). Por fim, foi analisado se havia diferença significativa entre gênero para as variáveis psicológicas, na qual foi possível evidenciar diferenças significativas com relação a percepção do suporte familiar ($t=2,81$; $gl=198$; $p=0,01$), na qualidade de vida referente aos aspectos emocionais ($t=2,29$; $gl=98$; $p=0,02$), e por fim, na EDEP total ($t=-3,24$; $gl=198$; $p=0,01$). Portanto, esses resultados indicam que foram encontradas evidências de validade convergente, discriminante e de critério para a Escala de Depressão (EDEP).

Palavras-chave: Avaliação Psicológica; Depressão; Qualidade de Vida; Percepção do Suporte Familiar, Personalidade e doença Crohn.

ABSTRACT

Dias, C. C. (2008). Evidences of Validity Scale of Depression (EDEP) in a sample in the hospital context. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

Crohn's disease, because of its chronic and lack of association between patient's functional state and inflammatory markers, requires specific studies on their psychological effects and interaction with the patient's characteristics. In this context it is important studies involving the assessment of depression level, quality of life, personality and perception of the family support in patients with this disease, as well as the validity of measures for these constructs. The objective of this research had been to search evidences of validity for Scale de Depression (EDEP). The sample comprised 200 participants, being 100 patients from the Clinic of Inflammatory Illnesses of the GASTROCENTRO-UNICAMP and 100 patient's companions who frequented this sector. For collection of data were used Scale of Depression (EDEP), Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ), Inventory of Perception of Support Family (IPSF), Factorial Battery of Personality (BFP) and Questionnaire Sociodemographic (QSD). It was verified, by Pearson's correlation test, moderate negative correlations between the totality of EDEP and the totality IBDQ ($r=-0,71$; $p<0,01$), and also of the totality EDEP and totality IPSF ($r=-0,51$; $p<0,01$), and finally, moderate positive correlations in the dimension neuroticism ($r=0,48$; $p<0,01$) of the BFP. Additionally, it was verified, by using the Student's T test, if there were differences scores on the tests between clinical groups and not clinical group, in which it was possible to see that there is significant difference exists between groups in relation depression, measure by EDEP ($t=-3,36$; $gl=193$; $p=0,01$).Supplementary, it was analyzed if there was difference significant between gender, for psychological variables and it was possible to evidence significant differences regarding perception of the family support ($t=2,81$; $gl=198$; $p=0,01$), quality of life in relation emotional aspects ($t=2,29$; $gl=98$; $p=0,024$), and finally, in the totality EDEP ($t=-3,24$; $gl=198$; $p=0,01$).Therefore, these results indicate that were found evidences of validity convergent, discriminate and criterion for the Scale of Depression (EDEP).

Keywords: Psychological Avaluation, Depression, Quality life, Perception of Family Support, Personality and Crohn's disease.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	xv
Lista de Siglas.....	xviii
Resumo.....	x
Apresentação.....	1
Capítulo 1. Depressão, Qualidade de Vida, Percepção do Suporte Familiar e Personalidade dos Pacientes com Doença de Crohn.....	04
1.1. Aspectos médicos da doença de Crohn.....	04
1.2. Depressão e doença de Crohn.....	07
1.3. Traços de personalidade dos pacientes com Crohn.....	11
1.4. Qualidade de vida dos pacientes com a doença de Crohn.....	14
1.5. A família e o paciente com Crohn.....	20
Capítulo 2. Desenvolvimento e validação de instrumentos psicológicos no contexto da saúde.....	23
2.1 . Avaliação psicológica na saúde.....	27
3. Objetivos.....	31
3.1. Objetivo Geral.....	31
3.2. Objetivos Específicos.....	31

4. Método.....	33
4.1. Participantes.....	33
4.2. Instrumento.....	34
4.2.1. Escala de Depressão (EDEP).....	34
4.2.2. <i>Inflammatory Bowel Disease Questionnaire</i> (IBDQ).....	35
4.2.3. Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF).....	37
4.2.4. Bateria Fatorial de Personalidade (BFP).....	39
4.2.5. Questionário Sociodemográfico (QSD).....	42
4.3. Procedimento.....	43
4.4. Plano de análise de dados.....	44
5. Resultados e discussão.....	46
5.1. Caracterização da amostra.....	46
5.2. Resultados dos Testes.....	59
5.2.1. Análises da consistência interna dos instrumentos EDEP, IPSF, IBDQ e BFP.....	61
5.2.1.1. Comparação das médias dos instrumentos em função do grupo...	70
5.2.2. Associações entre os instrumentos EDEP, IPSF, IBDQ e BFP.....	86
6. Considerações finais.....	98
7. Referências.....	103
8. Anexos.....	113
8.1. Questionário Sociodemográfico (QSD).....	113

8.1.1. Questionário Sociodemográfico (QSD). Grupo clínico.....	113
8.1.2. Questionário Sociodemográfico (QSD). Grupo não clínico.....	115
8.2. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estatística Descritiva da amostra	46
Tabela 2. Freqüência e porcentagem de nível educacional dos participantes	47
Tabela 3. Freqüência e porcentagem do nível educacional do pai.....	48
Tabela 4. Freqüência e porcentagem e porcentagem do nível educacional da mãe	49
Tabela 5. Freqüência e percentual do Estado Civil dos participantes.....	50
Tabela 6. Freqüência e porcentagem de tempo do estado civil	51
Tabela 7. Freqüência e porcentagem da renda.....	51
Tabela 8. Freqüência e porcentagem de religião	52
Tabela 9. Estatística Descritiva de variáveis clínicas da amostra do Grupo Clínico ...	53
Tabela 10. Tempo de demora para diagnóstico referente ao gênero.....	54
Tabela 11. Estatística descritiva do número de internações.....	55
Tabela 12. Teste T de <i>Student</i> para diferença de média do número de internações por grupo.....	56
Tabela 13. Estatística Descritiva de número de cirurgias.....	57
Tabela 14. Freqüência e porcentagem de motivo do atendimento psicológico	58
Tabela 15. Freqüência e porcentagem de doenças crônicas nos acompanhantes.....	58
Tabela 16. Escore mínimos, máximo, média e desvio padrão do IPSF (N=200).....	59
Tabela 17. Escore mínimos, máximo, média e desvio padrão do IBDQ (N=100)	59

Tabela 18. Escore mínimos, máximo, média e desvio padrão da BFP e suas facetas (N=200)	60
Tabela 19. Consistência interna da escala de depressão (EDEP) por grupos.....	61
Tabela 20. Consistência interna da escala de depressão (EDEP) por gênero.....	61
Tabela 21. Consistência interna do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) – Total.....	62
Tabela 22. Consistência interna dos fatores do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) por Grupos	62
Tabela 23. Consistência interna dos fatores do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) por gênero.	63
Tabela 24. Consistência Interna do <i>Inflammatory Bowel Disease Questionnaire</i> (IBDQ) por gênero.....	66
Tabela 25. Consistência Interna das dimensões do <i>Inflammatory Bowel Disease Questionnaire</i> (IBDQ) por gênero.	66
Tabela 26. Consistência Interna das dimensões e facetas da Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) por grupos.....	67
Tabela 27. Consistência Interna das dimensões e facetas da Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) por gênero.	69
Tabela 28. Teste T de <i>Student</i> para diferença de média por grupo (Grupo Clínico- N=100, Grupo Não Clínico- N=100).....	71
Tabela 29. Teste T de <i>Student</i> comparando os grupos clínicos e não clínicos com a amostra de normatização da BFP.	76

Tabela 30. Comparação dos escores dos grupos avaliados em relação ao grupo normativo da BFP.....	79
Tabela 31. Teste de regressão logística.....	81
Tabela 32. Teste T de <i>Student</i> para diferença de média por gênero (feminino- N=104, masculino- N=96).....	84
Tabela 33. Correlação EDEP com os instrumentos IPSF, BFP e IBDQ.....	87
Tabela 34. Correlações IPSF com os instrumentos IBDQ e BFP.....	92
Tabela 35. Correlações IBDQ com a BFP.....	95

LISTA DE SIGLAS

AERA- *American Educational Research Association*

APA- *American Psychological Association*

BFP- Bateria Fatorial de Personalidade

DC- Doença de crohn

DII- Doenças Inflamatórias Intestinais

DSQ- *Defense Style Questionnaire*

EDEP- Escala de Depressão

HDHQ- *Hostility and Direction of Hostility Questionnaire*

HSS- *Health Status Scale*

IBDQ- *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*

IPSF- Inventário de Percepção de Suporte Familiar

NCME- *National Council on Measurement in Education*

OMS- Organização Mundial de Saúde

QSD- Questionário Sociodemográfico

RCUI- Retocolite Ulcerativa Idiopática

SCL-90-R- *Symptom Distress Checklist*

STAI- Inventário da ansiedade do estado e do traço

TCLE- Termo de consentimento livre e esclarecido

APRESENTAÇÃO

Atualmente muito se tem discutido a respeito da avaliação psicológica e sua utilização em diferentes contextos. O número de estudos envolvendo a avaliação psicológica de pessoas com Doenças Inflamatórias Intestinais, apesar de ainda pequeno, vem crescendo nos últimos anos. Além disso, os testes psicológicos (psicométricos e projetivos) vêm sendo utilizados cada vez mais na área hospitalar, com o intuito de auxiliar o psicólogo no processo de psicodiagnóstico e planejamento dos tratamentos das doenças.

A avaliação psicológica em portadores da doença de Crohn deve contemplar a forma como estes e seus familiares enfrentam a doença, suas limitações decorrentes, as repercussões sociais, acadêmicas e familiares. Portanto, nesse contexto, o resultado da avaliação psicológica tem como finalidade nortear a intervenção e as formas de manejo dos profissionais da saúde, referente ao tratamento dos portadores da doença de Crohn, visando também a compreensão das reações emocionais dos pacientes e seus familiares e os cuidados especiais por partes dos psicólogos que esses pacientes exigem.

O presente estudo, intitulado “Evidências de validade da escala de depressão (EDEP) em uma amostra no contexto hospitalar”, envolveu a realização de estudos que buscaram evidências de validade de testes psicológicos que medem os construtos depressão, qualidade de vida, percepção do suporte familiar e personalidade no contexto da saúde, tendo como foco principal o primeiro construto. Entende-se que os resultados encontrados podem colaborar com a área da avaliação psicológica de uma forma mais ampla, uma vez que seus resultados são compatíveis com pesquisas em outros contextos. Também possui o objetivo de demonstrar a importância do uso da avaliação psicológica em pacientes com diagnóstico de doença de Crohn.

O primeiro capítulo descreve os aspectos clínicos e emocionais da doença de Crohn, indicando sua associação aos construtos depressão, qualidade de vida, percepção do suporte familiar e as características de personalidade dos pacientes com a doença. A escolha de trabalhar com esses pacientes surgiu com o convite do Dr. Juvenal Ricardo Navarro Góes (*in memória*), no qual me apresentou a uma população muito diferenciada devido o caráter impactante da doença para o paciente, principalmente, devido a suas características clínicas, tais como a complexidade das manifestações, em que emerge um quadro sintomatológico limitante e doloroso, a sua cronicidade, além do diagnóstico incerto, provocando um impacto significativo na qualidade de vida desses pacientes.

Em seguida apresenta-se o segundo capítulo que descreve a importância do uso da avaliação psicológica na investigação da doença de Crohn demonstrando a importância de pesquisas que sustentem a aplicabilidade dos testes psicológicos em contexto específico e suas interpretações. Para tanto, foi feita uma revisão que indica que a psicometria é uma área que está muito próxima da psicologia da saúde, pois oferece técnicas para o desenvolvimento, aprimoramento e verificação da qualidade dos instrumentos desenvolvidos para a avaliação de construtos relevantes. O objetivo de realizar uma discussão referente ao uso da avaliação psicológica no contexto da saúde e de ressaltar a importância dos estudos direcionados para contribuir no sentido de aumentar o número de informações e evidências de validade desses instrumentos para aplicação dentro do contexto da saúde.

Após o segundo capítulo, apresenta-se o objetivo geral e os específicos dessa pesquisa, que envolvem estudos de validade da EDEP, relacionando-a com medidas de personalidade, de percepção de suporte familiar e qualidade de vida. Em seguida, o projeto descreve o método usado para a realização do projeto, com o detalhamento dos participantes, instrumentos, procedimento, plano de análise dos dados e as referências.

Por fim, a dissertação segue com os anexos dessa pesquisa que contém o Questionários Sociodemográfico (QSD) (Anexo 8) para o grupo clínico (Anexo 8.1.1), e para o grupo não clínico (Anexo 8.1.2), e por fim o termo de consentimento livre esclarecido (Anexo 8.2).

CAPÍTULO 1. DEPRESSÃO, QUALIDADE DE VIDA, PERCEPÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR E PERSONALIDADE EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN

1.1. ASPECTOS MÉDICOS DA DOENÇA DE CROHN

São denominadas como Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) um grupo de distúrbios inflamatórios crônicos envolvendo os intestinos delgado e grosso, sendo este composto pela Retocolite Ulcerativa Idiopática (RCUI), doença de Crohn (DC) e pelas Colites Indeterminadas (CI), que são doenças que apresentam sinais e sintomas, muitas vezes semelhantes (Cotran, Kumar & Robbins, 1989; Damião & Sipahi, 2004).

Existem relatos históricos de ocorrência da Retocolite Ulcerativa Idiopática e da doença de Crohn desde o século XIX, que demonstram que, após a década de 30, ocorreu um sensível aumento do número de casos registrados no mundo. As duas doenças apresentam, na atualidade, uma frequência semelhante, com incidência aproximada de até 20 casos por 100.000 habitantes (Shivananda, Lennard-Jones & Logan, 1996). Regiões que apresentam uma elevada incidência de Retocolite Ulcerativa também têm uma alta incidência de doença de Crohn. Existe uma tendência de ocorrência familiar e racial na DII, possibilitando a afirmativa da importância do fator genético, sendo que uma história familiar de doença de Crohn está associada a um aumento, tanto para a doença de Crohn como para a Retocolite Ulcerativa e vice versa (Ekbohm, Helmick & Zack, 1991).

A doença de Crohn pode ser descrita como uma doença intestinal inflamatória ulceroconstitutiva crônica e idiopática, caracterizada patologicamente por um acometimento nitidamente delimitado de todas as camadas da parede do intestino, por meio de um

processo granulomatoso sem caseificação (Cotran & cols, 1989; Hanauer, 2001; Rutgeerts, 2002; Vermeire, 2002). Segundo Pereira (2000), esta é uma doença inflamatória intestinal de fator etiológico desconhecido e caracterizado pelo acometimento focal, assimétrico e transmural de qualquer parte do tubo digestivo, da boca ao ânus e que possui caráter impactante para os pacientes, principalmente devido a sua cronicidade, complexidade e quadro sintomatológico limitante e doloroso. Os segmentos do tubo digestivo mais frequentemente acometidos são o íleo, o cólon e a região perianal (Kornbluth, Sachar & Salomon, 1998; Hanauer & Sandborn, 2001).

Essa doença pode envolver qualquer parte do tubo digestivo e sua manifestação clínica é variável sendo caracterizada por períodos de remissão e de reincidência como fístulas (canais de comunicação anormais), abscessos (bolsas de infecção cheias de pus), obstrução intestinal, entre outros (Cardoso & cols, 2006).

Habitualmente a doença começa com crises intermitentes de diarreia relativamente leve, febre e dor no quadrante inferior direito do abdômen ou, às vezes periumbilical. Essas crises são intercaladas por períodos assintomáticos que duram de semanas a vários meses. Com frequência, as manifestações estarão presentes por vários anos, antes que seja estabelecido um diagnóstico definitivo (Cotran & Robbins, 1989; Damião & Sipahi, 2004). As crises costumam ser desencadeadas por períodos de estresse físico ou emocional. As influências emocionais não são consideradas como desencadeadoras da doença, mas contribuem para a sua exacerbação (Cotran & Robbins, 1989).

Como sintomas gerais da doença, podem ser citados a diarreia junto com eliminação de sangue, muco ou pus e as dores abdominais, geralmente em volta da cicatriz umbilical, na região mais baixa à direita, muitas vezes confundida com apendicite. Além disto, ocorrem mal-estar geral, cansaço, náuseas e vômitos, acompanhados de febre moderada, sensação de distensão abdominal que é aumentada durante as refeições, inapetência e perda

de peso, podendo provocar atraso de desenvolvimento e problemas de crescimento em adolescentes (Cotran & Robbins, 1989, Damião & Sipahi, 2004). Manifestações extra-intestinais são freqüentes e podem ser limitantes, desencadeados e representados, sobretudo por dores de cabeça, dores músculo-esqueléticas, úlceras na boca, artrite, letargia e problemas urinários (Damião & Sipahi, 2004; Zimmerman, 2003).

A causa da doença de Crohn ainda não é conhecida. Fatores infecciosos, imunológicos e psicogênicos têm sido investigados como possíveis causadores dessa doença. As pesquisas sobre os fatores infecciosos mostram que os agentes mais freqüentemente classificados e relacionados à sua gênese são os vírus, dentre eles os rotavírus, o vírus de *Epstein-Barr* e alguns RNA vírus citopáticos. Bactérias, semelhantes a *Pseudomonas*, anaeróbios entéricos, *Mycobacterium kansasii* com parede celular defeituosa e *Yersinia enterocolitica* também foram associados como causa da doença, porém essa associação ainda necessita de evidências mais consistentes (Dayal & Delellis, 1991; Hanauer, 1997; Marcolin, Gonçalves, Dias, Troncon & Duarte, 2001).

Outras possíveis causas da doença de Crohn podem ser relacionadas aos fatores imunológicos, pois foram observadas alterações da imunidade humoral e celular, como secreção aumentada de imunoglobulinas de mucosa, anormalidades nos números de linfócitos B e T circulantes e respostas exacerbadas de macrófagos. Parece que, complexos antígeno-anticorpo circulantes estão envolvidos na causalidade da doença extra-intestinal. O conceito mais aceito atualmente é de que ocorre uma resposta imunológica exacerbada e crônica desencadeada por um fator antigênico e cuja manifestação primária seja gastrointestinal, de acordo com essa possibilidade, o sistema imunológico do organismo reagiria a algum vírus ou bactéria, causando inflamação contínua do intestino (Dayal & Delellis, 1991; Hanauer, 1997; Marcolin & cols, 2001).

Adicionalmente, os fatores psicogênicos também devem estar envolvidos, ou seja, o sistema nervoso pode influenciar as funções motoras, secretoras, vasculares e metabólicas do sistema digestivo. Assim sendo, os fatores psicogênicos são importantes e contribuem para as exacerbações sintomáticas (Wyngaarden & Smith, 1990; Dayal & Delellis, 1991; Hanauer, 1997; Marcolin & cols, 2001).

1.2. DEPRESSÃO E DOENÇA DE CROHN

Os pacientes com as Doenças Inflamatórias Intestinais oscilam entre períodos relativamente estáveis e aqueles em que se sentem instáveis, tanto em relação aos sintomas físicos, quanto aos aspectos psicológicos. Ao longo da vida, podem surgir diversos acontecimentos que desencadeiam alterações afetivas, sexuais, diminuição da auto-estima, depressão, ansiedade, irritabilidade, agressividade, frustração, hostilidade, desconfiança, dependência, culpa, entre outros. Os problemas familiares e financeiros, a incerteza médica, a insatisfação com o trabalho e as próprias distorções do pensamento são relacionados diretamente a esta instabilidade. A adaptação à doença, por parte do paciente, implica num esforço significativo e, muitas vezes, pode desencadear uma alteração no estilo de vida não só referente ao paciente, como também aos seus familiares, na tentativa de facilitar essa adaptação (Pereira, 2000).

A depressão é um dos transtornos psicológicos mais frequentes na população, podendo ser desencadeada em qualquer faixa etária. É responsável por altos custos de tratamento, diretos e indiretos e gera grandes prejuízos para o paciente e para a sociedade, devido a sua natureza crônica, alta morbidade e mortalidade. Dentre os quadros psicológicos associados à doença de Crohn, a depressão é um dos principais e que pode

gerar maior prejuízo funcional aos pacientes (Matos, Gomes Matos & Gomes Matos Mello, 2006).

Segundo Michelin, (2006), a depressão ocorre em todas as culturas e em todos os níveis sócio-econômicos. Em portadores de doenças crônicas, quadros depressivos podem estar presentes de modo independente ou mesmo decorrentes da doença clínica, podendo causar ou exacerbar sintomas físicos como fadiga, mal-estar, dores, entre outros. Desta forma, é importante investigar possíveis transtornos depressivos em portadores de doenças crônicas, pois quando presentes devem ser tratados, para que o paciente consiga melhorar sua qualidade de vida e bem estar.

Para Michelin (2006), a presença de outros problemas clínicos em comorbidade com a depressão é muito comum. Dos pacientes com depressão atendidos em serviços de saúde primária, 65% apresentam diagnóstico, ao mesmo tempo, de transtorno de ansiedade, transtornos somatoformes ou abuso de substâncias como o álcool. Dentre esses pacientes, 82% apresentam pelo menos um problema médico não psiquiátrico, como hipertensão (50%), artrite reumatóide (23%), diabetes (17%) e cardiopatia (15%). Sintomas físicos múltiplos como dor, fadiga, insônia e alterações gastrointestinais estão fortemente associados a quadros depressivos e ansiosos.

Ballone (2005) relata que no último relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi indicado que a depressão é mais comum no sexo feminino, estimando-se uma prevalência do episódio depressivo em 1,9% no sexo masculino e em 3,2% no sexo feminino. Em geral, a depressão afeta de 15 a 20% das mulheres e de 5 a 10% dos homens. Aproximadamente 66% das pessoas com depressão não fazem tratamento e, dos pacientes que procuram o clínico geral, apenas 50% são diagnosticados corretamente.

Segundo Kaplan e Sadock (2007), o Transtorno Depressivo Maior é uma condição comum, com uma prevalência de até 25% nas mulheres. Sua incidência é de 10% entre

pacientes em atenção primária e 15% entre os pacientes hospitalizados. O Transtorno Bipolar I é menos freqüente do que o Transtorno Depressivo Maior, com uma prevalência durante a vida, de cerca de 1%. Os transtornos afetivos como a distímia e a depressão maior, podem ter um impacto negativo sobre o paciente, reduzindo a sua capacidade funcional, prejudicando a sua qualidade de vida e a sua adesão ao tratamento, o que dificulta a adaptação do paciente à doença. Conseqüentemente, há um aumento do número de consultas ambulatoriais, dos custos de saúde e do risco de mortalidade (Ricoo & Cols, 2000). Portanto, estima-se que até o ano de 2020 os transtornos depressivos serão a segunda maior causa de comprometimento funcional, perdendo apenas para as doenças coronarianas (Matos & Cols, 2006).

No DSM 4 – TR, (APA, 2002), existe a descrição de certos quadros relacionados à depressão, mas mostra-se mais relevante para este projeto o transtorno depressivo maior, que é caracterizado por um ou mais episódios depressivos maiores, por pelo menos duas semanas consecutivas, todos os dias ou na maior parte do dia. Observa-se humor deprimido ou perda de interesse, acompanhados por mais quatro sintomas, no mínimo, adicionais de depressão, definidos como alterações de apetite, de peso, do sono e das atividades psicomotoras, diminuição da energia, sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, presença de pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida ou mesmo engajamento em comportamentos autodestrutivos. Esses sintomas causam sofrimento significativo e prejuízos sociais e ocupacionais na vida das pessoas acometidas. Diversos pesquisadores estão investigando possíveis correlações entre a doença de Crohn e os aspectos emocionais, com o intuito de compreender a influência dos aspectos clínicos e emocionais no dia-a-dia dos pacientes com esta doença (Heltzer, Chammas, Norland, Stillings & Alpers, 1984; Song, 1993; Zimmermann, Carvalho & Mari, 2004).

Heltzer e cols (1984) investigaram a associação entre a doença de Crohn e doenças psiquiátricas. Nesse estudo, foi constatado um índice significativo de diagnóstico de depressão no grupo de pacientes acometidos, em algum momento de suas vidas, quando comparado ao grupo controle. Nessa pesquisa, não foi encontrada nenhuma associação entre severidade da doença de Crohn e as desordens psiquiátricas, ou vice-versa. Também foi possível observar que cerca de 50% dos pacientes apresentaram desordens psiquiátricas diagnosticáveis, mas, segundo evidências, a depressão quando diagnosticada, não foi tratada adequadamente. Esses pesquisadores afirmam que é muito importante o tratamento da depressão para esses pacientes, não apenas pelos sintomas deste quadro, que podem ser extremamente incapacitantes e limitantes para o paciente, mas também por possíveis implicações na doença, incluindo a exacerbação dos sintomas e sua evolução.

Song (1993) realizou um estudo no qual comparou um grupo de pacientes com problemas intestinais (distensão e dores abdominais) com um grupo de pacientes com doença de Crohn e um terceiro grupo, da população normal. Esse autor identificou uma prevalência maior de sintomas psiquiátricos, especificamente depressão e ansiedade, nos pacientes com a doença de Crohn. Apesar de salientarem as restrições metodológicas do estudo, destacam a importância da consideração desses fatores na compreensão da doença.

Vega e cols. (1994) realizaram um estudo com 92 pacientes com diagnóstico confirmado de doença de Crohn. Nesse estudo, os pesquisadores perceberam que os pacientes associavam a dificuldade emocional com as características da doença (cronicidade, sintomatologia e o prognóstico incerto), ou seja, os pacientes associavam suas crises emocionais como um fator determinante, que poderia influenciar no seu estilo de vida. Portanto, esses autores acreditam na possibilidade de considerar os transtornos psicológicos como uma consequência da própria enfermidade, mais do que como um fator etiológico potencial.

1.3. TRAÇOS DE PERSONALIDADE DOS PACIENTES COM CROHN

Segundo Zimmermann e Cols, (2004) a etiologia da depressão é freqüentemente associada à perda física ou emocional e essas perdas são numerosas e duradouras para os pacientes. Em pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinal, existe a perda ou a dificuldade da função intestinal, a perda da sensação de bem-estar, as mudanças significativas no papel do paciente, tanto na família quanto no trabalho, a perda das fontes de recursos financeiros e da função sexual, entre outras. A essas perdas, podem-se associar as características de personalidade do paciente, além de uma eventual predisposição genética para a depressão (Zimmermann, & cols, 2004). Segundo Pontes (1987), dentre as características de personalidade do paciente com as Doenças Inflamatórias Intestinais, destaca-se a dificuldade do paciente em sentir o mundo interno e externo. Com essas dificuldades o paciente permite que os fatores emocionais, tais como a ansiedade, o medo, a raiva, a depressão, entre outras, somada à personalidade controladora e perfeccionista-obsessiva e suas características de observação e inteligência diferenciada influencie no seu dia-a-dia (Miller, 1966; Pontes, 1987; Alexander, 1989; Haynalb & cols 2001). Estudos reforçam a importância do componente emocional na etiologia e na evolução das Doenças Inflamatórias Intestinal, descrevendo a dificuldade de elaboração dos pacientes diante de suas perdas físicas e emocionais (Cotran & Robbins, 1989; Pontes, Miszputen, Ferreira-Filho, Miranda & Ferraz, 2004).

