

Sandra Albuquerque



Adaptação à doença de Crohn: a influência do stresse e sentido de vida no bem-estar subjetivo

IPV - ESSV | 2018

**Instituto Politécnico de Viseu**  
Escola Superior de Saúde de Viseu

Sandra Cristina Almeida Albuquerque

**Adaptação à doença de Crohn: a influência do stresse e sentido de vida no bem-estar subjetivo**

viseu, março de 2018

Sandra Cristina Almeida Albuquerque

**Adaptação à doença de Crohn: a influência do stresse e sentido de vida no bem-estar subjetivo**

Relatório Final

5º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação do  
Professor Doutor Olivério Ribeiro e  
Coorientação do Professor Doutor João Duarte





“Escrever é um exercício de investigação e de lógica; um exercício que obriga a definir, ordenar e desenvolver o que se pensa. É também uma tentativa para comover, convencer, informar ou instruir o próximo.”

Vasco Pulido Valente



## **Agradecimentos**

Nestas páginas vivem a gratidão e a amizade por quantos me ajudaram a percorrer este caminho de realização pessoal e profissional. Sem as portas que se foram abrindo à minha passagem neste percurso que encetei, não teria conseguido chegar a porto seguro. Por isso, agora que vos tributo esta minha alegria, nada melhor que partilhar convosco esta aventura.

Ao Professor Doutor Olivério Ribeiro, pelas orientações, pelo apoio incondicional, confiança e disponibilidade concedida, pela sua partilha de saberes e pelo rigor com que pauta toda a sua atuação.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela prestimosa ajuda no tratamento estatístico e em questões metodológicas, sem as quais este trabalho não teria chegado a bom porto.

A todos os doentes participantes neste estudo, pela disponibilidade em preencherem os questionários.

Aos meus pais, por todo o apoio nos momentos de maior ansiedade e desânimo, pelos mimos e carinhos com que impregnam a minha vida, pelo apoio e presença constantes, estando sempre a meu lado nesta caminhada.

Por fim, a todos os que direta ou indiretamente tornaram possível este trabalho e que não mencionámos, aqui ficam os nossos sinceros agradecimentos.

Muito obrigada a todos.



## Resumo

**Enquadramento:** A Doença de Crohn acomete especialmente a faixa etária dos 15 a 35 anos e 60 a 80 anos, e assume-se como uma patologia que afeta psicologicamente os doentes, podendo gerar stresse, ansiedade e depressão, resultando num negativo bem-estar subjetivo, com repercussões no sentido de vida.

**Objetivos:** Identificar as variáveis sociodemográficas e clínicas que interferem no bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn; averiguar a relação entre o stresse e o sentido de vida com o bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn.

**Métodos:** Estudo quantitativo, com corte transversal, descritivo analítico-correlacional. Os dados foram colhidos junto de 99 doentes com Doença do Crohn do Hospital Dia de Gastroenterologia e das Consultas Externas dum Hospital Central. Para a recolha de dados usou-se o questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, a Escala *Positive And Negative Affect Shedule* (PANAS), (Pais-Ribeiro e Galinha, 2005), Escala de Ansiedade Depressão e Stress (Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004) e a Escala de Satisfação de Sentido de Vida (Lencastre, Silva e Teixeira, 2014