É importante salientar que várias das características listadas anteriormente são diretamente relacionadas a fatores gerais ou a facetas específicas da personalidade, no modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade (CGF), também conhecido internacionalmente na literatura como “Big Five” (Hutz & Cols, 1998; McCrae & Costa, 2003). O modelo dos Cinco Grandes Fatores é uma versão atualizada da Teoria de Traço,

representando um avanço conceitual e empírico no campo da personalidade e descrevendo dimensões humanas básicas de forma consistente e replicável (Hutz & Cols, 1998).

Atualmente, o modelo dos CGF vem sendo considerado como o mais adequado e com maior poder de síntese, o qual promove uma linguagem comum para psicólogos de diferentes abordagens. Além disso, vem sendo destacada a sua utilidade na predição do comportamento humano (Buss, 1989), além de avançar na busca de uma estrutura natural para organizar a pesquisa e de ser utilizado como guia de uma avaliação compreensiva de indivíduos (McCrae & John, 1992).

Este modelo propõe que a personalidade pode ser descrita por meio de cinco dimensões amplas e ortogonais, intituladas Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Socialização e Realização. Em linhas gerais, Neuroticismo é a predisposição para experimentar afetos negativos e inclui traços relacionados à vulnerabilidade, depressão e ansiedade. Extroversão descreve a quantidade das interações interpessoais típicas dos indivíduos, bem como o nível de comunicação, gregariedade e assertividade. O fator Abertura descreve uma disposição para novas experiências, interesse cultural, sensibilidade estética e flexibilidade. Já a Socialização, engloba aspectos de altruísmo, cuidado, confiança nas pessoas e cooperação e, por fim, a Realização, que inclui traços como persistência, disciplina, responsabilidade e necessidade de realização (McCrae & Costa, 2003).

Na busca de compreender os componentes emocionais que poderiam interferir nas Doenças Inflamatórias Intestinais alguns autores descreveram os principais traços de personalidade envolvidos, como insegurança, sentimentos de inferioridade e inadequação, tensão, ansiedade, depressão, agressividade, dependência, sensibilidade, labilidade emocional e hiperatividade. Além destes, são identificados também a dificuldade em expressar seus sentimentos, conflitos sexuais, masoquismo, timidez e desconfiança, aliada à

possível personalidade controladora e perfeccionista-obsessiva desses pacientes (Miller, 1966; Pontes, 1987; Gil & Sampson, 1989; Alexander, 1989; Pontes, 1989; Haynalb & cols 2001).

Hyphantis e cols (2005) realizaram um estudo com uma amostra de 39 pacientes com a Doença de Crohn, 33 pacientes com Retocolite Ulcerativa Idiopática e quatro pacientes com uma forma intermediária de doença inflamatória intestinal, no qual foram utilizadas as escalas *Symptom Distress Checklist (SCL-90-R)*, *Defense Style Questionnaire (DSQ)*, e *Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)*. Esses autores perceberam que os pacientes com a doença de Crohn apresentavam um perfil de personalidade defensivo e mais imaturo do que os pacientes com Retocolite Ulcerativa Idiopática. Estas diferenças eram estatisticamente significativas e apresentavam-se independente da idade, do sexo, do nível educacional, da extensão da doença e do tratamento farmacológico. Também foi possível detectar, nesse estudo, uma correlação positiva entre a atividade da doença e os perfis defensivos nos pacientes com Retocolite Ulcerativa Idiopática e nos pacientes com a doença de Crohn. Esse estudo também demonstrou que não havia nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os pacientes com Retocolite Ulcerativa Idiopática e pacientes com a doença de Crohn, referentes aos sintomas psiquiátricos. Esses autores também concluíram que os pacientes com as Doenças Inflamatórias Intestinais são mais maduros quando se trata de informações referentes a sua doença, mas apresentam níveis mais baixos de maturidade, quando se trata de questões referentes às possíveis operações cirúrgicas, fornecendo evidências de que estes aspectos da personalidade podem influenciar a adaptação dos pacientes para a doença.

Robertson e cols. (1989) realizaram um estudo com 80 pacientes portadores de Doenças Inflamatórias Intestinais (44 com doença de Crohn e 36 Retocolite Ulcerativa Idiopática), na qual buscaram levantar um perfil de personalidade e de estados afetivos

desses pacientes. Nesse estudo, foi possível observar um percentual elevado de comportamentos associados a alto neuroticismo e de introversão, comparado ao grupo-controle (pacientes portadores de outra doença crônica). Outro dado interessante, levantado nesse estudo, foi que os pacientes acreditavam haver uma ligação estreita entre estresse, personalidade e atividade da doença, reconhecendo, como causa da doença, um evento estressante ou uma “personalidade nervosa”. Esses autores identificaram ainda outros dois fenômenos secundários à enfermidade inflamatória intestinal. O primeiro fenômeno gerado indica que esses pacientes tendiam a se tornar pessoas mais introvertidas e, o segundo fenômeno observado foi que, à medida que a doença progredia, a depressão se manifestava de maneira mais freqüente.

1.4. QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM A DOENÇA DE CROHN

Além dos estudos que relacionam características da personalidade à doença de Crohn, pesquisadores têm manifestado interesse em estudar sobre a qualidade de vida desses pacientes alertando sobre o impacto desta variável no processo de tratamento das doenças Inflamatórias Intestinais (Barbieri, 2000; Pontes, 2004).

O interesse na análise da qualidade de vida dos pacientes com doenças crônicas, como a doença de Crohn, tem se tornado crescente desde a década de 70. Isso ocorre devido à característica recorrente da doença, que apresenta episódios agudos intercalados a períodos de remissão e pela faixa etária de pacientes enquadrados como adultos jovens, comprovando a hipótese do grande impacto na qualidade de vida dos pacientes acometidos. Essa doença apresenta um quadro clínico com baixos índices de mortalidade, porém com

morbidade acentuada, por afetar as pessoas em uma faixa etária bastante produtiva, sendo que algumas delas ainda em estruturação de suas características físicas, psicológicas e sociais (Andrade, Santana, Santos, Guedes & Lyra, 2005).

Gill e Feinstein (1994) apontaram que a qualidade de vida reflete o modo com que o paciente percebe e reage à sua saúde e a outros aspectos não-médicos da sua vida. Para Morton (1995) e McDonough (1997), qualidade de vida é a medida da percepção que o paciente tem entre a diferença da sua realidade e suas necessidades e a construção multidimensional que reflete a habilidade funcional do indivíduo, o suporte social, a compreensão emocional e a ausência de desconforto psicológico.

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde tem sido uma prática cada vez mais freqüente na medicina atual. Alguns autores, como McDonough (1997) e Testa e Simonsen (2006) demonstraram que, mediante esta avaliação, pode-se verificar a eficácia de tratamentos do ponto de vista do paciente. Com o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, do surgimento de doenças crônicas, o desenvolvimento de instrumentos que possam medir a qualidade de vida destes pacientes tem sido um desafio para os pesquisadores, devido a necessidade do instrumento de conseguir medir o que se propõe a medir (Pagani & Pagani Junior, 2006).

O desenvolvimento de estudos na área de qualidade de vida poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença. A avaliação da qualidade de vida pode melhorar a relação médico-paciente a partir de uma percepção mais ampla do processo de doença, que localize as prioridades e melhore a compreensão, por parte do médico, e a confiança, por parte do paciente (Castanha & cols, 2007).

Veríssimo e cols (1996) realizaram um estudo que teve como objetivo avaliar a relação entre a qualidade de vida, a atividade da doença inflamatória intestinal

(sintomatologia) e os fatores sócio-demográficos. Nesse estudo, foram analisados 48 pacientes com a doença de Crohn (15 homens e 33 mulheres, com idade média de 35 anos), e 24 pacientes com colite ulcerosa (11 homens e 13 mulheres, com idade média de 45 anos). A idade média dos participantes desse estudo foi de 37,05 anos (DP=13,54) e a duração média da doença foi de 9,79 anos (DP = 7.34).

A atividade da doença foi avaliada pelo *Survey CDAI*, pela *Health Status Scale (HSS)* e, também, foi utilizada a avaliação de um médico especialista para analisar o impacto da sintomatologia da doença na qualidade de vida. A avaliação da qualidade de vida dos pacientes com as Doenças Inflamatórias Intestinais foi realizada através do *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)* e também da percepção do paciente em relação ao seu bem-estar (Veríssimo e cols, 1996). Nesse estudo, foi possível verificar que o IBDQ se correlaciona significativamente ($p < 0,001$) com a atividade da doença, com a avaliação clínica e com a percepção que o paciente tem do seu próprio bem-estar. O mesmo acontece com a HSS ($p < 0,001$). Também foi possível observar que as mulheres com colite ulcerosa apresentaram uma pior qualidade de vida, resultante de suas queixas sistêmicas e dos aspectos emocionais.

Também foi possível observar nesse estudo que uma menor atividade na doença de Crohn corresponde um nível sócio-econômico mais baixo, caracterizando uma tendência inversa àquela observada para a colite ulcerosa. Verificou-se ainda que o diagnóstico da doença de Crohn tem se manifestado mais precocemente. O resultado correlaciona-se significativamente com a atividade da doença, com a avaliação clínica e com a percepção que o paciente tem do seu próprio bem-estar. O mesmo tipo de relação verifica-se igualmente com a escala HSS (Veríssimo & cols, 1996).

Na área de pesquisa, os instrumentos de qualidade de vida fornecem informações de como o processo de doença impede o bem-estar do paciente em várias áreas de sua vida. Estas informações podem ser direcionadas às políticas de saúde que visam à melhoria da qualidade de vida da população. No campo econômico, a avaliação de qualidade de vida auxilia a definição da relação custo-benefício do impacto que uma doença pode determinar na capacidade produtiva de um sujeito, além de avaliar a qualidade dos recursos de saúde disponíveis (Seidl & Zannon, 2004).

Um conceito tão amplo quanto qualidade de vida inclui questões como emprego, família, ambiente e muitas outras condições da vida, que devem ser levadas em consideração para que este conceito seja útil como medida de saúde. Nas três últimas décadas, a qualidade de vida tornou-se um novo paradigma, representando os ideais da medicina moderna. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo a respeito de sua posição na vida, dentro do contexto da cultura e do sistema de valores no qual ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de caráter multidimensional e abrangente, que incorpora, de uma forma complexa, domínios como a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais (espirituais e religiosas) e as relações desses domínios com características ambientais. Dessa maneira, a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde procura abordar as áreas física, emocional, mental, social e os sintomas relacionados às doenças e seus tratamentos (Souza, 2005).

O conceito de qualidade de vida no âmbito da saúde, quando visto no sentido mais amplo, baseia-se na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem, no conceito de promoção da saúde, seu foco mais relevante (Castanha, Coutinho, Saldanha & Ribeiro, 2007; Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Segundo Frayman, Cukiert, Forster, Ferreira e Buratini (1999), qualidade de vida é um conceito subjetivo e o transporte desse tema para o campo saúde-doença aumenta sua complexidade, pois o impacto da doença na vida de uma pessoa depende de vários fatores, nem sempre controláveis. Assim, como saúde não pode ser definida simplesmente como ausência de doença, qualidade de vida não pode ser considerada apenas como ausência de queixas e reclamações. É um conceito que dá prioridade ao ponto de vista individual, refletindo as diferentes formas que o indivíduo portador de alguma doença pode ver o mundo e seus objetivos pessoais. A interferência de uma mesma doença na vida de dois indivíduos com o mesmo tipo de resposta ao tratamento será diferente, dependendo da forma como cada um percebe as restrições nas atividades da vida diária.

Em outro estudo com uma amostra de 997 pacientes diagnosticados com a doença de Crohn e a Retocolite Ulcerativa Idiopática, realizado por Drossman, Leserman, Mitchell, Zagami e Patrick (1990), foram avaliados alguns aspectos emocionais dos pacientes com essas doenças, como a depressão e a qualidade de vida. Foi verificado que esses pacientes apresentavam mais dificuldades psico-sociais, as quais estavam associadas ao aumento da sintomatologia das Doenças Inflamatórias Intestinais. Esse estudo também sugeriu a necessidade de acompanhamento psicológico, não só pela associação das Doenças Inflamatórias Intestinais com as desordens psiquiátricas (ansiedade e depressão), mas também porque a doença pode causar uma ruptura na vida profissional, familiar e social desses pacientes.

O crescente aumento de estudos sobre o construto da qualidade de vida vem contribuindo para a disponibilidade de diversos instrumentos voltados para a avaliação da qualidade de vida, embora seja reconhecido que a expectativa de mudança do nível de vida existente, para um padrão de maior qualidade é, sem dúvida, uma busca interminável, dinâmica e que passa por vários aspectos. A avaliação da qualidade de vida foi

acrescentada nos estudos clínicos como uma das dimensões a ser avaliada para análise dos indivíduos, compreendendo em sua totalidade, cercado de circunstâncias que interferem diretamente no seu cotidiano (Freire, 2006). De acordo com Fleck e Cols (2004), no campo da medicina, a preocupação com o conceito aumentou a partir de um movimento dentro das Ciências Humanas e das Ciências Biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

Portanto, as doenças crônicas constituem um grande problema da população moderna, pois a sua evolução tende a ser progressiva, e desencadeadora de várias mudanças no dia-a-dia dos doentes, podendo desenvolver diferentes impactos no grau de satisfação de vida das pessoas (Domingues e cols 2006, Etienne 2004 & Pontes, 2004). Devido à cronicidade da doença de Crohn, assim como a ausência de correlação entre o estado funcional do paciente e os marcadores inflamatórios, aumenta a importância dos estudos de instrumentos voltados para medir a qualidade de vida de pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais (Borgaonkar, 2000 & Pontes, 2004). Deste modo as doenças inflamatórias intestinais, mais especificamente a doença de Crohn, podem desencadear diversas mudanças no dia-a-dia dos pacientes, causando um alto impacto para a qualidade de vida dessas pessoas.

1.5. A FAMÍLIA E O PACIENTE COM CROHN

Os pacientes com a doença de Crohn, além de cuidados médicos adequados, necessitam de um suporte emocional no plano afetivo, social, profissional e familiar que lhe permita enfrentar os problemas gerados no seu dia-a-dia e também os problemas desencadeados pela sintomatologia da doença de Crohn (Pereira, 2000; Castelli, A. & Silva, 2007). Pode-se afirmar que o impacto das doenças crônicas sobre o estilo de vida e no funcionamento psico-social do paciente e seus familiares interfere no seu estilo e qualidade de vida. As pesquisas referentes aos transtornos mentais apontam a simultaneidade das doenças crônicas, com a presença de problemas como depressão, ansiedade e abuso de substâncias nestes pacientes. Além disso, a doença crônica é vista como um agente estressante de longa duração, que afeta não somente o paciente, mas também seus familiares ou cuidadores (Ricoo & Cols, 2000).

Segundo Gomes (1999), a família é um grupo de pessoas com características distintas, formando um sistema social baseado numa proposta de ligação afetiva duradoura e estabelecendo uma relação de cuidado, dentro de um processo histórico de vida. A noção de saúde da família depende dos recursos de cada membro e da família como unidade, para superação de crises e conflitos, evidenciando a busca por normalizar o seu funcionamento por meio do cuidado e do bem-estar com o outro (Messa, 2003).

A família é considerada uma unidade primária de cuidado, pois corresponde ao espaço social onde seus membros interagem, trocam informações, apóiam-se mutuamente, buscam e mediam esforços para amenizar e solucionar problemas. A família deve ser entendida como um grupo dinâmico, variando de acordo com a cultura e o momento histórico, econômico, cultural e social que está vivenciando (Messa, 2003; Contim, 2001).

As limitações impostas pela doença crônica afetam também a família, que precisa se adaptar às necessidades do familiar doente, utilizando de novos recursos de enfrentamento (Messa, 2003). Segundo Romano (1999), há uma quebra do equilíbrio dinâmico familiar diante do processo do adoecer. As mudanças que o tratamento acarretará e as adaptações que essa família realizará dependem dos recursos disponíveis, de como o evento (no caso a doença) começou e do significado que atribuiu ao acontecimento. O equilíbrio é buscado por meio das novas adaptações.

São documentados três tipos de reações da família frente à situação de crise ocasionada pela doença e pelas limitações causadas. O primeiro tipo é a reação em que o sistema mobiliza-se, com o intuito de resgate de seu estado anterior. No caso da doença crônica, esse estado anterior não pode ser resgatado, exigindo que a família alcance outra identidade. O sistema passa por dificuldades no processo adaptativo, tentando acomodar a enfermidade (Messa, 2003; Santos & Sebastiani, 2001).

O segundo tipo de reação é a paralisação frente ao impacto da crise. Essa reação pode ocorrer, sendo superada em maior ou menor tempo. Essa paralisação tende a estar associada à importância que o indivíduo possui no equilíbrio dinâmico do sistema. O terceiro tipo ocorre quando o sistema identifica benefícios com a crise e se mobiliza para mantê-la. O doente é colocado como “bode expiatório”, sendo o depositário de todas as patologias das reações dentro da família. No caso da doença crônica, o paciente terá dificuldades em se adaptar à nova realidade, com suas limitações e perdas, devido ao fato de o sistema não abrir espaço para que ele se coloque, conspirando contra tal tentativa (Messa, 2003; Santos & Sebastiani, 2001).

Portanto a percepção do suporte familiar é muito importante para os pacientes, pois pode influenciar os comportamentos de autocuidados em doentes crônicos, já que se observou correlação entre percepção de suporte familiar e aumento de motivação para

autocuidados com a saúde. Os programas que incentivam a família como suporte em diversas situações têm recebido grande atenção por parte dos pesquisadores da área (Baptista, no prelo). Portanto, é importante compreender a importância do suporte familiar para o paciente e incluir a família no processo de tratamento, informando e orientando, pois a família será a maior aliada do paciente e da equipe de saúde, no decorrer do tratamento (Domingues & Dias, 2005).

CAPÍTULO 2. DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS NO CONTEXTO DA SAÚDE

Como citado no capítulo anterior, os pacientes com as Doenças Inflamatórias Intestinais passam por períodos, nos quais sua sintomatologia oscila frequentemente, podendo desencadear no decorrer da vida desses pacientes diferentes impactos, representados por alterações afetivas e sexuais, baixa auto-estima, modificação de humor, depressão, ansiedade, irritabilidade, agressividade, frustração, hostilidade, desconfiança, dependência, culpa, problemas familiares e financeiros, incerteza médica, insatisfação com o trabalho, distorções do pensamento, entre outras. A adaptação do paciente referente aos sintomas da doença de Crohn pode gerar a necessidade de mudanças em seu estilo de vida e seus hábitos diários. Além da adaptação do paciente torna-se importante a adaptação da família perante o processo de adoecer do paciente visando facilitar essa adaptação (Castelli, A. & Silva, 2007).

Uma vez que a tensão emocional pode influenciar no curso e na evolução da doença de Crohn e que a depressão pode estar associada a esta, torna-se importante o uso da avaliação psicológica na investigação do tratamento desses pacientes (Ballone, 2005). Sendo assim, o auxílio do psicólogo é de extrema importância na identificação das alterações citadas anteriormente, pois, quando presente, o psicólogo deve direcionar seu atendimento fazendo uso da avaliação psicológica (entrevistas e aplicações de testes) com o objetivo de contribuir para que o paciente consiga melhorar o seu bem-estar psicológico e sua qualidade de vida (Teixeira, 2004).

Pasquali (2001) define avaliação psicológica como sendo o uso combinado de diversos métodos e técnicas para avaliar, descrever e classificar de maneira objetiva o comportamento. A avaliação é baseada no método científico da observação, e as inferências

precisam seguir os procedimentos relacionados ao teste de hipótese. Além dessa etapa, a avaliação psicológica inclui a identificação das necessidades, os comportamentos e procedimentos psicológicos, a integração das descrições e dos escores e a inferência.

Atualmente muitas discussões têm sido realizadas a respeito das possibilidades e limites da avaliação psicológica, especialmente em relação aos testes psicológicos. Diversos estudos têm focado o desenvolvimento de normas nacionais para a utilização dos testes, além de verificar as evidências de validade dos instrumentos. Esses estudos também visam a construção de novas técnicas de avaliação, além do levantamento dos instrumentos psicológicos mais utilizados em diferentes contextos (Alchiere & Bandeira, 2002; Noronha; Primi & Munhoz, 1998).

Um teste psicológico é um instrumento de medida, um procedimento que busca medir um fenômeno psicológico, estando nele resumidas amostras de comportamentos relacionados a uma variável psicológica. Nesse sentido, pode-se definir um teste psicológico como a medida padronizada e objetiva de uma amostra comportamental. De maneira geral, um teste psicológico se presta a medir diferenças entre pessoas ou as reações dos mesmos em momentos diferentes (Anastasi & Urbina, 2000).

No entanto, a realização de um processo de avaliação psicológica amplo requer o uso de técnicas e testes válidos, que apresentem pesquisas que sustentem a sua aplicabilidade no contexto específico bem como suas interpretações. Para tanto, a psicometria tem-se mostrado uma área cuja aproximação com a psicologia da saúde é de extrema importância, uma vez que oferece técnicas para o desenvolvimento, aprimoramento e verificação da qualidade de instrumentos desenvolvidos para a avaliação de construtos relevantes para uma melhor intervenção (AERA, APA & NCME, 1999).

Para a elaboração de um teste psicológico, quatro etapas são necessárias para garantir a sua qualidade e utilização profissional adequada. A primeira etapa para a

construção de um teste psicológico refere-se à preparação, elaboração e análise dos itens a serem utilizados no instrumento. Nesse momento, torna-se importante que os itens consigam representar amplamente as possíveis variações que o comportamento que está sendo medido possa assumir, com o objetivo de contemplar a diversidade das respostas, para medir o comportamento. Associada a esta etapa, geralmente está a avaliação teórica dos itens e a sua adequação para o público alvo. Esse processo é importante para avaliação da qualidade de um teste psicológico, pois as informações referentes à forma como os itens foram elaborados, suas principais características, a base teórica que eles representam as avaliações realizadas pelos autores dos testes que finalizam a escolha de um determinado número para o seguimento do processo, deve ser descritas de maneira clara e objetiva (Anastasi & Urbina, 2000).

A segunda etapa para elaboração de um teste psicológico envolve a verificação da validade do teste, ou seja, a capacidade de um instrumento em poder descrever um comportamento de modo a garantir que realmente se possa medir aquilo que se propõe. De acordo com Anastasi e Urbina (2000), os testes podem ter suas validades evidenciadas com base em três procedimentos, que são a validação de medidas que é o processo cumulativo, a descrição dos conteúdos, procedimentos de validação e predição de critérios e procedimentos identificatórios dos construtos, ou seja, sua precisão. Portanto, buscar evidências de validade de um teste refere-se à verificação do instrumento em relação o que ele se propõe a medir, ou seja, um instrumento é válido quando e comprovado sua capacidade de mensurar as respostas comportamentais do construto.

O trabalho conjunto da *American Educational Research Association* (AERA), a *American Psychological Association* (APA) e o *National Council on Measurement in Education* (NCME) (1999) resultou em uma atualização dos padrões para a testagem educacional e psicológica. Essas associações defendem que a divisão de estudos referentes

às validades de conteúdo, critério e construto não são necessárias, pois entendem que diferentes linhas de evidências de validade podem fornecer informações relevantes para uma determinada interpretação específica dos escores de um teste. Para AERA, APA e NCME (1999), validade é um conceito único entendido como "o grau em que todas as evidências acumuladas suportam a interpretação pretendida dos escores do teste para o propósito a que se destina" (p. 11). Portanto, as evidências de validade podem ser fundamentadas no conteúdo do teste, no processo de resposta, na estrutura interna do teste, nas relações com outras variáveis e nas conseqüências da testagem.

A terceira etapa para elaboração de um teste psicológico envolve estudos de precisão ou fidedignidade, segundo Anastasi e Urbina (2000) fidedignidade refere-se à consistência dos escores obtidos pelas mesmas pessoas quando elas são reexaminadas com o mesmo teste em diferentes ocasiões, ou com diferentes conjuntos de itens equivalentes, ou sob outras condições variáveis de aplicação. Para AERA e cols (1999) fidedignidade refere-se à consistência dos dados de avaliação frente aos mesmos procedimentos de testagem em indivíduos ou em grupos, quando as condições de padronização são mantidas. A informação sobre o erro de medida, que é associada à precisão do teste, é indispensável para a própria avaliação e para o uso do instrumento.

A quarta e última etapa é a padronização que se refere às etapas e condições para aplicação dos testes e para a operacionalização do material (tipo de materiais necessários). Nessa etapa, são desenvolvidas as precauções a serem tomadas na aplicação do teste psicológico e seu levantamento de tal forma que os critérios para a interpretação dos resultados obtidos sejam mantidos e as inferências já validadas sejam preservadas. A padronização implica na uniformidade do processo de avaliação do teste, portanto, para comparar os resultados obtidos por diferentes pessoas, as condições de aplicação devem ser iguais para todas, ou seja, as aplicações dos testes devem ocorrer de forma padronizada, visando os padrões de

como deve interpretar um escore obtido por uma pessoa no teste (Alchieri & cols, 2003; Pasquali, 2001).

2.1. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NA SAÚDE

A área da Psicologia da Saúde já é consolidada internacionalmente, e, no Brasil, está conquistando cada vez mais seu espaço. A Psicologia da Saúde é uma área relativamente nova que tem se desenvolvido de maneira crescente no Brasil e no exterior, e pode ser definida como o conjunto de contribuições da Psicologia para a promoção e manutenção da saúde assim como para a prevenção e tratamento das doenças, participando na análise do sistema de saúde e na definição de políticas para esta área (Farinati; Rigoni & Muller, 2006).

Historicamente, a *American Psychological Association* (APA) foi a primeira associação de psicólogos a criar um grupo de trabalho na área da saúde em 1970. O objetivo da APA foi de estudar a natureza e a extensão da contribuição dos psicólogos para a investigação básica e aplicada sobre os aspectos comportamentais nas doenças físicas e na manutenção da saúde. Em 1979, foi criada a divisão 38, chamada *Health Psychology*, cujos objetivos básicos são avançar no estudo da Psicologia como disciplina que compreende a saúde e a doença através da pesquisa e encorajar a integração da informação biomédica com o conhecimento psicológico, fomentando e difundindo a área (Capitão, Scortegagna & Baptista, 2005).

A Psicologia da Saúde, compreendida como um campo de especialização da Psicologia com interesse focado nos problemas de saúde, especialmente físicos ou médicos, com a função de prevenir a ocorrência desses problemas ou de tratá-los, utiliza-se de metodologia, princípios e conhecimentos da atual Psicologia científica, embasando-se no

ponto de vista de que o comportamento constitui, juntamente com causas biológicas e sociais, os principais determinantes da saúde e da maior parte das doenças e problemas humanos de saúde atualmente existentes (Farinati; Rigoni & Muller, 2006).

Essa definição se adapta ao conceito de saúde como totalidade, dentro do modelo proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apresentando-a como uma disciplina integradora. Esse modelo propõe que os diferentes elementos (biológicos, psicológicos e sociais), a conduta saudável ou insana, e os diferentes campos de especialização (Psicologia, Ciências Biomédicas e Ciências Sociais) interagem com o objetivo de tratar ou controlar comportamentos, além de prevenir a ocorrência dos comportamentos inadequados, e por fim assegurar e promover a instauração de comportamentos saudáveis (Farinati; Rigoni & Muller, 2006).

A Psicologia da Saúde, com base no modelo biopsicosossocial, utiliza os conhecimentos das ciências biomédicas, da Psicologia Clínica e da Psicologia Social-Comunitária. Por isso, o trabalho com outros profissionais é imprescindível dentro dessa abordagem. Essa área fundamenta seu trabalho principalmente na promoção e na educação para a saúde, que objetiva intervir com a população em sua vida cotidiana antes que haja riscos ou se instale algum problema de âmbito sanitário. O trabalho é multiplicador, uma vez que capacita a própria comunidade para ser agente de transformação da realidade, pois ensina a lidar, controlar e melhorar sua qualidade de vida. Dessa maneira, torna-se evidente que a Psicologia da Saúde dá ênfase às intervenções no âmbito social e inclui aspectos que vão além do trabalho no hospital, como é o caso da Psicologia Comunitária (Gonzalez-Rey, 1997; Castro & Bornholdt, 2004).

Matarazzo (1980) define a Psicologia da Saúde como um o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da psicologia para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, na identificação da

etiologia e diagnósticos relacionados à saúde, à doença e às disfunções, bem como no aperfeiçoamento do sistema de políticas da saúde.

A Psicologia da Saúde tem como objetivo compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais que influenciam na saúde e na doença. Também pode compreender a Psicologia da Saúde como uma disciplina ou um campo de especialização da Psicologia que aplica seus princípios, técnicas e conhecimentos científicos para avaliar, diagnosticar, tratar, modificar e prevenir os problemas físicos, mentais ou qualquer outro relevante para os processos de saúde e doença. Esse trabalho pode ser realizado em diversos contextos, como em hospitais, centros de saúde comunitários, organizações não-governamentais e nas próprias casas dos indivíduos. Também pode compreender a Psicologia da Saúde como a aplicação da Psicologia Clínica no âmbito médico (Baptista & Dias, 2003; Capitão & cols, 2005; Castro & Bornholdt, 2004).

De acordo com Camon (2000), Psicologia da Saúde é a prática de levar o paciente a buscar o bem-estar físico, mental e social, incluindo o desempenho de uma abordagem que teria que inserir a participação de outros profissionais da área da saúde. A atuação da Psicologia da Saúde envolve todas as fases do atendimento ao paciente (primária secundária e terciária). Os limites da atuação da Psicologia da Saúde vão além do próprio enquadramento com as práticas clínica e médica, estendendo-se também para uma atuação de intervenção no campo social do paciente.

Segundo Capitão e cols (2005) a avaliação psicológica no contexto da saúde possui os objetivos de promover e proteger a saúde, potencializar o tratamento das enfermidades, identificar etiologias e disfunções associadas a doença e propor melhorias no cuidado e nas políticas públicas de saúde. Segundo Teixeira (2004) para a realização dos objetivos citados anteriormente os psicólogos utilizam de entrevistas clínicas, aplicações de testes, avaliações cognitivas e comportamentais, visando as avaliações psicofisiológicas, de personalidade, da

qualidade de vida e outras atividades de avaliação clínica em saúde, muito freqüentemente relacionadas com dor, depressão e ansiedade.

Para Teixeira (2004) o papel dos psicólogos em serviços de saúde (hospitais, ambulatórios, enfermarias entre outros) pode envolver diferentes aspectos como a participação em atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença; tarefas de avaliação psicológica de pacientes; intervenções clínicas diretas com os pacientes; tarefas de consultoria em relação a diferentes projetos de saúde ou diferentes consultas; participação em projetos de pesquisa; participação em formação e em grupos de trabalho. É essencial que o papel profissional seja claro e ajustado ao tipo e objetivos específicos do serviço de saúde, no qual o psicólogo vai trabalhar.

Conseqüentemente, a avaliação psicológica no contexto da saúde é um dos mais importantes recursos para a sistematização dos vários aspectos do funcionamento dos usuários dos serviços de saúde e na elaboração de protocolos, podendo desempenhar um relevante papel social, como ajudar a documentar a efetividade ou não de um tratamento por que passa um paciente, caracterizar a população atendida, traçar estratégias de intervenção, prevenção e profilaxia no campo da saúde (Capitão e cols, 2005). Portanto, de acordo com esses autores, a avaliação psicológica em ambientes médicos pode ser considerada como um instrumento adequado na apropriação de decisões a respeito do diagnóstico diferencial, tipo de tratamento necessário e prognóstico.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

O objetivo amplo deste projeto foi buscar evidências de validade da Escala de Depressão (EDEP), a partir de sua aplicação em uma amostra de pessoas com doença de Crohn e um grupo não clínico, composto por pessoas da população geral que não apresentem Doença Inflamatória Intestinal. Pretendeu-se contribuir, dessa forma, com a ampliação dos estudos de validade deste instrumento de medida para depressão, conceito central para muitos processos na área da Avaliação Psicológica, principalmente na área da saúde. Além disso, pretendeu-se gerar informações complementares sobre os demais construtos englobado pelo projeto, com o objetivo de auxiliar no acompanhamento e tratamento da doença de Crohn.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O presente projeto teve como objetivo específico a realização de estudos de validade de critério da Escala de Depressão (EDEP), a partir da comparação dos resultados obtidos no grupo clínico e não clínico, com a verificação da capacidade do instrumento em diferenciar as pessoas desses grupos.

Além disso, foram realizadas análises para examinar se as associações encontradas entre a Escala de Depressão (EDEP), o *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ), o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP), eram compatíveis com as indicadas na literatura internacional que

relacionam os construtos avaliados. Tal procedimento implicou na busca de validade convergente, na qual foi verificado se a Escala de Depressão (EDEP), efetivamente apresentava altas correlações com outras escalas para avaliação de depressão ou construtos fortemente associados. A validade discriminante também foi averiguada nesta análise com a verificação se as correlações entre a Escala de Depressão (EDEP), e outras medidas englobadas nesse projeto que avaliam construtos não relacionados com depressão efetivamente apresentam baixas correlações com o mesmo.

4. MÉTODO

4.1. PARTICIPANTES

A amostra foi composta por 200 participantes, divididos em dois grupos, sendo um grupo clínico e um grupo não clínico. O Grupo clínico foi composto por 100 pacientes do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do GASTROCENTRO - UNICAMP, que tinham o diagnóstico confirmado da doença de Crohn. O grupo contou com pessoas de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, independente de naturalidade, condição social e que aceitaram participar do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos da pesquisa os pacientes que apresentavam antecedentes de alcoolismo e/ou drogadição. Também não foram avaliadas as pessoas que foram submetidas a cirurgias de derivação intestinal, do tipo "ostomias", que requer a utilização da bolsa de colostomia ou ileostomia, devido a provável influência de sua condição nas respostas a algumas questões do questionário específico de qualidade de vida (*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire - IBDQ*). Tais informações foram coletadas no prontuário médico dos pacientes.

O grupo não clínico foi composto por 100 acompanhantes de pacientes que freqüentam o GASTROCENTRO – UNICAMP, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, que não tinham o diagnóstico confirmado da doença de Crohn e que aceitaram participar do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.2. INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados com o grupo clínico foram utilizados a Escala de Depressão (EDEP), o *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ), o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) e um Questionário Sociodemográfico (QSD) (Anexo 8).

A coleta de dados com o grupo não clínico foi realizada com a aplicação dos mesmos testes citados anteriormente, com exceção do *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ), por ser um teste específico para avaliar a qualidade de vida de pacientes com as Doenças Inflamatórias Intestinais.

4.2.1. ESCALA DE DEPRESSÃO (EDEP)

A Escala de Depressão (EDEP) é um instrumento brasileiro desenvolvido por Baptista e Sisto, em 2006, que pretende medir a sintomatologia da depressão. Esses autores desenvolveram a EDEP utilizando como base informações sobre as particularidades deste quadro no Brasil, os manuais psiquiátricos (DSM-IV e CID-10) e as teóricas psicológicas (Teoria de Beck e a visão comportamental sobre a depressão) (em construção).

Segundo Baptista (em construção) a Escala de Depressão (EDEP) possui 28 indicadores de depressão, a saber, humor deprimido, perda ou diminuição de prazer em atividades prazerosas, choro, desesperança, desamparo, indecisão, sentimento de incapacidade, sentimentos de inadequação, carência e dependência, negativismo, esquiva de situações sociais, queda de produtividade, inutilidade, autocrítica exacerbada incorporando o negativismo, culpa, diminuição de concentração, pensamento de morte,

auto-estima rebaixada e autoconfiança, falta de perspectiva sobre o presente incorporando o negativismo e desesperança, hipocondria, alteração de apetite, alteração de peso, insônia ou hipersonia, lentidão e agitação psicomotora, perda de libido e fadiga e perda de energia e irritabilidade, alguns desses indicadores podem se referir as situações opostas, como por exemplo, a alteração de apetite, nesse caso, a alteração para mais ou para menos deve ser captada pelo instrumento (Baptista, em construção).

Os itens da EDEP foram distribuídos em 75 afirmações que foram organizados em colunas com frases negativas e outra com frases positivas. Esse instrumento encontra-se em processo de validação (Baptista, em construção).

4.2.2. *TESTE INFLAMMATORY BOWEL DISEASE QUESTIONNAIRE (IBDQ)*

O teste *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* é um instrumento americano que foi desenvolvido por Mitchell e Cols em 1988, que obteve sua estabilidade teste-reteste e indicações de validade em vários estudos, mostrando-se útil na mensuração da qualidade de vida em doentes com as Doenças Inflamatórias Intestinais. A mensuração da qualidade de vida implica na determinação do grau de bem estar subjetivo atribuível ou associado à falta de sintomas, estado psicológico e atividades realizadas. O IBDQ tem sido utilizado como instrumento de avaliação em ensaios clínicos e de programas de saúde (Pontes, Miszputen; Ferreira-Filho; Miranda, & Ferraz, 2004).

Em 1989, Guyatt e Cols, reduziram o instrumento que tinha 150 itens para os 32 atuais, divididos em quatro dimensões. Nessa versão, a primeira dimensão refere-se aos componentes intestinais, a segunda aos sintomas sistêmicos, a terceira aos aspectos sociais

e a última dimensão refere-se aos aspectos emocionais. As questões que compõem cada dimensão do *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* apresentam-se no questionário de modo aleatório, para evitar vieses nas respostas. Cada questão tem sete possibilidades de resposta e cada opção de resposta vale seu próprio número em pontos, sendo um para a pior qualidade de vida e 7 correspondendo a melhor. O cálculo dos escores brutos das escalas é feito com a soma do total de pontos obtidos em cada domínio. A soma simples de todos os domínios resulta no escore total obtido pelo paciente.

Esse instrumento foi traduzido da língua portuguesa e adaptado para a cultura brasileira, verificando suas propriedades psicométricas (validade e estabilidade teste-reteste). A aplicação piloto desse instrumento foi feita em 24 pacientes com a Doença de Crohn e 26 com a Retocolite Ulcerativa Idiopática, que fazem tratamento no Ambulatório da Disciplina de Gastroenterologia da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), atendidos entre março e dezembro de 1998 (Pontes & Cols, 2004). A tradução desse teste foi realizada por duas pessoas com proficiência na língua inglesa e portuguesa. Essas pessoas tinham como língua materna a portuguesa e foram previamente esclarecidos a respeito do objetivo do questionário e do que se pretendia medir. Após a análise das duas traduções, estas foram submetidas a uma comissão julgadora constituída por um professor de inglês, dois gastroenterologistas e uma pessoa experiente em estudos de qualidade de vida, com o intuito de realizar as modificações necessárias para a obtenção de uma versão consensual (primeira versão em português). Esta versão consensual foi então traduzida para o inglês, por meio de dois professores de língua inglesa, cuja língua materna era o inglês, de maneira independente, sem que soubessem dos objetivos do estudo (Pontes & cols, 2004).

Segundo Pontes e cols (2004), as duas versões em língua inglesa, obtidas a partir da primeira em português, foram comparadas com o teste original em inglês e analisadas as divergências (pela mesma comissão). Em seguida, foi realizada uma comparação das duas

versões feitas em inglês (tradução cruzada) com o teste original em inglês, para se obter fidedignidade na tradução para o português. Nesse momento os tradutores sempre que julgaram necessários reescreveram as perguntas e as respostas em português, com o objetivo de gerar itens mais precisos. Com esse procedimento foi elaborada a versão definitiva para o teste.

Para a avaliação da estabilidade teste-reteste, o instrumento foi aplicado em três ocasiões, sendo duas pelo mesmo observador (em média 12 dias de intervalo entre as aplicações) e a outra, por um segundo observador, sendo obtidos altos coeficientes para correlações intra e interobservador (Pontes & cols, 2004).

Estudos para a verificação de evidências de validade do *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* foram realizados com comparações desse instrumento com o *Medical Outcome Study 36-Item Short Form Health Survey*, em sua versão em língua portuguesa - SF-36, que é um questionário geral de qualidade de vida. Também foram avaliados os índices de atividade da doença com o índice gerado pelo *Crohn's Disease Activity Index*, para a doença de Crohn e o índice de *Lichtiger* para a Retocolite Ulcerativa Idiopática (Pontes & cols, 2004).

4.2.3. INVENTÁRIO DE PERCEPÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR (IPSF)

O inventário de percepção do suporte familiar visa identificar a percepção das pessoas referente ao suporte familiar, sendo que este instrumento pode ser aplicado para avaliação da estrutura familiar de base (pai, mãe, irmãos, outros) ou à família de criação (tios, padrinhos, outros). Esse instrumento também pode ser utilizado para avaliar a

percepção que a pessoa tem referente a sua família atual, caso a pessoa seja casada ou possua uma união estável, tendo ou não filhos (Baptista, 2005).

Segundo Baptista (2005), os itens do IPSF foram construídos com base em diversos instrumentos nacionais e internacionais para a avaliação do construto como, por exemplo, a *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES-III)*; o *Family Assessment Device (FAD)*; o *Family Awareness Scale (FAZ)*; o *Parental Bonding Instrument (PBI)* e o Questionário de Estilos Parentais de Gomide (QEP).

A versão final do IPSF desenvolvida por Baptista (2007) é composta por 42 itens divididos em três dimensões ou fatores, a saber, Afetivo-Consistente, Adaptação Familiar e Autonomia Familiar.

O primeiro fator, denominado Afetivo-Consistente, contém 21 itens e evidencia as relações afetivas positivas intra-familiares, desde o interesse pelo outro até a expressão verbal e não-verbal de carinho, clareza nos papéis e regras dos integrantes da família, bem como a habilidade nas estratégias de enfrentamento de situações-problema. Esse fator apresentou consistência interna, calculada a partir do Alfa de *Cronbach*, de 0,91 (Baptista, 2007).

Baptista (2007) classificou o segundo fator de Adaptação Familiar, que contém 13 itens que expressam sentimentos negativos em relação à família, como isolamento, exclusão, raiva, vergonha, relações agressivas de brigas e gritos, irritação, incompreensão, e ainda percepção de relações de competição na família, interesse e culpabilidade entre os membros em situações de conflito. Sendo assim, os itens desse fator foram invertidos para que pudessem ser calculados com valência igual aos itens das outras duas dimensões. Esse fator apresentou o valor do Alfa de *Cronbach* de 0,90 (Baptista, 2007).

Por fim, o terceiro fator do inventário de percepção do suporte familiar refere-se a Autonomia Familiar e é composto por 8 itens, referentes a percepção de autonomia que a

pessoa possui de sua família, indicando as relações de confiança, privacidade e liberdade entre os membros da família. Para esse fator, foi encontrado Alfa de *Cronbach* de 0,78. (Baptista, 2007).

4.2.4. BATERIA FATORIAL DE PERSONALIDADE (BFP)

A Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) foi desenvolvida com o objetivo de avaliar todos os domínios da personalidade descritos no modelo dos Cinco Grandes Fatores (Extroversão, Socialização, Realização, Neuroticismo e Abertura). A bateria na sua versão preliminar era constituída por 167 itens, que foram selecionados dos instrumentos originais para a avaliação específica dos fatores, a saber, Escala Fatorial de Neuroticismo (Hutz & Nunes, 2001), Escala Fatorial de Socialização e Escala Fatorial de Extroversão (Nunes, 2005), Escala Fatorial de Abertura (em construção) e Realização (em construção). A seleção dos itens deu-se a partir da realização de procedimentos da Teoria da Resposta ao Item (TRI) e houve uma ênfase para a manutenção dos itens que apresentavam baixos níveis de desajustamento (*misfit*), alta correlação item-total, e um nível de dificuldade adequado para o objetivo da bateria.

Entre os fatores avaliados pela BFP, Neuroticismo é de grande importância para a realização dos estudos de validade convergente propostos no presente projeto, uma vez que esse fator apresenta medidas específicas para depressão, ansiedade e vulnerabilidade. Os estudos de validação realizados para a medida de Neuroticismo (Nunes, 2000) indicaram uma alta correlação entre a sua escala de depressão e a versão adaptada do *Beck Depression Inventory* - BDI ($r=0,70$; $p<0,01$) (Cunha, 2001).

Em um estudo inicial para verificar as características psicométricas da BFP, o instrumento foi aplicado em 126 pessoas de ambos os sexos (54,8% eram mulheres), com idade média de 16,5 anos (Desvio Padrão=1.7), de uma instituição de ensino privada do estado do Paraná. Destas 126 pessoas, 97,2% estavam cursando a terceira e a segunda série do ensino médio (Nunes & cols, 2007).

Após a análise desses dados, foi possível verificar que os indicadores de consistência interna dos fatores foram bastante favoráveis, sendo que Abertura e Realização apresentaram os menores valores. Esse resultado era previsto, pois as outras escalas já haviam sido refinadas em estudos com amostras amplas e em contextos variados (Nunes & cols, 2007). Devido ao tamanho reduzido da amostra, não foi possível realizar a análise fatorial da BFP, mas de uma forma exploratória, foram averiguadas as correlações dos escores brutos dos fatores. Com essa análise de correlações, foi possível verificar que o Neuroticismo apresentou correlações significativas com Extroversão, Realização e Socialização (Nunes & cols, 2007).

Devido a necessidade de ampliar os estudos com versão preliminar da Bateria Fatorial de Personalidade, foi realizada a coleta de dados em uma amostra com 1.729 pessoas, de ambos os sexos, com idade média de 21,9 anos (DP=7,9) sendo que 29,7% eram do sexo masculino (Nunes, Nunes, & Hutz, em construção). Com essa amostra foram realizadas análises fatoriais exploratórias com o objetivo de ajudar os autores na extração dos fatores da bateria e também na identificação dos itens mais importantes e suas facetas. Para a realização da seleção dos itens, os autores consideraram a sua carga fatorial e interpretabilidade no fator onde foi alocado, ou seja, os itens com cargas fatoriais inferiores ou superiores a 0,30 foram eliminados. Com essa análise, a Bateria Fatorial de Personalidade que na sua versão preliminar era de 167 sofreu uma redução de 41 itens passando atualmente para 126 itens (Nunes & cols, construção).

Segundo os autores, o fator Neuroticismo na Bateria Fatorial de Personalidade, após a análise fatorial exploratória, ficou com 31 itens subdivididos em quatro facetas, e apresentou uma consistência interna de 0,90 para a escala completa; 0,77 para vulnerabilidade (N1); 0,74 para instabilidade (N2); 0,72 para passividade e falta de energia (N3) e 0,78 para depressão (N4). O fator Extroversão ficou com 25 itens e quatro facetas, no qual uma consistência interna de 0,84 para toda a escala; 0,77 para o nível de comunicação (E1); 0,64 para altivez (E2); 0,58 para dinamismo e assertividade (E3) e 0,73 para interações sociais (E4).

Nesse estudo o fator Socialização composto por 28 itens e três subfatores demonstrou uma consistência interna de 0,85 para toda a escala; 0,85 para Amabilidade (S1); 0,71 para confiança (S2) e 0,69 para pró-socialização (S3). Outro fator estudado foi a Realização que ficou composto de 21 itens e três subfatores, apresentando uma consistência interna de 0,83 para toda a escala; 0,77 para competência (R1); 0,60 para ponderação, prudência e cautela (R2) e 0,68 para Empenho, dedicação e comprometimento (R3). O último fator estudado nessa análise fatorial exploratória foi o fator Abertura que ficou composta de 21 itens divididos em três facetas e sua consistência interna foi de 0,74 para toda a escala; 0,69 para interesses por novas idéias (A1); 0,58 para liberalismo (A2) e 0,57 para busca por novidades (A3) (Nunes & cols, construção).

A Bateria Fatorial de Personalidade é composta por um caderno de aplicação, um questionário socioeconômico e uma folha de resposta. Para responder a Bateria deve-se ler as frases do caderno de aplicação e em seguida deve marcar suas resposta na folha específica citada anteriormente. A folha de resposta possui uma escala do tipo likert de concordância, na qual apresenta sete alternativas. Quanto maior a identificação da pessoa com a frase no caderno de aplicação maior deve ser a alternativa indicada na folha de

respostas. Quanto mais a pessoa discorda ou não se identifica com a frase no caderno de aplicação, menores devem ser as alternativas assinaladas.

4.2.5. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO (QSD)

O Questionário Sociodemográfico (QSD) foi desenvolvido pela autora dessa pesquisa, no intuito de obter informações adicionais dos pacientes do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais e dos acompanhantes desses pacientes que freqüentam o GASTROCENTRO – UNICAMP, visando a compreensão do quadro clínico dos pacientes e sua evolução e também para compreender o perfil dos pacientes e dos acompanhantes que freqüentam o GASTROCENTRO. Esse questionário possui nove perguntas referentes a dados pessoais (nome, sexo, idade, profissão, naturalidade, estado civil, atividade de lazer, religião e nível de escolaridade) para os grupos clínico e não clínico.

No Questionário Sociodemográfico (QSD) para o grupo clínico foram adicionadas oito perguntas que englobam o aspecto clínico dos pacientes (surgimento dos primeiros sintomas, tempo de diagnóstico, prognóstico, cirurgias, tipo de tratamento neste momento, uso de medicação, internações, cirurgias, tempo de tratamento no ambulatório e origem do encaminhamento).

Por fim, ao Questionário Sociodemográfico (QSD) para o grupo não clínico foram adicionadas oito perguntas que envolvem os aspectos clínicos e emocionais do acompanhante (como possuir ou não uma doença crônica, uso de medicação, cirurgias, internações, vínculo com o paciente, se é o cuidador ou não, realização de algum tratamento médico, fisioterápico ou psicológico e por qual motivo).

4.3. PROCEDIMENTO

Após a elaboração do projeto, o mesmo foi submetido para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco. Posteriormente foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, no intuito de explicar os objetivos da pesquisa, e obter aprovação para aplicação no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais, GASTROCENTRO - UNICAMP. Com a aprovação dos comitês de ética, os pacientes do grupo clínico foram selecionados por meio da leitura dos prontuários para identificar os critérios de exclusão da pesquisa, respeitando a hora de chegada dos pacientes no ambulatório.

Após essa leitura dos prontuários, os pacientes foram convidados a participar do projeto. Neste momento, a pesquisadora explicou os objetivos e a importância da pesquisa, que tratava-se de uma pesquisa que não oferece nenhum tipo de risco físico ou emocional aos participantes, e que os nomes dos pacientes que aceitassem participar da pesquisa seriam mantidos em sigilo absoluto, assim como todos os demais dados referentes ao seu modo de vida, demonstrando que esses dados serão analisados e interpretados somente para fins da pesquisa. Também foi garantido para os pacientes o direito de participar ou não da pesquisa, ou de se retirar da mesma em qualquer momento, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. Para a realização da coleta de dados da pesquisa, o coordenador do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais, GASTROCENTRO - UNICAMP designou uma sala para a aplicação dos testes. As aplicações do grupo clínico ocorreram individualmente e demoraram aproximadamente 100 minutos para a aplicação.

Os participantes do Grupo não clínico foi composto pelos acompanhantes dos pacientes que frequentam as salas de espera dos exames como Raios-X, Endoscopia e Colonoscopia, Ultrassom e também os acompanhantes dos ambulatórios que fazem parte do

GASTROCENTRO - UNICAMP. As aplicações do grupo não clínico também ocorreram individualmente numa sala designada pelo Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais. As aplicações do grupo não clínico demoraram aproximadamente 80 minutos.

4.4. ANÁLISE DE DADOS

As características da amostra foram verificadas a partir do uso da estatística descritiva. Para tanto, foi verificada a distribuição da amostra completa e dos grupos avaliados em termos de idade, sexo e nível sócio-econômico.

De uma forma exploratória, foi examinada a consistência interna dos instrumentos utilizados para a amostra geral e para os grupos específicos. O principal objetivo dessa análise foi identificar se as medidas utilizadas eram igualmente apropriadas para uso nos grupos avaliados e se a precisão encontrada era semelhante às apresentadas nos estudos de validação dos instrumentos.

Para a realização do estudo que objetivou verificar a validade de critério, foi realizada a comparação das médias dos resultados obtidos pelos grupos avaliados em relação à Escala de Depressão (EDEP) com uso do teste T de *Student*.

A validade convergente e discriminante da Escala de Depressão (EDEP) foi averiguada com a análise das correlações entre este instrumento e as demais medidas englobadas nesse projeto. Nessa etapa, foi verificado se os padrões de correlações apresentados na literatura da área e que associa tais construtos eram corroborados nas amostras do presente projeto. A hipótese inicial foi que os construtos que se associam fortemente com depressão gerariam evidências de validade com a comparação da EDEP

com outros instrumentos, enquanto que construtos com correlações baixas ou não significativas serviriam como evidências de validade discriminante.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 200 participantes, os quais foram divididos em dois grupos, sendo um grupo clínico e um grupo não clínico. A amostra do grupo clínico foi composta por 100 pacientes do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais, GASTROCENTRO – UNICAMP, com idade média de 37,71 anos (DP=9,8), sendo a mínima de 18 anos e a máxima de 62 anos (Tabela 1). Esse grupo foi composto de 52 participantes do gênero feminino e 48 do gênero masculino.

O grupo não clínico foi composto por 100 acompanhantes de pacientes que freqüentavam as salas de espera dos exames como Raios-X, Endoscopia, Colonoscopia e Ultrassom, do GASTROCENTRO – UNICAMP. A idade média deste grupo foi de 33,99 anos (DP= 11,35), sendo a mínima de 18 anos e a máxima 64 anos (Tabela 1). Em relação à distribuição dos participantes desse grupo quanto ao gênero, a proporção observada foi a mesma do grupo clínico. Com a comparação das duas amostras, nota-se que o grupo não clínico é um pouco mais jovem que o clínico.

Tabela 1. Estatística Descritiva da amostra

Grupos	Variáveis	N	Mínimo	Máxima	Média	Desvio Padrão
Grupo clínico	Idade	100	18	62	37,71	9,83
	Tempo do estado Civil (Anos)	71	1	8	4,17	1,88
	Renda	100	1	5	2,28	0,65
Grupo não clínico	Idade	100	18	64	33,99	11,35
	Tempo do estado Civil (Anos)	58	1	14	4,12	2,25
	Renda	100	1	5	2,43	0,74

Com relação à etnia do grupo clínico, 17% identificaram-se com a raça negra, 82% a raça branca e 1% com a raça índia. Quanto à etnia do grupo não clínico, 9% se identificaram como sendo da raça negra, 88% da branca, 1% da asiática e 1% se declarou índia. A informação sobre a etnia foi coletada com todas as pessoas que compuseram as amostras.

Outra característica desses grupos refere-se ao local de criação. Em relação a este ponto, 40% do grupo clínico declarou que sua criação ocorreu na zona rural e 60% na área urbana, enquanto que o grupo não clínico 21% foram criados na zona rural e 79% na área urbana.

Com relação ao nível educacional dos participantes dessa pesquisa, no grupo clínico 22% destes declarou possuir o ensino fundamental incompleto, 12% o ensino fundamental completo e 6% o ensino médio incompleto. O grupo não clínico 9% possui o ensino fundamental incompleto, 4% o ensino fundamental completo, 8% o ensino médio incompleto e 49% o ensino médio completo (Tabela 2). Foi possível verificar, portanto, que o nível educacional dos participantes do grupo não clínico dessa pesquisa, quando comparado ao grupo clínico, é um pouco mais elevado.

Tabela 2 Frequência e porcentagem de nível educacional dos participantes

Grupos	Nível Educacional do Participante	Frequência	Porcentagem
Grupo clínico	Ensino Fundamental Incompleto	22	22%
	Ensino Fundamental Completo	12	12%
	Ensino Médio Incompleto	6	6%
	Ensino Médio Completo	36	36%
	Ensino Superior Incompleto	7	7%
	Ensino Superior Completo	14	14%
	Outros	3	3%
	Total	100	100%

Grupos	Nível Educacional do Participante	Frequência	Porcentagem
Grupo não clínico	Ensino Fundamental Incompleto	9	9%
	Ensino Fundamental Completo	4	4%
	Ensino Médio Incompleto	8	8%
	Ensino Médio Completo	49	49%
	Ensino Superior Incompleto	10	10%
	Ensino Superior Completo	15	15%
	Outros	5	5%
	Total	100	100%

Outra característica pesquisada nesse estudo foi o nível de escolaridade dos pais dos participantes. No grupo clínico, 72% dos pais dos participantes possuem o nível o ensino fundamental incompleto, 10% o ensino médio completo e 8 % o ensino superior completo (Tabela 3). O nível de escolaridade dos pais do grupo não clínico ficou definido com 57% possuem o ensino fundamental incompleto, 10% o ensino médio completo e 14% o ensino superior completo (Tabela 3).

Tabela 3. Frequência e porcentagem do nível educacional do pai

Grupos	Nível Educacional do Pai	Frequência	Porcentagem
Grupo clínico	Ensino Fundamental Incompleto	72	72%
	Ensino Fundamental Completo	8	8%
	Ensino Médio Incompleto	2	2%
	Ensino Médio Completo	10	10%
	Ensino Superior Completo	8	8%
	Total	100	100%
Grupo não clínico	Ensino Fundamental Incompleto	57	57%
	Ensino Fundamental Completo	15	15%
	Ensino Médio Incompleto	3	3%
	Ensino Médio Completo	10	10%
	Ensino Superior Completo	14	14%
	Outros	1	1%
	Total	100	100%

Com relação ao nível de escolaridade das mães dos participantes dessa pesquisa, 75% referente ao grupo clínico possuíam o ensino fundamental incompleto, 12% o ensino médio completo e 2 % o ensino superior completo (Tabela 4). O grupo não clínico ficou definido com 57% possuem o ensino fundamental incompleto, 20% o ensino médio completo e 6 % o ensino superior completo (Tabela 4).

Tabela 4. Frequência e porcentagem e porcentagem do nível educacional da mãe

Grupos	Nível Educacional da Mãe	Frequência	Porcentagem
Grupo clínico	Ensino Fundamental Incompleto	75	75%
	Ensino Fundamental Completo	9	9%
	Ensino Médio Incompleto	1	1%
	Ensino Médio Completo	12	12%
	Ensino Superior Completo	2	2%
	Outros	1	1%
	Total	100	100%
Grupo não clínico	Ensino Fundamental Incompleto	57	57%
	Ensino Fundamental Completo	12	12%
	Ensino Médio Incompleto	3	3%
	Ensino Médio Completo	20	20%
	Ensino Superior Completo	6	6%
	Outros	2	2%
	Total	100	100%

Com relação ao estado civil, o grupo clínico foi caracterizado com 29% dos participantes se declarando solteiros, 5% moram com outra pessoa, 13% são casados e não possuem filhos e 41% são casados e têm filhos (Tabela 5). Em relação ao estado civil, do grupo não clínico ficou caracterizado com 41% dos participantes solteiros, 1% morava com outra pessoa, 13% eram casados e não tinham filhos e 34% eram casados e com filhos (Tabela 5). Na comparação dos dois grupos, percebe-se que o clínico apresentou um número maior de pessoas que possuíam um relacionamento estável (casados com ou sem filhos ou morando com outra pessoa), totalizando 59% dessa amostra (Tabela 5). Outra

diferença refere-se aos participantes solteiros dos dois grupos, ou seja, o grupo não clínico apresentou uma amostra de 41% dos participantes solteiros, enquanto o grupo clínico 29% encontra-se solteiros (Tabela 5).

Tabela 5. Frequência e percentual do Estado Civil dos participantes

Grupos	Estado Civil	Frequência	Porcentagem
Grupo clínico	Solteiro (a)	29	29,0
	Morando com outra pessoa	5	5,0
	Casado (a) sem filhos	13	13,0
	Casado (a) com filhos	41	41,0
	Divorciado (a) / Separado (a)	11	11,0
	Viúvo (a)	1	1,0
	Total	100	100,0
Grupo não clínico	Solteiro (a)	41	41,0
	Morando com outra pessoa	1	1,0
	Casado (a) sem filhos	13	13,0
	Casado (a) com filhos	34	34,0
	Divorciado (a) / Separado (a)	9	9,0
	Viúvo (a)	2	2,0
	Total	100	100,0

O tempo do estado civil do grupo clínico teve uma média de 4,17 anos (DP=1,88), sendo a mínima equivalente a menos de um ano e a máxima, de 35 anos (Tabela 1). O grupo não clínico evidenciou uma média de 3,95 (DP=1,80), sendo a mínima equivalente a menos de um ano e a máxima de 45 anos (Tabela 1).

Referente à frequência do tempo do estado civil nota-se que o grupo clínico 2,8% dos participantes afirmaram serem casados a menos de um ano, 21,1% entre 1 a 5 anos e 18,3% entre 5 a 10 anos (Tabela 9). No grupo não clínico 3,4% dos participantes relataram serem casados a menos de um ano, 22,4% entre 1 a 5 anos, 15,5% entre 5 a 10 anos e 25,8% entre 10 a 15 anos (Tabela 6).

Tabela 6. Frequência e porcentagem de tempo do estado civil

Grupos	Tempo do Estado Civil	Frequência	Porcentagem
Grupo clínico	Menos de 1 ano	2	2,8%
	Entre 1 a 5 anos	15	21,1%
	Entre 5 a 10 anos	13	18,3%
	Entre 10 a 15 anos	13	18,3%
	Entre 15 a 20 anos	9	12,6%
	Entre 20 a 25 anos	6	8,4%
	Entre 25 a 30 anos	12	16,9%
	Entre 30 a 35 anos	1	1,4%
	Total	71	100%
Grupo não clínico	Menos de 1 ano	2	3,4%
	Entre 1 a 5 anos	13	22,4%
	Entre 5 a 10 anos	9	15,5%
	Entre 10 a 15 anos	15	25,8%
	Entre 15 a 20 anos	9	15,5%
	Entre 20 a 25 anos	6	10,3%
	Entre 25 a 30 anos	1	1,7%
	Entre 30 a 35 anos	2	3,4%
	Entre 40 a 45 anos	1	1,7%
Total	58	100%	

Com relação à renda salarial familiar do grupo clínico, 4% dos participantes ganham menos que 1 salário mínimo, 70% entre 1 a 5 salários mínimos e 21% entre 5 a 10 salários mínimos (Tabela 7). Referente aos participantes do grupo não clínico 1% ganham menos que 1 salário mínimo, 66% entre 1 a 5 salários mínimos e 25% entre 5 a 10 salários mínimos (Tabela 7). Portanto, nota-se que o grupo não clínico apresentou um poder aquisitivo maior que o grupo clínico.

Tabela 7. Frequência e porcentagem da renda

Grupos	Renda Familiar	Frequência	Porcentagem
Grupo clínico	Menor que 1 SM	4	4,0
	Entre 1 e 5 SM	70	70,0
	Entre 5 e 10 SM	21	21,0

<i>Grupos</i>	<i>Renda Familiar</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Grupo não clínico	Entre 10 e 15 SM	4	4,0
	Acima de 15 SM	1	1,0
	Total	100	100,0
	Menor que 1 SM	1	1,0
	Entre 1 e 5 SM	66	66,0
	Entre 5 e 10 SM	25	25,0
	Entre 10 e 15 SM	5	5,0
	Acima de 15 SM	3	3,0
	Total	100	100,0

Também foi analisada nessa pesquisa a religião dos participantes, a qual, o grupo clínico ficou definido com 65% dos participantes católicos, 6% espíritas e 22% evangélicos (Tabela 8). O grupo não clínico ficou classificado com 61% católicos, 2% espíritas e 28% evangélicos (Tabela 8). Com relação a religiosidade do grupo clínico 65% praticam sua religião e 35% não praticam, enquanto no grupo não clínico com 69% dos acompanhantes frequentam a missa ou o culto e 31% não frequentam.

Tabela 8. Frequência e porcentagem de religião

Grupos	Religião	Frequência	Porcentagem
Grupo clínico	Católica	65	65,0
	Espírita	6	6,0
	Evangélica	22	22,0
	Ateu	1	1,0
	Adventista	1	1,0
	Protestante	1	1,0
	Cristão	3	3,0
	Umbanda	1	1,0
	Total	100	100,0
Grupo não clínico	Católica	61	61,0
	Espírita	2	2,0
	Evangélica	28	28,0
	Ateu	2	2,0
	Protestante	2	2,0

Grupos	Religião	Frequência	Porcentagem
	Cristão	4	4,0
	Mórmon	1	1,0
	Total	100	100,0

Analisando o grupo clínico referente à idade em que ocorreu o surgimento dos primeiros sintomas da doença de Crohn, nota-se uma média de 11,55 anos (DP=8,27), sendo a mínima de 1 ano e a máxima de 44 anos. Com relação ao tempo de demora para o diagnóstico da doença de Crohn percebe-se que esse grupo apresentou uma média de 31,98 meses (DP=52,56) sendo a mínima de 1 mês e a máxima de 360 meses (Tabela 9).

Comparando o surgimento dos primeiros sintomas da doença de Crohn por gênero percebe-se que o gênero masculino apresentou uma média de 31,19 meses (DP= 55,58) sendo a mínima de 1 mês e a máxima de 360 meses, enquanto que o gênero feminino evidenciou uma média de 29,29 meses (DP=40,54) sendo a mínima de 1 mês e a máxima de 228 meses (Tabela 10). Portanto nota-se que o gênero masculino demonstrou maiores dificuldades para diagnosticar a doença. Adicionalmente, foi investigada por meio do teste T de *Student* a comparação de médias para a variável gênero, a qual foi possível evidenciar que essa variável não apresentou diferenças significativas de médias entre o gênero masculino e feminino, com relação ao surgimento dos primeiros sintomas.

Tabela 9. Estatística Descritiva de variáveis clínicas da amostra do Grupo Clínico

<i>Grupo Clínico</i>	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Idade	100	18	62	37,71	9,83
Surgimento dos primeiros sintomas (Anos)	100	1	44	11,55	8,28
Tempo de diagnóstico (Meses)	100	1	360	31,98	52,56
Tempo de medicação (Meses)	100	1	360	56,60	57,43
Número de cirurgias	100	0	14	2,60	2,66

<i>Grupo Clínico</i>	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Número de internações	100	0	300	10,04	30,32
Tempo de tratamento no Ambulatório	100	1	26	6,18	5,38

Tabela 10. Tempo de demora para diagnóstico referente ao gênero

Grupo	Gênero	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Grupo clínico	Masculino	48	1	360	31,19	55,586
	Feminino	52	1	228	29,29	40,547
	Total	100	1	360	30,20	48,112

Referente ao tempo de uso da medicação do grupo clínico para doença de Crohn percebe-se uma média de 56,60 meses (DP= 57,43), sendo a mínima de 1 mês e a máxima de 360 meses (Tabela 11). Com relação ao uso de medicação dos participantes do grupo clínico, 96% tomam medicação para o tratamento da doença de Crohn (Azatioprina, Mesalazina e outros) e 4% não tomam qualquer medicação. Dos pacientes, 43% utilizam de uma medicação de alto custo, chamada Infliximab, a qual é fornecida gratuitamente pela farmácia de alto custo para os pacientes que apresentam sintomas da doença como fistulas e abscessos. Com relação ao uso de medicação do grupo não clínico, 23% dos acompanhantes tomam remédios e 77% não utilizam de medicação.

Também foi investigado nessa pesquisa o número de internações dos participantes do grupo clínico, a qual foi investigada que 91% dos pacientes já foram internados e apenas 9% não tinham sido submetidos a nenhuma internação. Quanto ao número de internações do grupo clínico, analisado por gênero, foi possível verificar que o gênero masculino apresentou uma média de 11,25 internações (DP= 42,9), sendo a mínima de 0 internação e a máxima de 300 internações. O gênero feminino apresentou uma média de 8,92 internações (DP=9,2), sendo a mínima 0 internação e a máxima de 50 internações (Tabela 11).

Além disso, foi investigada nessa pesquisa a variável internação dos participantes do grupo não clínico, que apresentou que 49% foram submetidos a internações e 51% ($n=100$) já foram operados. Analisando o número de internações do grupo não clínico referente ao gênero, foi possível observar que gênero sexo masculino apresentou uma média de 1,48 (DP= 3,2) sendo a mínima de 0 internações e a máxima de 20 internações. O Gênero feminino evidenciou uma média de 1,62 internações (DP= 4,3) sendo a mínima de 0 internações e a máxima de 30 internações (Tabela 11). Adicionalmente, foi realizada a comparação de médias com o uso do teste T de *Student* para a variável gênero, a qual, foi possível observar que não apresentou diferenças significativas entre os gêneros masculino e feminino, com relação ao número de internações nos grupos clínico e não clínico.

Comparando o grupo clínico e não clínico, percebe-se que a maioria dos participantes do grupo clínico já foi submetida a internações, devido ao impacto da sintomatologia da doença de Crohn na qualidade de vida desses participantes. Para averiguar se existe diferença significativa com relação ao número de internações dos grupos clínico e não clínico foi verificado por meio do teste T de *Student* (Tabela 12) a comparação da diferença de média para a variável grupo, com relação ao número de internações, para a qual foi apresentada uma diferença significativa para o grupo clínico ($t=-2,78$; $gl=198$; $p=0,01$).

Tabela 11. Estatística descritiva do número de internações

Grupos	Gênero	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Grupo clínico	Masculino	48	0	300	11,25	42,906
	Feminino	52	0	50	8,92	9,229
	Total	100	0	300	10,04	30,318
Grupo não clínico	Masculino	48	0	20	1,48	3,275
	Feminino	52	0	30	1,62	4,234

Grupos	Gênero	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	Total	100	0	30	1,55	3,786

Tabela 12. Teste T de *Student* para diferença de média do número de internações por grupo

Número de Internações	Grupos	Média	DP	t	gl	p
	Grupo Clínico	1,55	3,79	-2,78	198	0,01
	Grupo Não Clínico	10,04	30,32	-2,78	102,06	0,01

Também foi analisada nessa pesquisa a frequência do número de cirurgias nas quais os participantes desse projeto foram submetidos, a qual, 76% da amostra do grupo clínico já foram submetidos a um procedimento cirúrgico, sendo que 24% não realizaram nenhuma cirurgia, enquanto que o grupo não clínico 44% da amostra já foram submetidos a procedimentos cirúrgicos e 56% não realizaram nenhuma cirurgia.

Analisando o número de cirurgias do grupo clínico referente ao gênero, nota-se que o gênero masculino apresentou uma média de 1,92 (DP= 2,3) sendo a mínima de 0 cirurgias e a máxima de 14 cirurgias, enquanto que o gênero feminino corrobora uma média de 3,23 cirurgias (DP= 2,7) sendo a mínima de 0 cirurgias e a máxima de 10 cirurgias (Tabela 13). Adicionalmente, foi investigado o número de cirurgias para o grupo não clínico referente ao gênero masculino que apresentou uma média de 1,04 (DP= 2,4) sendo a mínima de 0 e a máxima de 15 cirurgias e o gênero feminino que apresentou uma média de 1,42 cirurgias (DP= 4,1) sendo a mínima de 0 e máxima de 30 cirurgias (Tabela 13).

Tabela 13. Estatística Descritiva de número de cirurgias

Grupos	Gênero	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Grupo clínico	Masculino	48	0	14	1,92	2,395
	Feminino	52	0	10	3,23	2,755
	Total	100	0	14	2,60	2,659
Grupo não clínico	Masculino	48	0	15	1,04	2,449
	Feminino	52	0	30	1,42	4,188
	Total	100	0	30	1,24	3,453

Adicionalmente foram investigadas nessa pesquisa algumas características do grupo não clínico com o objetivo de compreender essa amostra e diferenciá-la do grupo clínico. A primeira característica investigada nessa amostra foi referente aos cuidadores dos pacientes, a qual, 55% da amostra declaram não serem cuidadores dos pacientes e 45% afirmaram serem os cuidadores. Com relação ao vínculo do acompanhante com o paciente ficou evidenciado que 23% é pai ou mãe, 6% afirmam ser irmão ou irmã, 3% avó ou avô, 3% tio ou tia, 25% marido ou esposa, 4% primo ou prima, 17% amigo (a), 2% vizinho (a) e por fim, 17% é filho (a), sogro (a) e neto (a).

Também foi importante investigar na amostra do grupo não clínico se os acompanhantes realizam algum tratamento médico, fisioterápico ou outros, na qual ficou evidenciado que 16% realizam algum tipo de tratamento. Com relação ao tratamento psicológico dos acompanhantes da amostra do grupo não clínico ficou demonstrado nessa pesquisa que 18% realizaram ou já foram submetidos a um tratamento psicológico e 82% não realizaram nenhum tratamento psicológico. Além disso, foram investigados os motivos, na qual os acompanhantes procuraram o tratamento psicológico, ou seja, 5,6% relataram estresse familiar, 38,9 depressão, 11,1% afirmam que procuram o atendimento para tratar de ansiedade, 5,6% síndrome do pânico, 11,1% separação conjugal entre outros (Tabela 14).

Tabela 14. Frequência e porcentagem de motivo do atendimento psicológico

Grupo	Motivo Atendimento Psicológico	Frequência	Porcentagem
Grupo não clínico	Stress familiar	1	5,6%
	Depressão	7	38,9%
	Ansiedade	2	11,1%
	Síndrome do pânico	1	5,6%
	Separação conjugal	2	11,1%
	Bulimia	1	5,6%
	Traição do marido	1	5,6%
	Aceitação de um tumor	1	5,6%
	Doença do marido para aprender a lidar com ele	1	5,6%
	Alcoolismo	1	5,6%
	Total	18	100%

Outra característica investigada no grupo não clínico foi a frequência de doenças crônicas nos acompanhantes, a qual, 13% relataram que possui uma doença crônica e 87% afirmaram não possuir nenhuma doença crônica (Tabela 15).

Tabela 15. Frequência e porcentagem de doenças crônicas nos acompanhantes

Grupo	Doenças Crônicas nos acompanhantes	Frequência	Porcentagem
Grupo Não Clínico	Hipertensão	1	7,7
	Anemia	1	7,7
	Diabete	1	7,7
	Labirintite	1	7,7
	Arritmia Cardíaca	1	7,7
	Artrose	1	7,7
	Neurofibromatose	1	7,7
	Aids	1	7,7
	Neoplasia de colon	1	7,7
	Hepatite C	2	15,4
	Espondilite Anquilosante	1	7,7
	Sinusite	1	7,7
	Total	13	100,0

5.2. RESULTADOS DOS TESTES

Após a descrição das características dos participantes dessa pesquisa, foram calculados os resultados dos instrumentos utilizados. Para tanto, conforme as indicações em seus manuais ou artigos que descreviam seu funcionamento foi realizado o cálculo de seus resultados em termos globais e de suas facetas.

O resultado geral da EDEP nas aplicações, com uma amostra de 200 participantes, apresentou uma média de 2,2 (DP= 0,66), sendo pontuação a mínima de 1,05 e a máxima de 4,4. A média do IPSF total, com uma amostra completa, foi de 2,5 (DP= 0,66), sendo a pontuação mínima de 1,4 e a máxima de 3,0 (Tabela 16).

Tabela 16. Escore mínimos, máximo, média e desvio padrão do IPSF (N=200)

Teste	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
IPSF TOTAL	1,4	3,0	2,5	0,32
IPSF- F1- Componente afetivo	1,2	3,0	2,3	0,38
IPSF- F2- Componente adaptação familiar	1,0	3,0	2,6	0,38
IPSF- F3- Componente Autonomia familiar	1,2	3,0	2,6	0,38

A média do IBDQ com a amostra completa foi 4,7 (DP= 1,27) para o escore total do questionário, sendo a mínima de 1,1 e a máxima de 6,8 (Tabela 17). Os resultados da BFP encontrados para a amostra completa são apresentados na Tabela 18.

Tabela 17. Escore mínimos, máximo, média e desvio padrão do IBDQ (N=100)

Teste	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
IBDQ_TOTAL	1,1	6,8	4,7	1,27
IBDQ- F1- Sintomas Intestinais	1,0	7,0	5,0	1,33
IBDQ- F2- Sintomas sistêmicos	1,0	7,0	4,4	1,43

Teste	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
IBDQ- F3- Aspectos sociais	1,0	7,0	4,9	1,66
IBDQ- F4- Aspectos emocionais	1,3	6,8	4,5	1,37

Tabela 18. Escore mínimos, máximo, média e desvio padrão da BFP e suas facetas (N=200)

Teste	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
EXTROVERSAO	1,8	6,5	4,2	0,85
E1- Nível de comunicação	1,0	6,8	4,2	1,29
E2- Altivez	1,0	6,3	3,6	1,06
E3- Dinamismo e Assertividade	1,0	6,8	4,7	1,12
E4- Interações Sociais	1,0	7,0	4,5	1,25
SOCIALIZACAO	1,9	6,8	5,2	0,94
S1- Amabilidade	1,0	7,0	5,6	1,33
S2- Confiança	1,1	7,0	5,6	1,18
S3- Sociabilidade	1,4	7,0	4,5	1,02
REALIZACAO	1,5	7,0	5,0	0,97
R1- Competência	1,0	7,0	5,1	1,16
R2- Ponderação, Prudência e cautela	1,5	7,0	4,9	1,24
R3- Empenho, Dedicação e Comprometimento	1,0	7,0	5,0	1,14
ABERTURA	2,3	6,6	4,3	0,69
A1- Interesses por novas idéias	1,8	6,8	4,1	0,90
A2- Liberalismo	1,0	6,8	4,4	1,18
A3- Busca por novidades	1,0	6,8	4,3	1,04
NEUROTICISMO	1,1	6,2	3,5	1,02
N1- Vulnerabilidade	1,0	6,7	3,8	1,22
N2- Instabilidade	1,0	6,5	3,8	1,28
N3- Passividade e Falta de energia	1,0	6,5	3,4	1,25
N4- Depressão	1,0	7,0	2,9	1,33

Para verificar a viabilidade da aplicação dos instrumentos nas amostras avaliadas, foi calculada a precisão dos instrumentos considerando-se inicialmente a amostra completa e depois em função do grupo em que estavam alocados. Tal análise buscou verificar se, mesmo com a baixa escolaridade de parcela da amostra e de outras variáveis que poderiam interferir nas condições de aplicação dos testes, seus resultados alcançariam um nível de precisão adequado. Os resultados dessas análises são apresentados na próxima seção.

5.2.1. ANÁLISES DA CONSISTÊNCIA INTERNA DOS INSTRUMENTOS EDEP, IPSF, IBDQ E BFP

A avaliação da consistência interna dos instrumentos utilizados no presente projeto foi estimada a partir do Alfa de Cronbach. Os resultados encontrados foram comparados com os de estudos realizados por outros pesquisadores. Tal análise não foi possível com a Escala de depressão (EDEP), uma vez que este está na fase de validação e seus estudos ainda estão em processo de elaboração.

A análise da consistência interna da Escala de depressão (EDEP) com toda a amostra evidenciou um Alfa de Cronbach de 0,96, referente aos 75 itens da escala (Tabela 19). Analisando a precisão dessa escala por grupos (clínico e não clínico) encontrou uma precisão de 0,96 para o grupo clínico e 0,96 para o grupo não clínico (Tabela 19). Também foi investigada a consistência interna do instrumento por gênero, na qual foi verificado que a precisão é muito semelhante para homens e mulheres (Tabela 20).

Tabela 19. Consistência interna da escala de depressão (EDEP) por grupos.

<i>Escala</i>	<i>Grupos</i>		
EDEP Total	Grupo clínico + Grupo não clínico (n=200) Alfa 0,96	Grupo clínico (n=100) Alfa 0,96	Grupo não clínico (n=100) Alfa 0,96

Tabela 20. Consistência interna da escala de depressão (EDEP) por gênero.

<i>Escala</i>	<i>Gênero Masculino (n=96) Alfa</i>	<i>Gênero Feminino (n=104) Alfa</i>
EDEP Total	0,95	0,97

A consistência interna do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) quando analisada com toda a amostra resultou em um Alfa de Cronbach de 0,76 para os 42 itens do inventário (Tabela 21). Também foi investigada nessa pesquisa a consistência interna do IPSF por fatores, ou seja, o fator 1 do IPSF, que refere-se ao componente afetivo, resultou um Alfa de Cronbach de 0,90 para os 21 itens que compõem esse dimensão (Tabela 21), o fator 2, componente adaptação familiar, apresentou um Alfa de Cronbach de 0,86 ($n=200$) para os 13 itens do desse fator (Tabela 22) e, por fim, o fator 3 que refere-se aos componente de autonomia familiar evidenciou um Alfa de Cronbach de 0,76 ($n=200$) para os 8 itens que compõem esse fator (Tabela 22).

Tabela 21. Consistência interna do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) – Total

Inventário	Dias (2008)			Baptista (2007)	
	Grupo clínico + Grupo não clínico ($n=200$) Alfa	Grupo clínico ($n=100$) Alfa	Grupo não clínico ($n=100$) Alfa	<i>N</i>	Alfa
IPSF Total (42 itens)	0,76	0,72	0,79	1064	0,93

Tabela 22. Consistência interna dos fatores do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) por Grupos

Fatores	Dias (2008)			Baptista (2007)	
	Grupo clínico + Grupo não clínico ($n=200$) Alfa	Grupo clínico ($n=100$) Alfa	Grupo não clínico ($n=100$) Alfa	<i>N</i>	Alfa
IPSF- F1- Componente afetivo (21 itens)	0,90	0,89	0,90	1064	0,91

Fatores	Dias (2008)			Baptista (2007)	
	Grupo clínico + Grupo não clínico (n=200)	Grupo clínico (n=100)	Grupo não clínico (n=100)	N	Alfa
	Alfa	Alfa	Alfa		
IPSF- F2- Componente adaptação familiar (13 itens)	0,86	0,85	0,87	1064	0,90
IPSF- F3- Componente Autonomia familiar (8 itens)	0,76	0,77	0,75	1064	0,78

Também foi investigada nessa pesquisa a consistência interna do IPSF total por sexo, na qual ficou evidenciado que a precisão é muito semelhante entre os gêneros, na qual foi evidenciado que o IPSF total apresentou um Alfa de 0,68 para o gênero Masculino e 0,80 para o gênero feminino (Tabela 23).

Tabela 23. Consistência interna dos fatores do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) por gênero.

IPSF	Gênero Masculino (n=96) Alfa	Gênero Feminino (n=104) Alfa
IPSF Total (42 itens)	0,68	0,80
IPSF- F1- Componente afetivo (21 Itens)	0,88	0,90
IPSF- F2- Componente adaptação familiar (13 itens)	0,85	0,86
IPSF- F3- Componente Autonomia familiar (8 itens)	0,60	0,82

Os índices de confiabilidade, do Alfa de Cronbach, da escala do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF), evidenciado nas aplicações do grupo clínico dessa pesquisa foi de 0,89 para o fator F1 do IPSF, 0,85 para o F2 do IPSF e 0,77 para o fator 3 desse instrumento (Tabela 22), além do valor de 0,72 para o inventário total (Tabela 21).

Alem disso, também foram investigados nessa pesquisa os índices de confiabilidade do Alfa de Cronbach do grupo não clínico para o IPSF total e seus fatores, a saber, o Alfa de Cronbach para o fator F1 foi de 0,90 (Tabela 22), F2 de 0,87 (Tabela 22), F3 de 0,75 (Tabela 22), e por fim, 0,79 para o IPSF total. (Tabela 21).

Baptista (2007) avaliou uma amostra de 1.064 estudantes de instituições de Ensino Médio e Superior de universidades ou escolas particulares ou públicas do Estado de São Paulo, com idade mínima de 17 anos e máxima de 60 anos (DP= 6,05), na qual demonstrou que o IPSF é um instrumento apropriado para avaliar a percepção do suporte familiar. Nesse estudo, o pesquisador encontrou um Alfa de Cronbach para o fator 1 do IPSF de 0,91, o fator 2, de 0,90, e o fator 3, de 0,78, além do valor de 0,93 para a escala total.

A comparação dos resultados de Baptista (2007) com a presente pesquisa indica que os índices de confiabilidade encontrados com as aplicações dessa pesquisa são semelhantes. Os resultados encontrados com a verificação da precisão do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) nas amostras e a sua comparação com os estudos já realizados sugerem que a sua aplicabilidade não foi prejudicada em função das particularidades do presente estudo.

A consistência interna do *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ), também foi investigada nesse estudo. Como esse instrumento é específico para avaliar a qualidade de vida dos pacientes com doenças inflamatórias intestinais, esse questionário foi aplicado somente no grupo clínico dessa pesquisa, no qual é composto por pacientes com a doença de Crohn. O índice de confiabilidade, calculado por meio do Alfa de Cronbach para escala total do *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ), foi de 0,95 para grupo clínico dessa pesquisa ($n=100$), considerando-se os 32 itens do instrumento (Tabela 24).

A consistência interna dos fatores do IBDQ, a saber, F1 que refere-se aos sintomas intestinal foi de 0,87 para os 10 itens, F2 foi de 0,83 para os 5 itens que compõem essa dimensão, F3 que refere-se a dimensão dos sintomas sociais apresentou um Alfa de Cronbach de 0,84 para os 5 itens e, por fim, foi investigada a consistência interna dos 12 itens que compõem a dimensão F4, que avalia os sintomas emocionais apresentou um alfa de Cronbach de 0,90 (Tabela 25). Também foi averiguada nessa pesquisa, a consistência interna do IBDQ total e das dimensões por gênero, na qual resultou que a consistência interna, como ocorreu nas outras escalas, são muito semelhantes entre o gênero masculino e feminino (Tabela 25).

Pontes e cols (2004), em seu estudo com uma amostra de 50 pacientes com Doença Inflamatória Intestinal, sendo 26 com doença de Crohn (DC) e 24 com Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI) realizaram a análise referente à confiabilidade do *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)*, por meio do Alfa de Cronbach, na qual encontrou um índice de 0,92 (Tabela 23). Comparando a consistência interna do *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)* da pesquisa de Pontes e cols (2004) com o dessa pesquisa que, foi 0,95 (Tabela 23), percebe-se que em ambas as pesquisas o *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)* apresentou um índice de precisão considerado muito alto de acordo com a literatura em psicometria (Cronbach, 1951). Os resultados encontrados com essa análise indicam que a precisão do IBDQ foi adequada no presente estudo.

Tabela 24. Consistência Interna do *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ) por gênero.

Escala	Dias (2008)			Pontes e cols (2004)
	Grupo clínico (n=100) Alfa	Gênero Masculino (n=48) Alfa	Gênero Feminino (n=52) Alfa	Grupo clínico Alfa (n=50)
IBDQ Total (32 itens)	0,95	0,95	0,95	0,92

Tabela 25. Consistência Interna das dimensões do *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ) por gênero.

IBDQ	Grupo clínico (n=100) Alfa	Gênero Masculino (n=48) Alfa	Gênero Feminino (n=52) Alfa
Fatores			
F1- Sintomas Intestinais (10 itens)	0,87	0,89	0,87
F2- Sintomas Sistêmicos (5 itens)	0,83	0,86	0,80
F3- Sintomas Sociais (5 itens)	0,84	0,88	0,81
F4- Sintomas Emocionais (12 itens)	0,90	0,89	0,90

Por fim, foi investigada nessa pesquisa a consistência interna da Bateria Fatorial de Personalidade (BFP), com a amostra completa, na qual ficou evidenciado um Alfa de Cronbach de 0,89 para Neuroticismo; 0,83 para Extroversão; 0,90 para Socialização; 0,87 para Realização; e, por fim, a dimensão Abertura apresentou um Alfa de Cronbach de 0,63 (Tabela 26).

Analisando a precisão das dimensões desse instrumento para o grupo clínico ficou evidenciado nessa pesquisa um Alfa de Cronbach para Neuroticismo de 0,88, Extroversão

0,83, Socialização 0,89, Realização e Abertura 0,63 (Tabela 25). O grupo não clínico ($n=100$) apresentou uma precisão para a dimensão Neuroticismo de 0,90, Extroversão 0,81, Socialização 0,90, Realização 0,88, por fim, a dimensão Abertura que evidenciou um alfa 0,62 (Tabela 26). Observa-se que as facetas E2 do grupo não clínico, S3 do grupo clínico, R2 do grupo clínico e não clínico e da amostra total, A1, A2 e A3 da dimensão Abertura apresentaram uma precisão inferior a 0,60, sendo que todas as dimensões e a maioria de suas facetas apresentaram consistência interna considerada alta ou muito alta aos padrões da psicometria, segundo Cronbach (1951).

Tabela 26. Consistência Interna das dimensões e facetas da Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) por grupos.

BFP	Dias (2008)			Nunes e cols (no prelo)	
	Grupo clínico + Grupo não clínico ($n=200$) Alfa	Grupo clínico ($n=100$) Alfa	Grupo não clínico ($n=100$) Alfa	N	Alfa
NEUROTICISMO	0,89	0,88	0,90	1754	0,89
N1- Vulnerabilidade	0,77	0,76	0,77	1843	0,77
N2- Instabilidade	0,70	0,69	0,71	1848	0,74
N3- Passividade e Falta de energia	0,68	0,65	0,72	1854	0,72
N4- Depressão	0,80	0,77	0,82	2207	0,78
EXTROVERSÃO	0,82	0,83	0,81	1767	0,84
E1- Nível de comunicação	0,72	0,69	0,75	3134	0,77
E2- Altivez	0,60	0,63	0,54	2380	0,64
E3- Dinamismo e Assertividade	0,62	0,61	0,63	1859	0,58
E4- Interações Sociais	0,76	0,78	0,73	1847	0,73

BFP	Dias (2008)			Nunes e cols (no prelo)	
	Grupo clínico + Grupo não clínico (n=200) Alfa	Grupo clínico (n=100) Alfa	Grupo não clínico (n=100) Alfa	N	Alfa
SOCIALIZAÇÃO	0,90	0,89	0,90	1755	0,85
S1- Amabilidade	0,92	0,93	0,92	1819	0,85
S2- Confiança	0,76	0,75	0,78	1846	0,71
S3- Sociabilidade	0,62	0,55	0,68	3257	0,69
REALIZAÇÃO	0,87	0,85	0,88	1772	0,83
R1- Competência	0,85	0,85	0,85	1830	0,77
R2- Ponderação, Prudência e cautela	0,48	0,42	0,54	2315	0,60
R3- Empenho, Dedicação e Comprometimento	0,70	0,65	0,74	1848	0,68
ABERTURA	0,62	0,63	0,62	1763	0,74
A1- Interesses por novas idéias	0,52	0,46	0,57	1813	0,69
A2- Liberalismo	0,53	0,57	0,47	1849	0,58
A3- Busca por novidades	0,47	0,51	0,42	1856	0,57

Nunes, Nunes e Hutz (no prelo) realizaram uma pesquisa na qual investigaram a consistência interna da Bateria Fatorial de Personalidade (BFP). Nesse estudo foi possível observar que as facetas E3, A2 e A3 apresentaram uma precisão inferior a 0,60, sendo que todas as dimensões e a maioria de suas facetas também apresentaram consistência interna considerada alta ou muito alta para os padrões sugeridos na literatura psicométrica (Cronbach, 1951). Comparando a consistência interna da Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) dessa pesquisa com Nunes (no prelo) percebe-se que em ambas as pesquisas a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) apresentou um índice de precisão considerado adequado (Tabela 26).

Adicionalmente foi realizada análise estatística referente à consistência interna da BFP referente a gênero, na qual foi evidenciado que a dimensão Neuroticismo apresentou

um alfa de Cronbach de 0,90 para o gênero masculino e 0,89 para o gênero feminino; para Extroversão, 0,74 para o gênero masculino e 0,87 para o gênero feminino; para a dimensão Socialização, 0,91 para o gênero masculino e 0,89 para o gênero feminino; para Realização, 0,88 para o gênero masculino e 0,86 para o gênero feminino; e, por fim, precisão de Abertura foi de 0,59 para o gênero masculino e 0,66 para o gênero feminino (Tabela 27).

Tabela 27. Consistência Interna das dimensões e facetas da Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) por gênero.

<i>BFP</i>	<i>Dias (2008)</i>		<i>Nunes e cols (no prelo)</i>			
	Gênero Masculino (n=96) Alfa	Gênero Feminino (n=106) Alfa	N	Gênero Masculino	N	Gênero Feminino
NEUROTICISMO	0,90	0,89	553	0,89	1178	0,89
N1- Vulnerabilidade	0,76	0,78	581	0,75	1237	0,78
N2- Instabilidade	0,70	0,71	580	0,74	1243	0,77
N3- Passividade e Falta de energia	0,72	0,66	580	0,70	1248	0,72
N4- Depressão	0,85	0,76	664	0,78	1508	0,78
EXTROVERSÃO	0,74	0,87	552	0,82	1191	0,85
E1- Nível de comunicação	0,68	0,75	1054	0,74	2034	0,78
E2- Altivez	0,51	0,67	789	0,62	1559	0,66
E3- Dinamismo e Assertividade	0,58	0,65	585	0,54	1249	0,60
E4- Interações Sociais	0,69	0,81	581	0,70	1240	0,74
SOCIALIZAÇÃO	0,91	0,89	554	0,86	1177	0,83
S1- Amabilidade	0,94	0,93	571	0,86	1224	0,83
S2- Confiança	0,77	0,76	581	0,73	1239	0,68
S3- Sociabilidade	0,71	0,51	1064	0,68	1064	0,69
REALIZAÇÃO	0,88	0,86	562	0,84	1187	0,82
R1- Competência	0,84	0,86	579	0,77	1227	0,76
R2- Ponderação, Prudência e cautela	0,57	0,39	743	0,60	1544	0,61
R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento	0,75	0,65	581	0,68	1242	0,67

<i>BFP</i>	<i>Dias (2008)</i>		<i>Nunes e cols (no prelo)</i>			
	Gênero Masculino (n=96) Alfa	Gênero Feminino (n=106) Alfa	N	Gênero Masculino	N	Gênero Feminino
ABERTURA	0,59	0,66	559	0,75	1181	0,73
A1- Interesses por novas idéias	0,55	0,50	557	0,69	1212	0,69
A2- Liberalismo	0,65	0,41	579	0,60	1244	0,57
A3- Busca por novidades	0,37	0,54	582	0,54	1249	0,59

As análises da precisão dos instrumentos incluídos no presente estudo indicaram que, de uma forma geral, estes apresentaram um funcionamento adequado na amostra avaliada. Após tais análises, foram realizadas comparações das médias dos instrumentos em função do grupo dos respondentes.

5.2.1.1. COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DOS INSTRUMENTOS EM FUNÇÃO DO GRUPO.

De acordo com os objetivos propostos neste projeto, foi considerado relevante verificar se os resultados obtidos pelos participantes dos dois grupos apresentavam diferenças estatisticamente significativas. Para tanto, foi realizada a comparação de médias com o uso do teste *T* de *Student* para da variável grupo.

Com esse procedimento, foi verificado se havia diferenças de média nos escores dos testes em função do pertencimento aos grupos clínico e não clínico. Nessa pesquisa, foi possível observar que existem diferenças significativas entre os grupos em relação à depressão, mensurada pelo EDEP ($t=-3,36$; $gl=193$; $p=0,01$). Esses resultados são apresentados na Tabela 28.

Tabela 28. Teste T de *Student* para diferença de média por grupo (Grupo Clínico- N=100, Grupo Não Clínico- N=100)

Teste	Grupo	Média	DP	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
IPSF TOTAL	Grupo Não Clínico	2,5	0,32	1,03	198	0,31
	Grupo Clínico	2,4	0,32	1,03	198	0,31
IPSF- F1- Componente afetivo	Grupo Não Clínico	2,4	0,37	0,81	198	0,42
	Grupo Clínico	2,3	0,39	0,81	197	0,42
IPSF- F2- Componente adaptação familiar	Grupo Não Clínico	2,6	0,35	1,47	198	0,14
	Grupo Clínico	2,5	0,41	1,47	193	0,14
IPSF- F3- Componente Autonomia familiar	Grupo Não Clínico	2,6	0,38	-0,08	198	0,93
	Grupo Clínico	2,6	0,38	-0,08	198	0,93
EXTROVERSÃO	Grupo Não Clínico	4,3	0,81	1,51	198	0,13
	Grupo Clínico	4,1	0,88	1,51	197	0,13
E1- Nível de comunicação	Grupo Não Clínico	4,3	1,31	1,40	198	0,16
	Grupo Clínico	4,0	1,27	1,40	198	0,16
E2- Altivez	Grupo Não Clínico	3,7	0,95	1,23	198	0,22
	Grupo Clínico	3,5	1,15	1,23	191	0,22
E3- Dinamismo e Assertividade	Grupo Não Clínico	4,7	1,12	0,35	198	0,73
	Grupo Clínico	4,6	1,13	0,35	198	0,73
E4- Interações Sociais	Grupo Não Clínico	4,6	1,19	1,28	198	0,20
	Grupo Clínico	4,4	1,30	1,28	196	0,20
SOCIALIZAÇÃO	Grupo Não Clínico	5,2	0,96	-0,19	198	0,85
	Grupo Clínico	5,2	0,92	-0,19	198	0,85
S1- Amabilidade	Grupo Não Clínico	5,5	1,33	-0,60	198	0,55
	Grupo Clínico	5,6	1,33	-0,60	198	0,55
S2- Confiança	Grupo Não Clínico	5,6	1,19	0,08	198	0,94
	Grupo Clínico	5,6	1,17	0,08	198	0,94
S3- Sociabilidade	Grupo Não Clínico	4,5	1,08	0,17	198	0,86
	Grupo Clínico	4,5	0,96	0,17	195	0,86
REALIZAÇÃO	Grupo Não Clínico	4,9	1,01	-1,04	198	0,30
	Grupo Clínico	5,1	0,92	-1,04	196	0,30

Teste	Grupo	Média	DP	t	gl	p
R1- Competência	Grupo Não Clínico	5,1	1,17	-0,25	198	0,80
	Grupo Clínico	5,2	1,15	-0,25	198	0,80
R2- Ponderação, Prudência e cautela	Grupo Não Clínico	4,9	1,27	-0,50	198	0,62
	Grupo Clínico	5,0	1,22	-0,50	198	0,62
R3- Empenho, Dedicação e Comprometimento	Grupo Não Clínico	4,8	1,16	-1,86	198	0,07
	Grupo Clínico	5,1	1,11	-1,86	198	0,07
ABERTURA	Grupo Não Clínico	4,3	0,66	0,04	198	0,97
	Grupo Clínico	4,3	0,73	0,04	196	0,97
A1- Interesses por novas idéias	Grupo Não Clínico	4,0	0,93	-0,89	198	0,37
	Grupo Clínico	4,1	0,87	-0,89	197	0,37
A2- Liberalismo	Grupo Não Clínico	4,4	1,10	0,08	198	0,93
	Grupo Clínico	4,4	1,26	0,08	195	0,93
A3- Busca por novidades	Grupo Não Clínico	4,4	0,99	0,76	198	0,45
	Grupo Clínico	4,3	1,08	0,76	196	0,45
NEUROTICISMO	Grupo Não Clínico	3,4	1,06	-0,76	198	0,45
	Grupo Clínico	3,5	0,98	-0,76	197	0,45
N1- Vulnerabilidade	Grupo Não Clínico	3,7	1,21	-0,82	198	0,41
	Grupo Clínico	3,9	1,24	-0,82	198	0,41
N2- Instabilidade	Grupo Não Clínico	3,7	1,27	-1,53	198	0,13
	Grupo Clínico	3,9	1,29	1,53	198	0,13
N3- Passividade e Falta de energia	Grupo Não Clínico	3,4	1,27	0,13	198	0,90
	Grupo Clínico	3,3	1,23	0,13	198	0,90
N4- Depressão	Grupo Não Clínico	2,9	1,42	-0,22	198	0,83
	Grupo Clínico	2,9	1,25	-0,22	195	0,83
EDEP TOTAL	Grupo Não Clínico	2,1	0,59	-3,36	198	0,01
	Grupo Clínico	2,4	0,69	-3,36	193	0,01

Casteli e Silva (2007) averiguaram em seus estudos que os pacientes com as doenças inflamatórias intestinais oscilam entre períodos estáveis e instáveis referentes aos

seus sintomas físicos e questões que envolvam os aspectos psicológicos desses pacientes. Essas oscilações podem desencadear alguns problemas como a diminuição da auto-estima, depressão, ansiedade, irritabilidade, agressividade, frustração, hostilidade, desconfiança, dependência, culpa entre outros. Tais problemas podem estar associados à incerteza médica, e às próprias distorções de pensamentos que o paciente desenvolve devido à cronicidade da doença inflamatória intestinal. Portanto, a adaptação do paciente à doença, implica num esforço significativo que pode desencadear alterações no estilo de vida dos pacientes. Portanto, mesmo que os sintomas como gases, diarreia e dores abdominais da doença inflamatória intestinal, sejam leves, eles podem alterar a integração do pacientes nos meios social, familiar e profissional.

Devido a essas alterações, o paciente pode se sentir constrangido por suas restrições referentes à sintomatologia da doença, assim como às restrições referentes à alimentação. Todos esses fatores podem influenciar o comportamento de isolamento, devido ao constrangimento do paciente e de sua ansiedade devido os sintomas da doença que podem alterar severamente a sua qualidade de vida. Tais alterações muitas vezes podem desencadear alterações de humor, como a depressão (Casteli & Silva, 2007).

Percebe-se que diversos pesquisadores estão estudando possíveis associações entre a doença de Crohn e os aspectos emocionais, com o objetivo de compreender os aspectos clínicos e emocionais no dia-a-dia dos pacientes com a doença inflamatória intestinal (Heltzer & cols, 1984; Song, 1993; Vega, & cols, 1994).

Heltzer, e cols. (1984) evidenciam que a ansiedade e a depressão estão associadas significativamente com a morbidade física das doenças inflamatórias intestinais. Portanto, torna-se importante o tratamento da depressão para esses pacientes, não apenas pelos seus sintomas, que podem ser extremamente incapacitantes e limitantes para o paciente, mas também por possíveis implicações na doença, incluindo a exacerbação dos sintomas e sua

evolução. Outro estudo importante foi realizado por Song, em 1993, no qual identificou uma incidência maior de sintomas psiquiátricos, especificamente depressão e ansiedade, nos pacientes com a doença de Crohn. Esse autor também destacou na sua pesquisa a importância da consideração desses fatores na compreensão da doença.

Vega e cols. (1994) realizaram um estudo que evidenciou que os pacientes associavam a dificuldade emocional com as características da doença como a cronicidade, sintomatologia e o prognóstico incerto, e associavam suas crises emocionais como um fator determinante, que pode influenciar na sua qualidade de vida. Essa associação reitera a hipótese de que os transtornos psicológicos possam ocorrer como uma consequência da própria enfermidade, mais do que como um fator etiológico potencial.

Foi observado, por meio do teste T de *Student* (Tabela 28), que existem diferenças significativas entre os grupos clínico e não clínico em relação a depressão, mensurada pelo EDEP ($t=-3,36$; $gl=193$; $p=0,01$). Tal resultado sugere que os itens do EDEP são adequados para a avaliação da depressão, por intermédio de uma das evidências de validade, denominada validade de critério, segundo os *Standards for Educational and Psychological Testing*, produzido pela *American Educational Research Association*, *American Psychological Association* e *National Council on Measurement in Education* (AERA, APA & NCME, 1999).

Por fim, pôde-se observar nessa pesquisa que o grupo clínico, composto por pacientes diagnosticados com a doença de Crohn, que houve associação entre os aspectos da sintomatologia da doença com as dificuldades emocionais desses pacientes. Essa associação vem ao encontro com as pesquisas encontradas na literatura (Heltzer & cols, 1984; Song, 1993; Vega, & cols, 1994). Com relação ao grupo não clínico, que foi formado pelos acompanhantes dos pacientes que freqüentam o GASTROCENTRO – UNICAMP, observa-se que 45% dos acompanhantes afirmaram serem os cuidadores dos pacientes, que

estavam acompanhando, o que pode aumentar a chance de que ocorra um nível diferenciado nos construtos avaliados nesse projeto como a depressão, percepção do suporte familiar e qualidade de vida, e por fim no construto personalidade.

Adicionalmente, foi verificado os resultados encontrados na análise da comparação de média entre o grupo clínico e não clínico, que indicaram apenas diferenças significativas entre os grupos para a EDEP, fez com que fosse levantada a hipótese de que o grupo não clínico pudesse também apresentar diferenças em relação à população geral. Tal característica pode ser explicada, na forma de hipótese, pelo fato de que uma parcela considerável do grupo não clínico é formado por cuidadores de pessoas com enfermidades específicas. Para verificar tal hipótese a partir de dados empíricos, foi feita a comparação dos resultados dos grupos avaliados no presente estudo com o grupo normativo da BFP (Nunes, Hutz & Nunes, em construção). Para tanto, foram consideradas as médias encontradas no grupo clínico e não clínico e comparadas com as apresentadas pelo grupo normativo da BFP, com uso do teste T de *Student*. Os resultados encontrados são apresentados na tabela 29.

Os resultados encontrados sustentam parcialmente a hipótese de que as pessoas do grupo não clínico apresentam características que as diferenciam da amostra de normatização da BFP. Dentre as facetas da BFP, destaca-se a diferença encontrada para N4 ($t=5,19$; $gl=3199$; $p<0,01$), que avalia Depressão na BFP, indicando que esse grupo não clínico apresenta um nível consideravelmente mais elevado que a população geral. Apesar da média do grupo clínico ser igual à do não clínico, seu desvio padrão é menor, o que gera um “t” ainda mais elevado quando este grupo é comparado ao grupo normativo ($t=5,59$; $gl=3199$; $p<0,01$) da BFP.

Tabela 29. Teste T de *Student* comparando os grupos clínicos e não clínicos com a amostra de normatização da BFP.

Teste	Grupos	Média	DP	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
EXTROVERSÃO	Grupo Não					
	Clínico	4,3	0,81	-0,27	2857	0,79
E1- Nível de comunicação	Grupo Clínico	4,1	0,88	-2,30	2857	0,02
	Grupo Não					
E2- Altivez	Clínico	4,3	1,31	-0,10	3091	0,92
	Grupo Clínico	4,0	1,27	-2,06	3091	0,04
E3- Dinamismo e Assertividade	Grupo Não	3,7	0,95			
	Clínico			0,05	2859	0,96
E4- Interações Sociais	Grupo Clínico	3,5	1,15	-1,65	2859	0,10
	Grupo Não					
SOCIALIZAÇÃO	Clínico	4,7	1,12	-1,04	1782	0,30
	Grupo Clínico	4,6	1,13	-1,57	1782	0,12
S1- Amabilidade	Grupo Não					
	Clínico	4,6	1,19	-1,89	3093	0,06
S2- Confiança	Grupo Clínico	4,4	1,30	-3,89	3093	0,01
	Grupo Não					
S3- Sociabilidade	Clínico	5,2	0,96	-1,40	3226	0,16
	Grupo Clínico	5,2	0,92	-1,07	3226	0,29
REALIZAÇÃO	Grupo Não	5,5	1,33			
	Clínico			-0,82	3223	0,41
R1- Competência	Grupo Clínico	5,6	1,33	0,39	3223	0,70
	Grupo Não	5,6	1,19			
R2- Ponderação, Prudência e cautela	Clínico			0,18	3229	0,86
	Grupo Clínico	5,6	1,17	0,06	3229	0,95
R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento	Grupo Não					
	Clínico	4,5	1,08	-2,52	3227	0,01
ABERTURA	Grupo Clínico	4,5	0,96	-2,77	3227	0,01
	Grupo Não					
A1- Interesses por novas	Clínico	4,9	1,01	-0,10	2251	0,92
	Grupo Clínico	5,1	0,92	1,62	2251	0,11
	Grupo Não					
	Clínico	5,1	1,17	-0,68	2252	0,50
	Grupo Clínico	5,2	1,15	-0,24	2252	0,81
	Grupo Não					
	Clínico	4,9	1,27	-0,34	2213	0,74
	Grupo Clínico	5,0	1,22	0,38	2213	0,71
	Grupo Não					
	Clínico	4,8	1,16	0,72	2253	0,47
	Grupo Clínico	5,1	1,11	3,46	2253	0,01
	Grupo Não	4,3	0,66			
	Clínico			-6,33	1893	0,01
	Grupo Clínico	4,3	0,73	-6,24	1893	0,01
	Grupo Não					
	Clínico			-6,17	1894	0,01

Teste	Grupos	Média	DP	t	gl	p
idéias	Clínico	4,0	0,93			
	Grupo Clínico	4,1	0,87	-5,09	1894	0,01
A2- Liberalismo	Grupo Não					
	Clínico	4,4	1,10	-4,77	1892	0,01
A3- Busca por novidades	Grupo Clínico	4,4	1,26	-4,61	1892	0,01
	Grupo Não					
NEUROTICISMO	Clínico	4,4	0,99	-2,46	1907	0,01
	Grupo Clínico	4,3	1,08	-3,51	1907	0,01
N1- Vulnerabilidade	Grupo Não					
	Clínico	3,4	1,06	2,31	3189	0,02
N2- Instabilidade	Grupo Clínico	3,5	0,98	3,40	3189	0,01
	Grupo Não					
N3- Passividade e Falta de energia	Clínico	3,7	1,21	2,08	3220	0,04
	Grupo Clínico	3,9	1,24	3,22	3220	0,01
N4- Depressão	Grupo Não					
	Clínico	3,7	1,27	-0,05	3197	0,96
N3- Passividade e Falta de energia	Grupo Clínico	3,9	1,29	1,86	3197	0,06
	Grupo Não					
N4- Depressão	Clínico	3,4	1,27	-0,76	2249	0,45
	Grupo Clínico	3,3	1,23	-0,94	2249	0,35
N4- Depressão	Grupo Não					
	Clínico	2,9	1,42	5,19	3199	0,01
	Grupo Clínico	2,9	1,25	5,59	3199	0,01

Na Tabela 30 são apresentados os resultados dos grupos avaliados em relação ao normativo nas escalas em que ao menos um dos grupos teve diferenças estatisticamente significativas. Nessa tabela, além dos escores brutos, são apresentados os resultados em escore Z. Nessa análise, escores Z com valor absoluto maior que 0,20 apresentaram diferenças significativas para um nível de significância de ,05.

Esses resultados são importantes de serem considerados conjuntamente com os encontrados com a EDEP, uma vez que indicam que esta última escala conseguiu identificar uma diferença entre os grupos que não foi detectada com o uso da BFP. Tal diferença nos resultados encontrados pode ter ocorrido em função dos tipos de itens presentes para mensurar depressão nestes testes, mas, de qualquer forma, são favoráveis à EDEP.

Os resultados gerais dos fatores avaliados pela BFP indicam que tanto o grupo clínico quanto o não clínico apresentaram médias estatisticamente significativas em relação à amostra normativa em Neuroticismo, sugerindo que as pessoas avaliadas tendem a vivenciar mais profundamente sofrimentos psicológicos e tendem a um alto nível de vulnerabilidade emocional (N1) (Nunes, Hutz & Nunes, em construção). Também é importante notar que, além das facetas já comentadas, ambos os grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas para S3 (confiança nas pessoas), A1 (interesses por novas idéias), A2 (liberalismo) e A3 (busca por novidades), sendo que todos os resultados foram menores que os do grupo normativo (Tabela 30).

Tabela 30. Comparação dos escores dos grupos avaliados em relação ao grupo normativo da BFP.

<i>Teste</i>	<i>Grupo</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Med_norma</i>	<i>DP_norma</i>	<i>z</i>
E1- Nível de comunicação	Grupo Não Clínico	4,28	1,31	-0,10	3091	0,92	4,29	1,28	-0,01
	Grupo Clínico	4,03	1,27	-2,06	3091	0,04	4,29	1,28	-0,21
E4- Interações Sociais	Grupo Não Clínico	4,63	1,19	-1,89	3093	0,06	4,84	1,10	-0,19
	Grupo Clínico	4,41	1,30	-3,89	3093	0,00	4,84	1,10	-0,40
S3- Sociabilidade	Grupo Não Clínico	4,49	1,08	-2,52	3227	0,01	4,75	1,01	-0,26
	Grupo Clínico	4,46	0,96	-2,77	3227	0,01	4,75	1,01	-0,28
R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento	Grupo Não Clínico	4,84	1,16	0,72	2253	0,47	4,76	1,06	0,07
	Grupo Clínico	5,14	1,11	3,46	2253	0,00	4,76	1,06	0,36
A1- Interesses por novas idéias	Grupo Não Clínico	4,00	0,93	-6,17	1894	0,00	4,64	1,01	-0,63
	Grupo Clínico	4,11	0,87	-5,09	1894	0,00	4,64	1,01	-0,52
A2- Liberalismo	Grupo Não Clínico	4,40	0,93	-4,77	1892	0,00	4,89	1,00	-0,49
	Grupo Clínico	4,41	1,06	-4,61	1892	0,00	4,89	1,00	-0,48
A3- Busca por novidades	Grupo Não Clínico	4,39	0,99	-2,46	1907	0,01	4,64	1,02	-0,25
	Grupo Clínico	4,27	1,08	-3,51	1907	0,00	4,64	1,02	-0,36
N1- Vulnerabilidade	Grupo Não Clínico	3,72	1,21	2,08	3220	0,04	3,47	1,22	0,21
	Grupo Clínico	3,87	1,24	3,22	3220	0,00	3,47	1,22	0,33
N2- Instabilidade	Grupo Não Clínico	3,66	1,27	-0,05	3197	0,96	3,67	1,43	-0,01
	Grupo Clínico	3,94	1,29	1,86	3197	0,06	3,67	1,43	0,19

<i>Teste</i>	<i>Grupo</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Med_norma</i>	<i>DP_norma</i>	<i>z</i>
N4- Depressão	Grupo Não Clínico	2,87	1,42	5,19	3199	0,00	2,29	1,08	0,53
	Grupo Clínico	2,91	1,25	5,59	3199	0,00	2,29	1,08	0,57
ABERTURA	Grupo Não Clínico	4,26	0,65	-6,33	1893	0,00	4,72	0,72	-0,65
	Grupo Clínico	4,26	0,70	-6,24	1893	0,00	4,72	0,72	-0,64
EXTROVERSÃO	Grupo Não Clínico	4,32	0,81	-0,27	2857	0,79	4,34	0,87	-0,03
	Grupo Clínico	4,14	0,88	-2,30	2857	0,02	4,34	0,87	-0,23
NEUROTICISMO	Grupo Não Clínico	3,40	1,06	2,31	3189	0,02	3,17	1,00	0,24
	Grupo Clínico	3,51	0,98	3,40	3189	0,00	3,17	1,00	0,35

Por fim, foi realizada uma regressão logística para verificar se as medidas usadas nessa pesquisa seriam capazes de diferenciar os participantes do grupo clínico e não clínico. Para tanto, foi adotado o método *Backward Wald*. A tabela 31 apresenta os resultados do modelo adotado, que considera como variáveis independentes Interações sociais (E4), Confiança nas pessoas (S3), Empenho (R3), Interesses por novas idéias (A1), Busca por novidades (A3), Autonomia Familiar (IPSF - F3) e Sintomatologia depressiva (EDEP). O modelo apresentou uma especificidade de 67%, sensibilidade de 61%, e percentual geral de acerto nas previsões de 64%. Esses resultados são interessantes, pois como foi indicado na análise anterior, o grupo não clínico apresentava características que os diferenciavam da população geral em relação a parte dos traços de personalidade avaliados. Ainda assim, o modelo gerado na regressão consegue diferenciá-los com relativo sucesso.

Tabela 31. Teste de regressão logística

Medida	B	Erro Padrão	Wald	GL	Sig.	Exp(B)
E4- Interações Sociais	-0.17	0.16	1.22	1	0.27	0.84
S3- Sociabilidade	0.21	0.17	1.67	1	0.20	1.24
R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento	0.34	0.16	4.78	1	0.03	1.40
A1- Interesses por novas idéias	0.32	0.18	3.11	1	0.08	1.38
A3- Busca por novidades	-0.21	0.17	1.52	1	0.22	0.81
IPSF- F3- Componente Autonomia Familiar	0.62	0.47	1.77	1	0.18	1.86
EDEP Total	1.01	0.30	11.07	1	0.01	2.73
Constante	-6.05	2.09	8.37	1	0.01	0.00

Portanto, pode-se concluir que a Escala de Depressão (EDEP), juntamente com as demais variáveis que entraram no modelo, detectam diferenças entre os grupos clínico e não clínico, na qual sugere tais medidas são úteis para a avaliação de pessoas com a Doença de Cronh. Juntamente com os resultados do teste *t* já mencionado, no qual indica que a

EDEP gera resultados diferenciados para os grupos avaliados, o resultado da regressão logística serve como evidência de validade para a EDEP, segundo o *Standards for Educational and Psychological Testing*, produzido pela *American Educational Research Association*, *American Psychological Association* e *National Council on Measurement in Education* (AERA, APA & NCME, 1999).

Adicionalmente, foi verificado, por meio do teste T de *Student*, se havia diferenças de média nos escores dos testes associado ao gênero masculino e feminino. Na Tabela 32 foi possível observar a diferença significativa de gênero com relação a percepção do suporte familiar, na qual foi evidenciada no IPSF total ($t=2,81$; $gl=198$; $p=0,01$) e nos fatores F2 ($t=3,34$; $gl=198$; $p=0,01$) e F3 ($t=2,77$; $gl=198$; $p=0,01$) desse instrumento.

Apesar de ter sido verificada diferenças significativas em função do gênero masculino e feminino (Tabela 31) nessa pesquisa, as análises de associação entre os testes foram realizadas considerando o grupo como um todo, pois alguns autores como Gomes (1999); Messa, (1999) e Santos e Sebastiani, (2001), não enfatizam em seus estudos essa diferença nos escores associadas a essa variável.

Os resultados da comparação das médias dos instrumentos em função do gênero evidenciados nessa pesquisa apontam uma diferença significativa com relação à percepção do suporte familiar, na qual foi averiguada no IPSF total e nos fatores de adaptação familiar (IPSF-F2) e autonomia familiar (IPSF-F3) desse instrumento (Tabela 32). Essa correlação confirma a importância da compreensão do significado de família evidenciada por Gomes (1999), Messa (1999) e Contim (2001). Segundo esses autores a família pode ser compreendida como um grupo de pessoas com características diferentes, que forma um sistema social com base afetiva duradoura, na qual estabelece uma relação de cuidado, dentro de um processo do histórico de vida das pessoas.

De acordo com esses autores pode-se definir a família como uma unidade primária de cuidado, na qual representa os aspectos sociais onde seus membros interagem, trocam informações, apóiam-se mutuamente, buscam e mediam esforços para amenizar e solucionar os problemas. Portanto, de acordo com esses autores, a família deve ser entendida como um grupo dinâmico, na qual pode variar de acordo com a cultura e o momento histórico, econômico, cultural e social que está vivenciando. Portanto, a noção de saúde da família varia dos recursos de cada integrante desse sistema, na qual permite a superação de crises e conflitos, por meio do cuidado e do bem-estar com o outro.

Sendo assim, a percepção do suporte familiar torna-se muito importante, pois pode influenciar os comportamentos de autocuidados das pessoas, já que se observou correlação entre percepção do suporte familiar e o aumento de motivação para autocuidados com a saúde, na qual não deve esquecer-se de incluir a família no processo de tratamento das doenças, informando e orientando, pois a família será a maior aliada das pessoas e da equipe de saúde, no decorrer do tratamento (Domingues & Dias, 2005).

Também foi possível observar a diferença significativa de gênero no fator F4 do IBDQ que refere-se aos aspectos emocionais dos os pacientes com as doenças inflamatórias intestinais ($t=2,29$; $gl=98$; $p=0,02$) (Tabela 32). Essas diferenças de gênero encontradas nessa pesquisa indicam que o gênero masculino valoriza mais a qualidade de vida do que o gênero feminino, ou seja, o gênero masculino visa melhor qualidade de vida para manutenção do tratamento da doença de Crohn. Apesar de não ser listada na literatura essa diferença, os resultados evidenciados nessa pesquisa indicam que a cronicidade da doença de Crohn, assim como a ausência de correlação entre o estado funcional do paciente e os marcadores inflamatórios, pode gerar diferentes modificações no dia-a-dia desses pacientes. Tais modificações podem ser capazes de desenvolver diferentes impactos na percepção da qualidade de vida dos pacientes (Domingues e cols 2006, Etienne 2004 & Pontes, 2004).

Por fim, foi possível observar a diferença significativa de gênero na EDEP total ($t=3,24$; $gl=198$; $p=0,01$) (Tabela 32), essa associação confirma o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2001, na qual relata que a depressão é mais comum no sexo feminino, estimando-se uma prevalência do episódio depressivo em 1,9% no sexo masculino e em 3,2% no sexo feminino. Portanto, a depressão afeta de 15 a 20% das mulheres e de 5 a 10% dos homens.

Portanto, pode-se evidenciar nessa pesquisa que os itens do IPSF, IBDQ e da EDEP são adequados para a avaliação dos construtos estudados, a saber, percepção do suporte familiar, qualidade de vida e depressão, por intermédio de uma das evidências de validade, denominada validade de critério, segundo os *Standards for Educational and Psychological Testing*, produzido pela *American Educational Research Association*, *American Psychological Association* e *National Council on Measurement in Education* (AERA, APA & NCME, 1999).

Tabela 32. Teste T de Student para diferença de média por gênero (feminino- N=104, masculino- N=96)

Testes	Gênero	Média	DP	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
IPSF TOTAL	Masculino	2,5	0,28	2,81	198	0,01
	Feminino	2,4	0,34			
IPSF- F1- Componente afetivo	Masculino	2,4	0,36	1,62	198	0,11
	Feminino	2,3	0,41			
IPSF- F2- Componente adaptação familiar	Masculino	2,7	0,35	3,34	198	0,01
	Feminino	2,5	0,39			
IPSF- F3- Componente autonomia familiar	Masculino	2,6	0,28	2,77	198	0,01
	Feminino	2,5	0,44			
EXTROVERSÃO	Masculino	4,2	0,69	-1,20	198	0,23
	Feminino	4,3	0,97			

Testes	Gênero	Média	DP	t	gl	p																																																																																																																																																																																
E1- Nível de comunicação	Masculino	4,0	1,20	-1,80	198	0,07																																																																																																																																																																																
	Feminino	4,3	1,36				E2- Altiwez	Masculino	3,5	0,95	-0,75	198	0,46	Feminino	3,6	1,15	E3- Dinamismo e Assertividade	Masculino	4,7	1,03	0,36	198	0,72	Feminino	4,6	1,21	E4- Interações Sociais	Masculino	4,4	1,09	-1,09	198	0,28	Feminino	4,6	1,38	SOCIALIZAÇÃO	Masculino	5,1	0,98	-1,08	198	0,28	Feminino	5,3	0,89	S1- Amabilidade	Masculino	5,5	1,35	-0,66	198	0,51	Feminino	5,6	1,32	S2- Confiança	Masculino	5,5	1,19	-1,23	198	0,22	Feminino	5,7	1,17	S3- Sociabilidade	Masculino	4,4	1,11	-0,69	198	0,49	Feminino	4,5	0,92	REALIZAÇÃO	Masculino	5,1	1,01	0,76	198	0,45	Feminino	5,0	0,92	R1- Competência	Masculino	5,2	1,08	0,68	198	0,50	Feminino	5,1	1,22	R2- Ponderação, Prudência e cautela	Masculino	5,1	1,29	1,85	198	0,07	Feminino	4,8	1,18	R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento	Masculino	4,9	1,21	-0,76	198	0,45	Feminino	5,0	1,09	ABERTURA	Masculino	4,2	0,64	-0,24	198	0,81	Feminino	4,3	0,74	A1- Interesses por novas idéias	Masculino	4,1	0,89	0,59	198	0,55	Feminino	4,0	0,90	A2- Liberalismo	Masculino	4,4	1,26	0,54	198	0,59	Feminino	4,4	1,11	A3- Busca por novidades	Masculino	4,2	0,93	-1,62	198	0,11	Feminino	4,4	1,12	NEUROTICISMO	Masculino	3,4	1,03	-1,09	198	0,28	Feminino	3,5	1,01	N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18	Feminino	3,9	1,27	N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198
E2- Altiwez	Masculino	3,5	0,95	-0,75	198	0,46																																																																																																																																																																																
	Feminino	3,6	1,15				E3- Dinamismo e Assertividade	Masculino	4,7	1,03	0,36	198	0,72	Feminino	4,6	1,21	E4- Interações Sociais	Masculino	4,4	1,09	-1,09	198	0,28	Feminino	4,6	1,38	SOCIALIZAÇÃO	Masculino	5,1	0,98	-1,08	198	0,28	Feminino	5,3	0,89	S1- Amabilidade	Masculino	5,5	1,35	-0,66	198	0,51	Feminino	5,6	1,32	S2- Confiança	Masculino	5,5	1,19	-1,23	198	0,22	Feminino	5,7	1,17	S3- Sociabilidade	Masculino	4,4	1,11	-0,69	198	0,49	Feminino	4,5	0,92	REALIZAÇÃO	Masculino	5,1	1,01	0,76	198	0,45	Feminino	5,0	0,92	R1- Competência	Masculino	5,2	1,08	0,68	198	0,50	Feminino	5,1	1,22	R2- Ponderação, Prudência e cautela	Masculino	5,1	1,29	1,85	198	0,07	Feminino	4,8	1,18	R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento	Masculino	4,9	1,21	-0,76	198	0,45	Feminino	5,0	1,09	ABERTURA	Masculino	4,2	0,64	-0,24	198	0,81	Feminino	4,3	0,74	A1- Interesses por novas idéias	Masculino	4,1	0,89	0,59	198	0,55	Feminino	4,0	0,90	A2- Liberalismo	Masculino	4,4	1,26	0,54	198	0,59	Feminino	4,4	1,11	A3- Busca por novidades	Masculino	4,2	0,93	-1,62	198	0,11	Feminino	4,4	1,12	NEUROTICISMO	Masculino	3,4	1,03	-1,09	198	0,28	Feminino	3,5	1,01	N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18	Feminino	3,9	1,27	N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27	Feminino	3,9	1,32						
E3- Dinamismo e Assertividade	Masculino	4,7	1,03	0,36	198	0,72																																																																																																																																																																																
	Feminino	4,6	1,21				E4- Interações Sociais	Masculino	4,4	1,09	-1,09	198	0,28	Feminino	4,6	1,38	SOCIALIZAÇÃO	Masculino	5,1	0,98	-1,08	198	0,28	Feminino	5,3	0,89	S1- Amabilidade	Masculino	5,5	1,35	-0,66	198	0,51	Feminino	5,6	1,32	S2- Confiança	Masculino	5,5	1,19	-1,23	198	0,22	Feminino	5,7	1,17	S3- Sociabilidade	Masculino	4,4	1,11	-0,69	198	0,49	Feminino	4,5	0,92	REALIZAÇÃO	Masculino	5,1	1,01	0,76	198	0,45	Feminino	5,0	0,92	R1- Competência	Masculino	5,2	1,08	0,68	198	0,50	Feminino	5,1	1,22	R2- Ponderação, Prudência e cautela	Masculino	5,1	1,29	1,85	198	0,07	Feminino	4,8	1,18	R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento	Masculino	4,9	1,21	-0,76	198	0,45	Feminino	5,0	1,09	ABERTURA	Masculino	4,2	0,64	-0,24	198	0,81	Feminino	4,3	0,74	A1- Interesses por novas idéias	Masculino	4,1	0,89	0,59	198	0,55	Feminino	4,0	0,90	A2- Liberalismo	Masculino	4,4	1,26	0,54	198	0,59	Feminino	4,4	1,11	A3- Busca por novidades	Masculino	4,2	0,93	-1,62	198	0,11	Feminino	4,4	1,12	NEUROTICISMO	Masculino	3,4	1,03	-1,09	198	0,28	Feminino	3,5	1,01	N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18	Feminino	3,9	1,27	N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27	Feminino	3,9	1,32																
E4- Interações Sociais	Masculino	4,4	1,09	-1,09	198	0,28																																																																																																																																																																																
	Feminino	4,6	1,38				SOCIALIZAÇÃO	Masculino	5,1	0,98	-1,08	198	0,28	Feminino	5,3	0,89	S1- Amabilidade	Masculino	5,5	1,35	-0,66	198	0,51	Feminino	5,6	1,32	S2- Confiança	Masculino	5,5	1,19	-1,23	198	0,22	Feminino	5,7	1,17	S3- Sociabilidade	Masculino	4,4	1,11	-0,69	198	0,49	Feminino	4,5	0,92	REALIZAÇÃO	Masculino	5,1	1,01	0,76	198	0,45	Feminino	5,0	0,92	R1- Competência	Masculino	5,2	1,08	0,68	198	0,50	Feminino	5,1	1,22	R2- Ponderação, Prudência e cautela	Masculino	5,1	1,29	1,85	198	0,07	Feminino	4,8	1,18	R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento	Masculino	4,9	1,21	-0,76	198	0,45	Feminino	5,0	1,09	ABERTURA	Masculino	4,2	0,64	-0,24	198	0,81	Feminino	4,3	0,74	A1- Interesses por novas idéias	Masculino	4,1	0,89	0,59	198	0,55	Feminino	4,0	0,90	A2- Liberalismo	Masculino	4,4	1,26	0,54	198	0,59	Feminino	4,4	1,11	A3- Busca por novidades	Masculino	4,2	0,93	-1,62	198	0,11	Feminino	4,4	1,12	NEUROTICISMO	Masculino	3,4	1,03	-1,09	198	0,28	Feminino	3,5	1,01	N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18	Feminino	3,9	1,27	N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27	Feminino	3,9	1,32																										
SOCIALIZAÇÃO	Masculino	5,1	0,98	-1,08	198	0,28																																																																																																																																																																																
	Feminino	5,3	0,89				S1- Amabilidade	Masculino	5,5	1,35	-0,66	198	0,51	Feminino	5,6	1,32	S2- Confiança	Masculino	5,5	1,19	-1,23	198	0,22	Feminino	5,7	1,17	S3- Sociabilidade	Masculino	4,4	1,11	-0,69	198	0,49	Feminino	4,5	0,92	REALIZAÇÃO	Masculino	5,1	1,01	0,76	198	0,45	Feminino	5,0	0,92	R1- Competência	Masculino	5,2	1,08	0,68	198	0,50	Feminino	5,1	1,22	R2- Ponderação, Prudência e cautela	Masculino	5,1	1,29	1,85	198	0,07	Feminino	4,8	1,18	R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento	Masculino	4,9	1,21	-0,76	198	0,45	Feminino	5,0	1,09	ABERTURA	Masculino	4,2	0,64	-0,24	198	0,81	Feminino	4,3	0,74	A1- Interesses por novas idéias	Masculino	4,1	0,89	0,59	198	0,55	Feminino	4,0	0,90	A2- Liberalismo	Masculino	4,4	1,26	0,54	198	0,59	Feminino	4,4	1,11	A3- Busca por novidades	Masculino	4,2	0,93	-1,62	198	0,11	Feminino	4,4	1,12	NEUROTICISMO	Masculino	3,4	1,03	-1,09	198	0,28	Feminino	3,5	1,01	N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18	Feminino	3,9	1,27	N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27	Feminino	3,9	1,32																																				
S1- Amabilidade	Masculino	5,5	1,35	-0,66	198	0,51																																																																																																																																																																																
	Feminino	5,6	1,32				S2- Confiança	Masculino	5,5	1,19	-1,23	198	0,22	Feminino	5,7	1,17	S3- Sociabilidade	Masculino	4,4	1,11	-0,69	198	0,49	Feminino	4,5	0,92	REALIZAÇÃO	Masculino	5,1	1,01	0,76	198	0,45	Feminino	5,0	0,92	R1- Competência	Masculino	5,2	1,08	0,68	198	0,50	Feminino	5,1	1,22	R2- Ponderação, Prudência e cautela	Masculino	5,1	1,29	1,85	198	0,07	Feminino	4,8	1,18	R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento	Masculino	4,9	1,21	-0,76	198	0,45	Feminino	5,0	1,09	ABERTURA	Masculino	4,2	0,64	-0,24	198	0,81	Feminino	4,3	0,74	A1- Interesses por novas idéias	Masculino	4,1	0,89	0,59	198	0,55	Feminino	4,0	0,90	A2- Liberalismo	Masculino	4,4	1,26	0,54	198	0,59	Feminino	4,4	1,11	A3- Busca por novidades	Masculino	4,2	0,93	-1,62	198	0,11	Feminino	4,4	1,12	NEUROTICISMO	Masculino	3,4	1,03	-1,09	198	0,28	Feminino	3,5	1,01	N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18	Feminino	3,9	1,27	N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27	Feminino	3,9	1,32																																														
S2- Confiança	Masculino	5,5	1,19	-1,23	198	0,22																																																																																																																																																																																
	Feminino	5,7	1,17				S3- Sociabilidade	Masculino	4,4	1,11	-0,69	198	0,49	Feminino	4,5	0,92	REALIZAÇÃO	Masculino	5,1	1,01	0,76	198	0,45	Feminino	5,0	0,92	R1- Competência	Masculino	5,2	1,08	0,68	198	0,50	Feminino	5,1	1,22	R2- Ponderação, Prudência e cautela	Masculino	5,1	1,29	1,85	198	0,07	Feminino	4,8	1,18	R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento	Masculino	4,9	1,21	-0,76	198	0,45	Feminino	5,0	1,09	ABERTURA	Masculino	4,2	0,64	-0,24	198	0,81	Feminino	4,3	0,74	A1- Interesses por novas idéias	Masculino	4,1	0,89	0,59	198	0,55	Feminino	4,0	0,90	A2- Liberalismo	Masculino	4,4	1,26	0,54	198	0,59	Feminino	4,4	1,11	A3- Busca por novidades	Masculino	4,2	0,93	-1,62	198	0,11	Feminino	4,4	1,12	NEUROTICISMO	Masculino	3,4	1,03	-1,09	198	0,28	Feminino	3,5	1,01	N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18	Feminino	3,9	1,27	N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27	Feminino	3,9	1,32																																																								
S3- Sociabilidade	Masculino	4,4	1,11	-0,69	198	0,49																																																																																																																																																																																
	Feminino	4,5	0,92				REALIZAÇÃO	Masculino	5,1	1,01	0,76	198	0,45	Feminino	5,0	0,92	R1- Competência	Masculino	5,2	1,08	0,68	198	0,50	Feminino	5,1	1,22	R2- Ponderação, Prudência e cautela	Masculino	5,1	1,29	1,85	198	0,07	Feminino	4,8	1,18	R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento	Masculino	4,9	1,21	-0,76	198	0,45	Feminino	5,0	1,09	ABERTURA	Masculino	4,2	0,64	-0,24	198	0,81	Feminino	4,3	0,74	A1- Interesses por novas idéias	Masculino	4,1	0,89	0,59	198	0,55	Feminino	4,0	0,90	A2- Liberalismo	Masculino	4,4	1,26	0,54	198	0,59	Feminino	4,4	1,11	A3- Busca por novidades	Masculino	4,2	0,93	-1,62	198	0,11	Feminino	4,4	1,12	NEUROTICISMO	Masculino	3,4	1,03	-1,09	198	0,28	Feminino	3,5	1,01	N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18	Feminino	3,9	1,27	N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27	Feminino	3,9	1,32																																																																		
REALIZAÇÃO	Masculino	5,1	1,01	0,76	198	0,45																																																																																																																																																																																
	Feminino	5,0	0,92				R1- Competência	Masculino	5,2	1,08	0,68	198	0,50	Feminino	5,1	1,22	R2- Ponderação, Prudência e cautela	Masculino	5,1	1,29	1,85	198	0,07	Feminino	4,8	1,18	R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento	Masculino	4,9	1,21	-0,76	198	0,45	Feminino	5,0	1,09	ABERTURA	Masculino	4,2	0,64	-0,24	198	0,81	Feminino	4,3	0,74	A1- Interesses por novas idéias	Masculino	4,1	0,89	0,59	198	0,55	Feminino	4,0	0,90	A2- Liberalismo	Masculino	4,4	1,26	0,54	198	0,59	Feminino	4,4	1,11	A3- Busca por novidades	Masculino	4,2	0,93	-1,62	198	0,11	Feminino	4,4	1,12	NEUROTICISMO	Masculino	3,4	1,03	-1,09	198	0,28	Feminino	3,5	1,01	N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18	Feminino	3,9	1,27	N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27	Feminino	3,9	1,32																																																																												
R1- Competência	Masculino	5,2	1,08	0,68	198	0,50																																																																																																																																																																																
	Feminino	5,1	1,22				R2- Ponderação, Prudência e cautela	Masculino	5,1	1,29	1,85	198	0,07	Feminino	4,8	1,18	R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento	Masculino	4,9	1,21	-0,76	198	0,45	Feminino	5,0	1,09	ABERTURA	Masculino	4,2	0,64	-0,24	198	0,81	Feminino	4,3	0,74	A1- Interesses por novas idéias	Masculino	4,1	0,89	0,59	198	0,55	Feminino	4,0	0,90	A2- Liberalismo	Masculino	4,4	1,26	0,54	198	0,59	Feminino	4,4	1,11	A3- Busca por novidades	Masculino	4,2	0,93	-1,62	198	0,11	Feminino	4,4	1,12	NEUROTICISMO	Masculino	3,4	1,03	-1,09	198	0,28	Feminino	3,5	1,01	N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18	Feminino	3,9	1,27	N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27	Feminino	3,9	1,32																																																																																						
R2- Ponderação, Prudência e cautela	Masculino	5,1	1,29	1,85	198	0,07																																																																																																																																																																																
	Feminino	4,8	1,18				R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento	Masculino	4,9	1,21	-0,76	198	0,45	Feminino	5,0	1,09	ABERTURA	Masculino	4,2	0,64	-0,24	198	0,81	Feminino	4,3	0,74	A1- Interesses por novas idéias	Masculino	4,1	0,89	0,59	198	0,55	Feminino	4,0	0,90	A2- Liberalismo	Masculino	4,4	1,26	0,54	198	0,59	Feminino	4,4	1,11	A3- Busca por novidades	Masculino	4,2	0,93	-1,62	198	0,11	Feminino	4,4	1,12	NEUROTICISMO	Masculino	3,4	1,03	-1,09	198	0,28	Feminino	3,5	1,01	N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18	Feminino	3,9	1,27	N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27	Feminino	3,9	1,32																																																																																																
R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento	Masculino	4,9	1,21	-0,76	198	0,45																																																																																																																																																																																
	Feminino	5,0	1,09				ABERTURA	Masculino	4,2	0,64	-0,24	198	0,81	Feminino	4,3	0,74	A1- Interesses por novas idéias	Masculino	4,1	0,89	0,59	198	0,55	Feminino	4,0	0,90	A2- Liberalismo	Masculino	4,4	1,26	0,54	198	0,59	Feminino	4,4	1,11	A3- Busca por novidades	Masculino	4,2	0,93	-1,62	198	0,11	Feminino	4,4	1,12	NEUROTICISMO	Masculino	3,4	1,03	-1,09	198	0,28	Feminino	3,5	1,01	N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18	Feminino	3,9	1,27	N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27	Feminino	3,9	1,32																																																																																																										
ABERTURA	Masculino	4,2	0,64	-0,24	198	0,81																																																																																																																																																																																
	Feminino	4,3	0,74				A1- Interesses por novas idéias	Masculino	4,1	0,89	0,59	198	0,55	Feminino	4,0	0,90	A2- Liberalismo	Masculino	4,4	1,26	0,54	198	0,59	Feminino	4,4	1,11	A3- Busca por novidades	Masculino	4,2	0,93	-1,62	198	0,11	Feminino	4,4	1,12	NEUROTICISMO	Masculino	3,4	1,03	-1,09	198	0,28	Feminino	3,5	1,01	N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18	Feminino	3,9	1,27	N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27	Feminino	3,9	1,32																																																																																																																				
A1- Interesses por novas idéias	Masculino	4,1	0,89	0,59	198	0,55																																																																																																																																																																																
	Feminino	4,0	0,90				A2- Liberalismo	Masculino	4,4	1,26	0,54	198	0,59	Feminino	4,4	1,11	A3- Busca por novidades	Masculino	4,2	0,93	-1,62	198	0,11	Feminino	4,4	1,12	NEUROTICISMO	Masculino	3,4	1,03	-1,09	198	0,28	Feminino	3,5	1,01	N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18	Feminino	3,9	1,27	N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27	Feminino	3,9	1,32																																																																																																																														
A2- Liberalismo	Masculino	4,4	1,26	0,54	198	0,59																																																																																																																																																																																
	Feminino	4,4	1,11				A3- Busca por novidades	Masculino	4,2	0,93	-1,62	198	0,11	Feminino	4,4	1,12	NEUROTICISMO	Masculino	3,4	1,03	-1,09	198	0,28	Feminino	3,5	1,01	N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18	Feminino	3,9	1,27	N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27	Feminino	3,9	1,32																																																																																																																																								
A3- Busca por novidades	Masculino	4,2	0,93	-1,62	198	0,11																																																																																																																																																																																
	Feminino	4,4	1,12				NEUROTICISMO	Masculino	3,4	1,03	-1,09	198	0,28	Feminino	3,5	1,01	N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18	Feminino	3,9	1,27	N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27	Feminino	3,9	1,32																																																																																																																																																		
NEUROTICISMO	Masculino	3,4	1,03	-1,09	198	0,28																																																																																																																																																																																
	Feminino	3,5	1,01				N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18	Feminino	3,9	1,27	N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27	Feminino	3,9	1,32																																																																																																																																																												
N1- Vulnerabilidade	Masculino	3,7	1,16	-1,36	198	0,18																																																																																																																																																																																
	Feminino	3,9	1,27				N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27	Feminino	3,9	1,32																																																																																																																																																																						
N2- Instabilidade	Masculino	3,7	1,24	-1,12	198	0,27																																																																																																																																																																																
	Feminino	3,9	1,32																																																																																																																																																																																			

Testes	Gênero	Média	DP	t	gl	p
N3- Passividade e Falta de energia	Masculino	3,4	1,26	0,18	198	0,86
	Feminino	3,3	1,24			
N4- Depressão	Masculino	2,8	1,37	-1,18	198	0,24
	Feminino	3,0	1,29			
IBDQ TOTAL	Masculino	4,9	1,23	1,69	98	0,10
	Feminino	4,5	1,28			
IBDQ- F1- Sintomas Intestinais	Masculino	5,2	1,31	1,41	98	0,16
	Feminino	4,8	1,33			
IBDQ- F2- Sintomas sistêmicos	Masculino	4,5	1,48	1,16	98	0,25
	Feminino	4,2	1,37			
IBDQ- F3- Aspectos sociais	Masculino	4,9	1,68	0,55	98	0,58
	Feminino	4,8	1,64			
IBDQ- F4- Aspectos emocionais	Masculino	4,8	1,22	2,29	98	0,02
	Feminino	4,2	1,44			
EDEP TOTAL	Masculino	2,1	0,55	-3,24	198	0,01
	Feminino	2,4	0,72			

5.2.2. ASSOCIAÇÕES ENTRE OS INSTRUMENTOS EDEP, IPSF, IBDQ E BFP.

Com o objetivo de buscar evidências de validade convergente e discriminante da EDEP, foram calculadas as suas correlações com os demais instrumentos utilizados neste projeto. Adicionalmente, foram verificadas as correlações dos demais instrumentos entre si, com o objetivo de explorar mais detalhadamente a relação entre os construtos correspondentes.

A Tabela 33 mostra os coeficientes de correlação da Escala de Depressão (EDEP) com as dimensões e facetas dos instrumentos IPSF, BFP e IBDQ. Nota-se que nessa pesquisa o EDEP evidenciou correlações com quase todos os fatores dos testes avaliados,

com exceção das facetas E2, S1, R3, A2 e A3 da Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) (Tabela 33).

Tabela 33. Correlação EDEP com os instrumentos IPSF, BFP e IBDQ

Escalas	EDEP TOTAL
IPSF TOTAL	-0,51**
IPSF- F1- Componente afetivo	-0,37**
IPSF- F2- Componente adaptação familiar	-0,50**
IPSF- F3- Componente Autonomia familiar	-0,44**
EXTROVERSÃO	-0,32**
E1- Nível de comunicação	-0,22**
E2- Altivez	
E3- Dinamismo e Assertividade	-0,38**
E4- Interações Sociais	-0,30**
SOCIALIZAÇÃO	-0,23**
S1- Amabilidade	
S2- Confiança	-0,15*
S3- Sociabilidade	-0,34**
REALIZAÇÃO	-0,15*
R1- Competência	-0,27**
R2- Ponderação, Prudência e cautela	-0,16*
R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento	
ABERTURA	
A1- Interesses por novas idéias	-0,14*
A2- Liberalismo	
A3- Busca por novidades	
NEUROTICISMO	0,48**
N1- Vulnerabilidade	0,33**
N2- Instabilidade	0,47**
N3- Passividade e Falta de energia	0,32**
N4- Depressão	0,42**
IBDQ TOTAL	-0,71**
IBDQ- F1- Sintomas Intestinais	-0,52**
IBDQ- F2- Sintomas sistêmicos	-0,61**
IBDQ- F3- Aspectos sociais	-0,50**
IBDQ- F4- Aspectos emocionais	-0,80**

* p<0,05 ** p<0,01

As análises realizadas evidenciaram correlações significativas negativas entre o resultado da EDEP total e o IBDQ total e com as facetas do IBDQ, a saber, F1 (questões referentes aos sintomas intestinais), F2 (questões que investiga os sintomas sistêmicos), F3 (questões que avalia os aspectos sociais), F4 (questões referentes aos aspectos emocionais) (Tabela 33).

Com relação a análise realizada entre o EDEP total e o IBDQ total evidenciou uma forte correlação negativa significativa ($r=-0,71$; $p<0,01$), o que indica que quanto maior os níveis de depressão dos pacientes com a doença inflamatória intestinal, menor a percepção da qualidade de vida. Tal resultado serve como evidência de validade da EDEP por corroborar os estudos que associaram tais construtos (Drossman e cols, 1990; Vega e cols, 1994; Castelli e Silva, 2007), que sugerem que pessoas com níveis mais elevados de depressão tendem a apresentar níveis mais baixos de qualidade de vida e que, níveis baixos de depressão estão associados a uma maior percepção de qualidade de vida.

Adicionalmente foram investigadas as correlações da EDEP total com as dimensões ou fatores do IBDQ, a qual apresentou uma moderada correlação negativa para o fator F1 que avalia os sintomas intestinais ($r= -0,52$; $p<0,01$), F3 que investiga as questões referentes aos aspectos sociais ($r= -0,50$; $p<0,01$) do IBDQ, que demonstrou uma moderada correlação negativa entre o aumento dos sintomas depressivos e a diminuição da qualidade de vida, associadas aos sintomas da doença inflamatória intestinal e aspectos sociais. Por fim, foram investigadas as correlações entre EDEP total com as questões referentes aos sintomas sistêmicos, ou seja, o fator F2 do IBDQ ($r= -0,61$; $p<0,01$) e o fator F4 do IBDQ que refere-se as questões do componente dos aspectos emocionais ($r= -0,80$; $p<0,01$) que evidenciou uma forte correlação negativa, na qual demonstra que quanto maior a depressão ocorre uma diminuição da qualidade de vida, resultante das queixas sistêmicas e questões emocionais (Tabela 33).

Tais correlações vão ao encontro das evidências discutidas na literatura que demonstram que os pacientes associam as dificuldades emocionais como um fator causador que poderia influenciar o seu estilo e qualidade de vida, com as características da cronicidade, sintomatologia e o prognóstico incerto desses pacientes, na qual evidencia a possibilidade de considerar os transtornos psicológicos como uma consequência da própria enfermidade, mais do que como um fator desencadeador da doença (Drossman & cols, 1990; Vega & cols, 1994).

Em seguida, foi verificada a associação do resultado da EDEP total com IPSF Total, que apresentou uma correlação moderada negativa ($r = -0,51$; $p < 0,01$) entre os sintomas da depressão e a percepção do suporte familiar. Também foram investigadas as correlações da EDEP total com os fatores do IPSF, a saber, F1 que refere-se as questões do componente afetivo ($r = -0,37$; $p < 0,01$), F2 que avalia as questões do componente adaptação familiar ($r = -0,50$; $p < 0,01$), e por fim, o fator F3 que refere-se e as questões do componente de Autonomia familiar ($r = -0,44$; $p < 0,01$) do IPSF, que apresentou uma correlação moderada negativa entre os sintomas depressivos e o suporte familiar, na qual evidencia dificuldades nas questões que envolvam as questões afetivas, adaptativas e de autonomia familiar (Tabela 33). Essas correlações também e encontrada na literatura, na qual foi demonstrado que os pacientes diagnosticados com as Doenças Inflamatórias Intestinais apresentam maiores dificuldades psico-sociais, associadas ao aumento da sintomatologia dessas doenças, na qual desenvolve um impacto na qualidade de vida desses pacientes, não apenas nas questões referente a depressão ou ansiedade, mas também modificações na vida profissional, familiar e social desses pacientes (Veríssimo & cols, 1996, Vega e cols, 1994; Drossman & cols, 1990).

Por fim, foram realizadas análises estatísticas da Escala de Depressão (EDEP) e a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP). Essas análises da associação do resultado da

EDEP total com as dimensões e facetas da Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) apresentou uma correlação fraca negativa na faceta E1 que refere-se a comunicação ($r = -0,22$; $p < 0,01$) indicando o aumento dos sintomas da depressão e a diminuição dos níveis de comunicação e facilidade de conhecer novas pessoas (Tabela 33).

Também foi possível observar que a faceta S2 que refere-se a confiança ($r = -0,15$; $p < 0,05$) apresentou uma fraca correlação negativa, na qual evidenciou o aumento da depressão e a diminuição da preocupação para o envolvimento em situações de risco e de seguimento de regras e na faceta R1 ($r = -0,27$; $p < 0,01$), que corrobora o aumento da depressão e a diminuição da auto-estima, entre outras. As demais correlações investigadas nessa pesquisa ocorreram nas facetas R2 ($r = -0,16$; $p < 0,05$), A1 ($r = -0,14$; $p < 0,05$) e nas dimensões Extroversão ($r = -0,32$; $p < 0,01$), Realização ($r = -0,15$; $p < 0,05$) e Socialização ($r = -0,23$; $p < 0,01$). As demais correlações encontram-se na Tabela 33.

As correlações encontradas entre os resultados da BFP e a EDEP também vêm sendo discutidas na literatura que classifica características de personalidade como a Extroversão, que pode ser classificada como a quantidade das interações interpessoais típicas dos indivíduos, bem como o nível de comunicação, gregariedade e assertividade. Além da característica de Abertura, definida como uma disposição para novas experiências, interesse cultural, sensibilidade estética e flexibilidade. Já o fator Socialização envolve os aspectos de altruísmo, cuidado, confiança nas pessoas e cooperação e por fim, a Realização, que inclui traços como persistência, disciplina, responsabilidade e necessidade de realização (McCrae & Costa, 2002).

Apenas a dimensão Neuroticismo e suas facetas apresentaram correlações positivas moderadas com a Escala de depressão (EDEP), mais especificamente, a faceta N1 que se refere à Vulnerabilidade ($r = 0,33$; $p < 0,01$), demonstrou que quanto maior a depressão aumenta a possibilidade de baixa auto-estima, insegurança e dependência, na faceta N2 que

refere-se a instabilidade emocional ($r= 0,47$; $p<0,01$) evidenciou o aumento da depressão e da agressividade e hostilidade com as demais pessoas e N3 que refere-se a ansiedade ($r= 0,32$; $p<0,01$), na qual demonstrou o aumento da depressão e variação de humor e disposição (Tabela 33).

Essa correlação encontrada nessa pesquisa entre o EDEP e o fator Neuroticismo da BFP é encontrada na literatura, na qual evidencia que a depressão pode estar associada as perdas físicas e emocionais, e tais perdas podem desencadear algumas características de personalidade como o Neuroticismo que é a predisposição para experimentar afetos negativos e inclui traços relacionados a depressão e ansiedade, entre outros (McCrae & Costa, 2002).

As correlações mais expressivas ocorreram entre a BFP e o EDEP Total e nas dimensões Neuroticismo ($r= 0,48$, $p<0,01$) e Extroversão ($r=-0,32$, $p<0,01$) e nas facetas já mencionadas. Tais associações indicam que depressão e extroversão apresentam uma associação negativa consistente, indicando que níveis elevados de depressão podem estar associados a um comprometimento no nível de interação das pessoas. A correlação encontrada entre a EDEP e Neuroticismo, mensurado pela BFP, corrobora estudos anteriores que associaram esses construtos (Nunes, 2001) e indicam que quanto maior o nível de depressão em uma pessoa, maior será a sua vulnerabilidade emocional, instabilidade, ansiedade e sofrimento psicológico.

Essas associações encontradas nessa pesquisa são apontadas na literatura, na qual evidencia a importância do componente emocional na etiologia e na evolução das Doenças Inflamatórias Intestinal, na qual descreve a dificuldade de elaboração dos pacientes diante de suas perdas físicas e emocionais. Tais dificuldades podem desencadear traços de personalidade, como insegurança, sentimentos de inferioridade e inadequação, tensão, ansiedade, depressão, agressividade, dependência, sensibilidade, labilidade emocional e

hiperatividade. Outros traços evidenciados ocorrem com a dificuldade em expressar seus sentimentos, conflitos sexuais, masoquismo, timidez e desconfiança, aliada à possível personalidade controladora e perfeccionista-obsessiva desses pacientes (Miller, 1966; Pontes, 1987; Gil & Sampson, 1989; Alexander, 1989; Pontes, 1988; Haynalb & cols 2001).

A Tabela 34 mostra os coeficientes de correlação do Inventário Percepção do Suporte Familiar (IPSF) com as dimensões e facetas dos instrumentos BFP e IBDQ. Percebe-se que nessa pesquisa o IPSF evidenciou correlações positivas e negativas significativas, com exceção das facetas E1, E2, R3, A1, A2, A3 e na dimensão abertura da Bateria Fatorial de Personalidade (BFP).

Tabela 34. Correlações IPSF com os instrumentos IBDQ e BFP

Escalas	IPSF TOTAL	IPSF- F1- Componente afetivo	IPSF- F2- Componente Adaptação familiar	IPSF- F3- Componente Autonomia familiar
EXTROVERSÃO	0,14*	0,16*		
E1- Nível de comunicação				
E2- Alti vez				
E3- Dinamismo / Assertividade	0,22**	0,21**	0,15*	0,18*
E4- Interações Sociais	0,20**	0,19**	0,19**	
SOCIALIZAÇÃO	0,23**	0,20**	0,18*	0,22**
S1- Amabilidade	0,14*			
S2- Confiança	0,15*			0,18*
S3- Sociabilidade	0,29**	0,22**	0,28**	0,24**
REALIZAÇÃO	0,17*	0,17*		0,14*
R1- Competência	0,18**	0,18*		
R2- Ponderação, Prudência e cautela	0,17*	0,15*		0,16*
R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento				
ABERTURA				
A1- Interesses por novas idéias				
A2- Liberalismo				

Escalas	IPSF TOTAL	IPSF- F1- Componente afetivo	IPSF- F2- Componente Adaptação familiar	IPSF- F3- Componente Autonomia familiar
A3- Busca por novidades				
NEUROTICISMO	-0,33**	-0,28**	-0,25**	-0,32**
N1- Vulnerabilidade	-0,22**	-0,20**		-0,23**
N2- Instabilidade	-0,33**	-0,27**	-0,25**	-0,31**
N3- Passividade e Falta de energia	-0,23**	-0,21**	-0,16*	-0,21**
N4- Depressão	-0,29**	-0,22**	-0,24**	-0,27**
IBDQ TOTAL	0,36**		0,42**	0,35**
IBDQ- F1- Sintomas Intestinais	0,23*		0,31**	0,28**
IBDQ- F2- Sintomas sistêmicos	0,28**		0,33**	0,25*
IBDQ- F3- Aspectos sociais	0,25*		0,32**	
IBDQ- F4- Aspectos emocionais	0,45**	0,28**	0,47**	0,43**

* p<0,05 ** p<0,01

Foram encontradas correlações positivas moderadas do IPSF total ($r = 0,36$; $p < 0,01$) com o IBDQ total, na qual evidencia que quanto maior a percepção do suporte familiar maior a qualidade de vida dos pacientes com a doença de Crohn. Também foram averiguadas as correlações encontradas nos fatores do IPSF com os fatores do IBDQ (Tabela 34). Pode-se observar que o fator 2 do IPSF evidenciou uma significativa correlação moderada positiva com todos os fatores do IBDQ, ou seja, fator 1 ($r = 0,31$; $p < 0,01$), fator 2 ($r = 0,33$; $p < 0,01$), fator 3 ($r = 0,33$; $p < 0,01$) e fator 4 ($r = 0,47$; $p < 0,01$) do IBDQ evidenciando que quanto maior a adaptação familiar, maior o envolvimento referente as questões dos sintomas intestinais e sistêmicos, assim como nas questões referentes aos aspectos sociais e emocionais (Tabela 34).

Essa correlação vem de encontro com a literatura, na qual evidencia que além de cuidados médicos adequados, o paciente com a doença inflamatória intestinal necessita de um suporte emocional no plano afetivo, social, profissional e familiar que lhe permita

enfrentar os problemas gerados no seu dia-a-dia e também os problemas desencadeados pela sintomatologia da doença de Crohn. Portanto, pode-se verificar que o impacto das doenças crônicas sobre o estilo de vida e no funcionamento psico-social do paciente e seus familiares interfere no seu estilo e qualidade de vida (Pereira, 2000; Castelli, A. & Silva, 2007).

Por fim, foram realizadas análises estatísticas entre o IPSF total e seus fatores com as dimensões e facetas da BFP, na qual demonstrou fracas correlações positivas entre o IPSF total e seus fatores com a BFP total e suas facetas, na qual evidenciou que quanto maior a qualidade de vida, aumenta as questões associadas a extroversão, socialização e realização (Tabela 33). Apenas a dimensão Neuroticismo ($r = -0,33$; $p < 0,01$) e suas facetas N1 que investiga a vulnerabilidade ($r = -0,22$; $p < 0,01$), N3 que avalia a passividade e falta de energia ($r = -0,23$; $p < 0,01$) e N4 que refere-se a depressão ($r = -0,29$; $p < 0,01$) com o IPSF total apresentaram correlações negativas (Tabela 34).

Essas correlações também são estudadas na literatura, na qual confirma que os transtornos mentais apontam a simultaneidade das doenças crônicas, com a presença de problemas como depressão, ansiedade e abuso de substâncias nestes pacientes. Além disso, a doença crônica é vista como um agente estressante de longa duração, que afeta não somente o paciente, mas também seus familiares ou cuidadores (Pereira, 2000; Ricco & cols, 2000; Castelli, A. & Silva, 2007). As demais correlações do IPSF com as demais escalas encontram-se na tabela 34.

A Tabela 35 mostra os coeficientes de correlação do *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ) total com as dimensões e facetas da BFP. Nota-se que nessa pesquisa o IBDQ demonstrou correlações significativas, com exceção das facetas E1, E2, E3, R4, S1, S2, R2, R3, A1, A2, A3, N1, N2, N3, também nas dimensões abertura, extroversão, realização e socialização da Bateria Fatorial de Personalidade (BFP).

Tabela 35. Correlações IBDQ com a BFP

Escalas	IBDQ TOTAL	IBDQ- F1 Sintomas Intestinais	IBDQ- F2 Sintomas sistêmicos	IBDQ- F3 Aspectos sociais	IBDQ- F4 Aspectos emocionais
EXTROVERSÃO					0,22*
E1- Nível de comunicação					
E2- Alti vez					
E3- Dinamismo / Assertividade	0,23*		0,20*		0,31**
E4- Interações Sociais					0,26**
SOCIALIZAÇÃO					0,20*
S1- Amabilidade					
S2- Confiança					
S3- Sociabilidade	0,21*				0,30**
REALIZAÇÃO					
R1- Competência	0,22*				0,29**
R2- Ponderação, Prudência e cautela					
R3- Empenho, Dedicção e Comprometimento					
ABERTURA					
A1- Interesses por novas idéias					
A2- Liberalismo					
A3- Busca por novidades					
NEUROTICISMO	-0,21*				-0,32**
N1- Vulnerabilidade					-0,21*
N2- Instabilidade					-0,30**
N3- Passividade e Falta de energia					
N4- Depressão	-0,26*		-0,21*		-0,32**

* p<0,05 ** p<0,01

Em seguida, foram realizadas análises estatísticas das correlações do IBDQ com a BFP, na qual evidenciou que apenas a dimensão Neuroticismo ($r = -0,21$; $p < 0,05$) apresentou uma fraca correlação negativa com o IBDQ total, na qual indica que quanto maior e a qualidade de vida, menor a predisposição para experimentar afetos negativos como a depressão, também foi encontrada uma correlação moderada negativa com o fator

F4 ($r = -0,32$; $p < 0,01$) do IBDQ que corrobora que quanto maior a qualidade de vida, menor os conflitos do aspecto emocional (Tabela 35).

Essas correlações encontradas nessa pesquisa são discutidas na literatura, na qual apresentou os principais traços de personalidade que podem ser desencadeados pelos pacientes, com as doenças inflamatórias intestinais, como insegurança, sentimentos de inferioridade e inadequação, tensão, ansiedade, depressão, agressividade, dependência, sensibilidade, labilidade emocional e hiperatividade. Além destes, podem ser desencadeados a dificuldade em expressar seus sentimentos, conflitos sexuais, masoquismo, timidez e desconfiança, aliada à possível personalidade controladora e perfeccionista-obsessiva desses pacientes (Miller, 1966; Pontes, 1987; Gil & Sampson, 1989; Alexander, 1989; Pontes, 1988; Haynalb & cols 2001). Assim sendo, pode-se compreender a doença crônica sendo um grande problema da população moderna, pois a sua evolução tende a ser progressiva, e desencadeadora de várias mudanças no dia-a-dia dos doentes, na qual pode desenvolver diferentes impactos no grau de satisfação de vida dos pacientes (Domingues e cols 2006, Etienne 2004 & Pontes, 2004).

Portanto, devido à cronicidade da doença de Crohn, assim como a ausência de correlação entre o estado funcional do paciente e os marcadores inflamatórios, aumenta a importância dos estudos de instrumentos voltados para medir a qualidade de vida de pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais (Borgaonkar, 2000; Pontes, 2004).

Por fim, foi possível observar uma correlação fraca positiva com a dimensão Extroversão ($r = 0,22$; $p < 0,05$) e Socialização ($r = 0,20$; $p < 0,05$) com o fator F4 do IBDQ, a qual evidenciou que quanto maior a qualidade de vida, maior envolvimento com as questões que envolvam os aspectos de extroversão e socialização. Essas correlações apontam que a qualidade de vida reflete a maneira como paciente percebe e reage a questões que envolvam sua saúde e a outros aspectos não médicos da sua vida (Gill &

Feinstein, 1994). Portanto, pode-se compreender a qualidade de vida sendo medida da percepção que o paciente tem entre a diferença da sua realidade e suas necessidades e a construção multidimensional que reflete a habilidade funcional do indivíduo, o suporte social, a compreensão emocional e a ausência de desconforto psicológico (Morton, 1995; e McDonough, 1997). As demais correlações encontram na Tabela 35.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi desenvolvido com o objetivo de investigar evidências de validade da Escala de Depressão (EDEP), com um grupo de pessoas com a doença de Crohn, que corresponde a uma das doenças inflamatórias intestinais, e um grupo de pessoas que não possui essa doença. Para tanto, foram verificados, nessa pesquisa, seus indicadores de precisão com o uso do Alfa de Cronbach e, também, foram verificados os efeitos da variável grupo sobre os resultados dos testes investigados. Estas verificações tiveram como objetivo encontrar evidências de validade para os instrumentos que fazem parte dessa pesquisa, segundo o *Standards for Educational and Psychological Testing*, produzido pela *American Educational Research Association*, *American Psychological Association* e *National Council on Measurement in Education* (AERA, APA & NCME, 1999).

Os estudos referentes à estatística descritiva e principalmente à consistência interna dos instrumentos dessa pesquisa foram necessários, pois o primeiro passo antes de averiguar as evidências de validade de um teste psicológico é a verificação dos estudos referentes a sua consistência interna, ou seja, a precisão das medidas a serem estudadas. Segundo os *Standards* propostos pela APA, NCME e AERA, 1999, a validade pode ser compreendida como o grau em que as evidências acumuladas sustentam a interpretação dos escores do teste em relação a um construto, ou seja, a validade está diretamente ligada à consistência interna do instrumento, pois, se o teste não for preciso para medir um determinado construto, conseqüentemente não terá validade. Dessa forma, foi possível contribuir com um estudo voltado para o desenvolvimento de um instrumento de medida para depressão, conceito essencial para muitos processos na área da avaliação psicológica e, especialmente, na área da saúde. Além disso, essa pesquisa também gerou informações

sobre os construtos avaliados e por isto, poderá auxiliar no acompanhamento e no tratamento dos pacientes com a doença de Crohn.

O presente trabalho possibilitou a determinação de evidências de validade de critério para a Escala de Depressão (EDEP) com a realização da comparação dos resultados obtidos nos grupos clínico e não clínico e nos resultados encontrados, referente ao gênero masculino e feminino, com a verificação da capacidade dos instrumentos em diferenciar os grupos e as pessoas. Esse resultado foi evidenciado por meio do teste T de *Student*, que evidenciou diferença significativa entre os grupos clínico e não clínico para a Escala de Depressão (EDEP) ($t = -3,36$; $gl = 198$; $p = 0,01$), o que sugeriu que os itens do EDEP são adequados para a avaliação da depressão, por intermédio de uma das evidências de validade, denominada validade de critério, segundo o *Standards for Educational and Psychological Testing*, produzido pela *American Educational Research Association*, *American Psychological Association* e *National Council on Measurement in Education* (AERA, APA & NCME, 1999).

Adicionalmente, foi realizada uma análise na qual foram comparados os resultados obtidos pelos participantes dessa pesquisa com os do grupo normativo da BFP, que é composto por 6600 pessoas de várias regiões Brasileiras (Nunes, Hutz & Nunes, em construção). As médias dos grupos foram comparadas com o uso do teste *t* de *Student* e os resultados encontrados sustentam parcialmente a hipótese de que as pessoas do grupo não clínico apresentam características que as diferenciam da amostra de normatização da BFP. Dentre as facetas da BFP, destaca-se a diferença encontrada para N4 ($t = 5,19$; $gl = 3199$; $p < 0,01$), que avalia Depressão na BFP, indicando que esse grupo não clínico apresenta um nível consideravelmente mais elevado que a população geral. Apesar da média do grupo clínico ser igual à do não clínico, seu desvio padrão é menor, o que gera um “*r*” ainda mais elevado quando este grupo é comparado ao grupo normativo ($t = 5,59$; $gl = 3199$; $p < 0,01$).

Também foi evidenciado nessa pesquisa que os fatores da dimensão Neuroticismo da BFP, indicaram que os grupos clínico e não clínico apresentaram médias estatisticamente significativas em relação à amostra normativa desse instrumento, indicando que as pessoas avaliadas tendem a vivenciar mais profundamente sofrimentos psicológicos e tendem a um alto nível de vulnerabilidade emocional (N1) (Nunes, Hutz & Nunes, em construção). Adicionalmente, foi evidenciado que em ambos os grupos (clínico e não clínico) apresentaram diferenças estatisticamente significativas para S3 (confiança nas pessoas), A1 (interesses por novas idéias), A2 (liberalismo) e A3 (busca por novidades), sendo que todos os resultados foram menores que os do grupo normativo.

Por fim, foi realizado nessa pesquisa o teste de regressão logística para verificar se as medidas usadas nessa pesquisa seriam capazes de diferenciar os participantes do grupo clínico e não clínico, para essa análise foi utilizando o método *Backward Wald* que demonstrou uma especificidade de 67%, sensibilidade de 61%, e percentual geral de acerto nas previsões de 64%. Esses resultados são importantes, pois como foi indicado na análise anterior, o grupo não clínico apresentava características que os diferenciavam da população geral em relação a parte dos traços de personalidade avaliados. Portanto, o modelo gerado na regressão logística consegue diferenciá-los com relativo sucesso.

Adicionalmente, foi verificado, também por meio do teste T de *Student*, se havia diferenças de média nos escores dos testes associadas ao gênero masculino e feminino. Nessa análise foi possível observar a diferença significativa de gênero com relação a percepção do suporte familiar, na qual foi evidenciada no IPSF total ($t=2,81$; $gl=198$; $p=0,01$) e nos fatores F2 ($t=3,34$; $gl=198$; $p=0,01$) e F3 ($t=2,77$; $gl=198$; $p=0,01$) desse instrumento. Também foi possível observar a diferença significativa de gênero no fator F4 do IBDQ que refere-se aos aspectos emocionais dos os pacientes com as doenças

inflamatórias intestinais ($t=2,29$; $gl=98$; $p=0,02$), e por fim, foi possível observar a diferença significativa de gênero na EDEP total ($t=-3,24$; $gl=198$; $p=0,01$)

Além disso, foi possível realizar nessa pesquisa análises estatísticas para examinar se as associações, por meio do teste de correlação de *Pearson*, encontradas entre a Escala de Depressão (EDEP), o *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ), o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP), são compatíveis com as indicadas na literatura internacional que relacionam os construtos avaliados. Os principais resultados ocorreram no EDEP total com o IBDQ total ($r= -0,71$; $p < 0,01$), e os fatores F1 ($r= -0,52$; $p < 0,01$), F2 ($r= -0,61$; $p < 0,01$) F3 ($r= -0,50$; $p < 0,01$) e F4 ($r= -0,80$; $p < 0,01$) do IBDQ. Também da EDEP total com o IPSF total ($r=-0,51$; $p < 0,01$) e os fatores F1 ($r= -0,37$; $p < 0,01$), F2 ($r= -0,50$; $p < 0,01$) e F3 ($r= -0,44$; $p < 0,01$). Com relação ao EDEP total com a BFP, foi possível observar que os principais resultados ocorreram na faceta S3, que se refere à confiança nas pessoas ($r = -0,34$; $p < 0,01$) e na dimensão Neuroticismo ($r= -0,48$; $p < 0,01$) e suas facetas N1 ($r= 0,33$; $p < 0,01$), N2 ($r= 0,47$; $p < 0,01$), N3 ($r= 0,32$; $p < 0,01$) e N4 ($r= 0,42$; $p < 0,01$).

Com esse resultado, foi possível evidenciar a validade convergente da Escala de Depressão (EDEP), na qual foram verificadas as correlações moderadas e fortes com outras escalas que avaliam depressão ou construtos fortemente associados. Tais resultados sugerem que os itens do EDEP são adequados para a avaliação da depressão, por intermédio de uma das evidências de validade, denominada validade convergente, segundo os *Standards for Educational and Psychological Testing*, produzido pela *American Educational Research Association*, *American Psychological Association* e *National Council on Measurement in Education* (AERA, APA & NCME, 1999).

Também foi possível verificar nessa pesquisa a validade discriminante da Escala de Depressão (EDEP), constatando as baixas correlações entre a Escala de Depressão (EDEP),

e outros construtos não relacionados com a depressão. Portanto, esse resultado também sugere que os itens do EDEP são adequados para a avaliação da depressão, por intermédio evidências de validade discriminante, segundo o *Standards for Educational and Psychological Testing*, produzido pela *American Educational Research Association*, *American Psychological Association* e *National Council on Measurement in Education* (AERA, APA & NCME, 1999).

Por fim, é importante salientar alguns limites do presente estudo. O primeiro deles é o reduzido tamanho da amostra, o que, além de dificultar a detecção de diferenças estatisticamente significativas nas análises, aumenta a chance de resultados com vieses em função do perfil dos participantes. Também deve ser salientado que houve evidência de que o grupo não clínico apresentou um perfil diferenciado quando comparado com o grupo normativo da Bateria Fatorial de Personalidade. Levanta-se a hipótese de que seu perfil pode estar associado ao fato de serem cuidadores de pessoas com enfermidades específicas, o que pode servir como fator de risco para uma vulnerabilidade psicológica. Apesar dessas limitações, entende-se que os resultados encontrados no presente projeto representam evidências de validade da Escala de Depressão (EDEP) para a mensuração dos diferentes níveis desse construto.

7- REFERÊNCIAS

- AERA - American Educational Research Association, APA - American Psychology Association & NCME - National Council on Measurement in Education (1999). *Standards for educational and psychological testing*. New York: American Educational Research Association.
- Angerami-Camon, V. A. (2000). O Resignificado da Prática Clínica e suas Implicações na Realidade da Saúde. Em V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia da Saúde - Um Novo Significado para a Prática Clínica* (pp. 7-21). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Alchieri, J. C.; Bandeira, D. R. Ensino da Avaliação Psicológica no Brasil. In: Primi, R. (Org.). *Temas em avaliação Psicológica*. Campinas: Impressão Digital do Brasil Gráfica e Editora, 2002. p. 35
- Alchieri, J. C., Noronha, A. P. P., & Primi, R. (2003). Instrumentos psicológicos comercializados no Brasil. Em: J. C. Alchieri, A. P. P. Noronha, & R. Primi. *Guia de referência: testes psicológicos comercializados no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alchieri, J. C.; Cruz, R. M. Avaliação Psicológica: Conceito, Métodos e Instrumentos (2003). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alexander, F. (1989). *Medicina Psicossomática: seus princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alves, G. A. S. (2005). Temas em avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica.*, 4(1), 87-9.

- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrade A. C. M., Santana G. O., Santos R. R., Guedes J. C., Lyra L. G. C. (2005). Perfil da Doença de Crohn Fistulizante em Atividade em Dois Serviços Universitários em Salvador - Bahia. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 25(3), 241-248.
- Ballone G. J. (2005). *Doença de Crohn e Colite Ulcerativa*. Retirado em 15/04/2007 da Psiqweb (Psiqweb psiquiatria geral), www.psiqweb.med.br.
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF*, 10(1), 11-19.
- Baptista, M. N. (2007). Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudo componencial em duas configurações. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27 (3), 496 – 509.
- Baptista, M. N. (em construção b). *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF).. Inventário de Depressão Brasileiro*. Instrumento em Desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco – Itatiba/São Paulo.
- Baptista, M. N., Sisto, F. F., Noronha, A. P. P. & Santos A. A. A. (em construção a). *Inventário de Depressão Brasileiro*. Instrumento em Desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco – Itatiba/São Paulo.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. Daher & Dias, R. R.. **Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes**. *Psicol. cienc. prof.*, jun. 2001, vol.21, no.2, p.52-61.
- Barbiere, D. (2000). Doença Inflamatória Intestinal. *Jornal de Pediatria*. 76, 1-2.

- Borgaonkar, M. R. & Irvine, E. J. (2000). Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorders. *British Medical Journal*, 47, 444-54.
- Buss, A. (1989). Personality as traits. *American Psychologist*, 44(11), 1378-1388.
- Capitão, C. G., Scortegagna, S. A. & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 75-82.
- Cardoso H., Magro F., Azevedo F., Queiroz, H., Nunes A. C. R., Machado A. S. & Veloso F. T. (2006). Infliximab na Doença de Crohn: Estudo de 800 Infusões em 136 DoentesGe. *Jornal Português de Gastrenterologia*, 13, 214-219.
- Castanha, A. R., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. Werba & Ribeiro, C. R. (2007). Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV. *Estududos de Psicologia (Campinas)*, 24(1), 23-31.
- Castelli, A. & Silva, M. J. P. (2007). Faz isso, faz aquilo, mas eu tô caindo...": compreendendo a Doença de Chron. *Rev. esc. enferm. USP*, Mar. 2007, 41, .29-35.
- Castro, E. K. & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão* (vol. 24, pp. 48-57).
- Contim, D. (2001). *O significado do cuidar para familiares de crianças e adolescentes com doenças crônicas*. Tese de mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Cotran, R. S., Kumar, V. & Robbins, S. Y. (1989). *Patologia estrutural e funcional*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alfa and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Cunha, J. A. (2001). *Escalas Beck*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

- Damião, A. O. M. C. & Sipahi A. M (2004). Doença Inflamatória Intestinal. In: L. P. Castro & Coelho, L. G. V. (orgs). *Gastroenterologia* (pp.1105-1149). Rio de Janeiro: MEDSI - Editora Médica e Científica Ltda.
- Dani, R. & Castro, L. P. (1993). *Gastroenteterologia Clínica: Doença de Crhon*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Dayal, Y. & Delellis, R. A. (1991). Trato gastrintestinal. Em: R.S. Cotran, V. Kumar & S. L. Robbins (orgs). *Patologia estrutural e funcional* (pp.713-717). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Domingues, A. & Dias, C. C. (2005). Sono: Avanço em sono e seus distúrbios. Em: Reimão, R. (org). *Aspectos clínicos da doença de crohn: O papel da enfermagem*. (pp 128-129). São Paulo, SP: Associação Paulista de Medicina/CNPQ.
- Domingues, A. L. N., Pereira, A. P., Chillida, M. D. S. P. & Benjamim, O. (2006). *Qualidade de vida de pacientes portadores de doença de crohn*. Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Estomaterapia, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP.
- Drossman DA, Leserman J, Mitchell CM, *et al*. Health status and health care use in persons with inflammatory bowel disease: A national sample. *Dig Dis Sci*. 1991; **36**: 1746-55.
- Ekbom A., Helmick, C., Zack M. & Adami, H.O. (1991). The epidemiology of inflammatory bowel disease: A large, population-based study in Sweden. *Gastroenterology*, 100, 350-358 .
- Etienney, I.; Bouhnik, Y.; Gendre, J. P.; Lémann, M.; Cosnes, J. Matuchansky, C.; Beaugerie, L.; Modigliani, R. & Rambaud, J. C. (2004). Crohn's disease over 20 years after diagnosis in a referral population. *Gastroenterologie Clinique et Biologique*, 28(12), 1233-39.

- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2004). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial de saúde (whoqolbref). *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.
- Frayman, L., Cukiert, A., Forster C., Ferreira V. B., Buratini, J. A. (1999). Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia de epilepsia. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(1), 30- 33.
- Gill, T. M. & Feinstein A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. *JAMA*, 272(8), 619-626.
- Hanauer, S. B. (1997). Doença Inflamatória Intestinal. Em: J. C. Bennett & F. Plum (orgs.), *Cecil-Tratado de medicina interna* (pp. 782-791). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Haynalb, A., Pasini, W. & Archinard, M. (2001). *Medicina Psicossomática Abordagens Psicossociais*. São Paulo: Medsi - Editora Médica e Científica Ltda.
- Heltzer, J. E., Chammas, S. Norland, C. C., Stillings, W. A. & Alpers, D. H. (1984). In A study of the association between crohn`s diasease and psychiatric illness. *Gastroenterology*, 86(2), 324-30.
- Hutz, C. S. & Nunes, C. H. S. S. (2001). Escala Fatorial de Neuroticismo. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hutz, C. S., Silveira, A. D., Serra, J. G., Anton, M. C. & Wieczorek, L. S. (1998). O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no Modelo dos Cinco Grandes Fatores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(2), 395-415.

- Hyphantis, T. N., Triantafillidis J. K., Pappa, S., Mantas C., Kaltsouda, A., Cherakakis, P., Alamanos Y., A., Manousos, O. M. & Mavreas V. G. (2005). Defense mechanisms in inflammatory bowel disease. *Journal of Gastroenterology*, 40(1), 24-30.
- Kaplan, H., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artes Médica.
- Kronbluth A., Sachar D. K. & Salomon, P. (1998). Crohn's disease. Em: M. Feldman, B.F. Scharschmidt & M.H. Sleisenger (orgs). *Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease - pathophysiology, diagnosis and managemeny* (pp.1708-1734). Philadelphia: W B Saunders.
- Marcolin, A. C., Gonçalves, C. V. & Dias, C. C., Troncon, L. & Duarte, G. (2001). Doença de Crohn e gestação. *Medicina*, Ribeirão Preto, 34, 64-69.
- Matos, E. G., Matos, T. M. G. & Matos, G. M. G. (2006). Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23, (2), 173-179.
- McCrae, R. R. & JOHN, O. P. (1992). An introduction to five factor model and its applications. *Journal of personality*, 60, 175-215.
- McCrae, R. R. & Paul T. Costa, J. (2003). *Personality in Adulthood - A five-factor theory perspective* (Second ed.). New York - NY: Guilford Press.
- McDonough, E. M., Varvares, M. A., Dunphy, F. R., Dunleavy, T., Dunphy, C. H. & Boyd, J. H. (1997). Changes in quality-of-life results in a population of patients treated for squamous cell carcinoma of the head and neck. *Head Neck*, 18, 487-493.
- Messa, A. A. (2003) O impacto da doença crônica na família. Retirado em 01/06/2007, do Site da Academia Brasileira de Psicologia. <http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl49.htm>.

- Michelon, L. (2006). Depressão. *Revista Brasileira de Medicina*. 63, 123- 135.
- Miller P., L. (1996). *Medicina Psicossomática*. São Paulo: Artes Médicas.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 5 (1), 7-18.
- Morton R. P. (1995). Evolution of quality of life assessment in head and neck câncer. *J. Laringol Otol.*, 109, 1029-1035.
- Noronha, A. P. P.; Alchieri, J. C. (2004). Conhecimento em avaliação Psicológica. Em: *Revista Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas, 21, (1), p.43-52, jan/abr.
- Nunes, C. H. S. S. (2000). *A construção de um instrumento de medida para o fator grandes fatores*. Dissertação não publicada, UFRGS, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS.
- Nunes, C. H. S. S., Nunes, M. F. O., Muniz, M., Miguel, F. K., Couto, G., Primi, R., e cols. (2007). *Criação de uma Bateria Brasileira de avaliação da Personalidade pelo Modelo dos Cinco Grandes fatores*. Trabalho apresentado na III Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e XII Conferência Internacional de Avaliação: Formas e Contextos, João Pessoa, PB.
- Nunes, C. H. S. S., Nunes, M. F. O., Primi, R., & Hutz, C. S. (em construção). *Bateria Fatorial de Personalidade (BFP)- Manual técnico*. Itatiba, SP: Casa do Psicólogo.
- Nunes, C.H.S.S. (2005). Construção, normatização das escalas de socialização e extroversão no modelo dos Cinco Grandes Fatores. Unpublished tese, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, R.S.
- Pagani T. C. S. , Pagani Jr CR. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. *Rev Ciências Bio*. 2005;32-7.

- Pasquali, L. (2001). *Técnicas de Exame Psicológico – TEP: manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- Pereira, I. C. (2000). *Aspectos psicossociais clínico-qualitativo de pacientes ambulatoriais*. Dissertação de mestrado, curso de pós-graduação em psicologia médica e psiquiatria, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP.
- Pontes, J. F. (1987). Curso de Psicologia Médica. Em: Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas em Gastroenterologia (org.), *Abordagem Sócio: Psicossomática* (pp.). São Paulo: IBEPEGE.
- Pontes, J. F. (1989). Retocolite Ulcerativa Idiopática. Em: R. Dani & L. P. Castro (orgs). *Gastroenterologia Clinica* (pp. 886-907). São Paulo: Guanabara.
- Pontes, R. M. A., Miszputen, S. J., Ferreira-Filho, O. F., Miranda, C. F. & Marcos, B. (2004). Quality of life in patients with inflammatory bowel diseases: translation to Portuguese language and validation of the “inflammatory Bowel Disease Questionnaire” (IBDQ). *Arquivos de Gastroenterologia*, 41, 137-143.
- Ricco, R. C., Miyazaki, M. C., Oliveira S., Silva, R. C. M. A., Góngora, D. V. N., Perozim, L. M. & Cordeiro, J. A. (2000). Depressão em pacientes adultos portadores de doenças crônicas: diabetes mellitus e hepatites virais. *HB Científica*, 7(3), 156-160.
- Robertson, D. A., Ray, J., Diamond, I. & Edwards, J. G. (1989). Pernolality profile and affective state of patients with inflammatory Bowel diase. *Gut.*, 30(5), 636-626.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Rosenberg, M. (1990). Bad Breath: Diagnosis and Treatment. *Univ Tor Dent J.*, 3(2), 7-11.
- Rutgeerts P. (2002). A critical assesment of new therapies in inflammatory bowel disease. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* , 17, 176–185.

- Santos, C. T. & Sebastiani, R. W. (2001). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. Em: V. A. A. Camon (org.). *E a Psicologia entrou no hospital* (pp. 147-176), São Paulo: Pioneira.
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e Metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-88.
- Sheffield, Carney apud Andrews, H. Braczack, P. Allan, R. N. (1987). Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut*. 28(12) 1600-1604.
- Shivananda, S., Lennard-Jones, J., Logan, R. (1996). Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: is there a difference between north and south? Results of the European collaborative study on inflammatory bowel disease (EC-IBD). *Gut*, 39, 690-697.
- Song, J. Y., Merskey, H., Sullivan, S. & Noh, S., (1993). Anxiety and depression in patients with abdominal bloating. *Can. J. Psychiatric*. 38(7), 479-79.
- Souza, L. A. & Freire, S. F. (2005). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 28, 50-58
- Teixeira, J. A.C. (2004) Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 3 (XXII): 441-48.
- Testa, M. A. & Simonsen, D. C. (2006). Assessment of quality of life outcomes. *N. Engl. J. Méd.*, 334(13), 835-40.
- Tyler, L. E. (1973). *Testes e Medidas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Veríssimo R, Magro F, Tavarela-Veloso F. Qualidade de vida e estado de saúde dos pacientes com doença inflamatória do intestino. *Revista GE - Jornal Português de Gastrenterologia*. 1996. Nº suplementar do XVI Congresso Nacional de Gastrenterologia.

- Vermeire S, Louis E, Carbonez A, Van Assche G, Norman M, Belaiche J, De Vos M, Van Gossum A, Pescatore P, Flasse R, Pelckmans P, Reynaert H, D'Haens G, Rutgeerts P. (2002). Demographic and clinical parameters influencing the short
- Wyngaarden, J. B. & Smith (1990). *Tratado de medicina interna*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Zimmerman, J. (2003). *Extraintestinal Symptoms in Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Diseases: Nature, Severity, and Relationship to Gastrointestinal Symptom*. Jerusalem, Israel: Springer Netherlands.
- Zimmermann, P. R., Carvalho, J. O. C. & Mari, J. O. C. (2004). Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. *Revista de Psiquiatria*. 26(3) 312-318.

8- ANEXO**8.1- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO (QSD)****ANEXO 8.1.1- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO- GRUPO CLÍNICO**

Entrevista N°: _____

Data da Entrevista: ____/____/____

Horário: _____

Duração: _____ Minutos

1- Nome Completo: _____

2- Sexo: () Masculino () Feminino

3- Data de Nascimento: ____/____/____ Idade _____ anos

4- Profissão: _____

5- Naturalidade: _____

6- Estado Civil:

() Solteiro () Casado () Viúvo

() Divorciado () União Estável

Há quanto tempo: _____

7- Atividade de lazer: _____

8- Religião (denominação) / Religiosidade (prática): _____

9- Grau de escolaridade:

() Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto

() Ensino Médio Completo

() Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior Completo

() Outros: _____

10- Surgimento dos Primeiros sintomas: _____

11- Tempo de Diagnostico: _____

12- Prognóstico: _____

13- Cirurgias: () Sim () Não Quantas: _____

14- Tipo de Tratamento neste momento:

Clínico () () Cirúrgico Qual _____

15- Uso de medicação (doença de Crohn e outros)

() Sim () Não

Quais: _____

Desde quando: _____

16- Internações: () Sim () Não Quantas: _____

17- Há quanto tempo está neste serviço e origem do encaminhamento:

ANEXO 8.1.2- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO- GRUPO NÃO CLÍNICO

Entrevista N°: _____

Data da Entrevista: ____/____/____

Horário: _____

Duração: _____ Minutos

1- Nome Completo: _____

2- Sexo: () Masculino () Feminino

3- Data de Nascimento: ____/____/____ Idade _____ anos

4- Profissão: _____

5- Naturalidade: _____

6- Estado Civil:

() Solteiro (a) () Casado () Viúvo (a)

() Divorciado (a) () União Estável

Há quanto tempo: _____

7- Atividade de lazer: _____

8- Religião (denominação) / Religiosidade (prática): _____

9- Grau de escolaridade:

() Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto

() Ensino Médio Completo

() Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior completo

() Outros: _____

10- Você possui alguma doença Crônica?

() Sim () Não

Qual: _____

11- Uso de medicação

() Sim () Não

Quais: _____

Desde quando: _____

12- Cirurgias: () Sim () Não Quantas: _____

13- Internações: () Sim () Não Quantas: _____

14- Você é o cuidador do paciente que está acompanhando no ambulatório geral para realização de exames?

() Sim () Não

15- Qual seu vínculo com o paciente?

() Pai ou mãe () Avó ou avô () Primo ou Prima

() Irmão ou irmã () Tio ou tia () Amigo (a)

() Vizinho (a) () Marido ou esposa () Outro: _____

16- Você realiza algum tratamento (médico, fisioterápico ou outros)

() Sim () Não Qual: _____

17- Você já foi atendido ou está tendo acompanhamento psicológico?

() Sim () Não

Por que motivo? _____

ANEXO 8.2-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA DE DEPRESSÃO (EDEP) EM UMA
AMOSTRA NO CONTEXTO HOSPITALAR****Responsáveis: Cristiana Corrêa Dias (Mestranda em Psicologia)****Prof. Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes (orientador)**

Eu.....
 idade.....,RG,.....,endereço.....

.....

 declaro meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado “Evidências de Validade da Escala de Depressão (EDEP) em uma amostra no contexto hospitalar”, sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) Cristiana Corrêa Dias, Mestranda do programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco e do orientador Prof Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes, professor do curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1- O objetivo da pesquisa é buscar evidências de validade baseada em outras variáveis do IPSF e IBDQ para a EDEP;
- 2- Durante o estudo, deverá responder a Escala de Depressão (EDEP), um questionário validado e traduzido para o português: *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ), um Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF), uma Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) e um Questionário Sociodemográfico (QSD);
- 3- A participação nesta pesquisa poderá lhe causar constrangimento;
- 4- A participação neste estudo não lhe acarretará nenhum prejuízo ou benefício terapêutico;
- 5- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação do referido estudo;
- 6- Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa;
- 7- A interrupção da minha participação não causará prejuízo nenhum ao meu cuidado e tratamento pela equipe responsável do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinal, UNICAMP;
- 8- Os dados pessoais serão mantidos em sigilo absoluto e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- 9- Poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa através do telefone: 11 - 4534-8023;
- 10- Poderá entrar em contato com o responsável pelo estudo, Prof. .Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes, sempre que julgar necessário pelo telefone 11- 4534-8040;

11- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável;

Campinas, de de 2008.

Assinatura do Voluntário

Cristiana Corrêa Dias
Mestranda do programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Psicologia da
Universidade São Francisco

Prof. Dr Carlos Henrique Sancineto da
Silva Nunes
Orientador / Professor do curso de Pós-
Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da
Universidade São Francisco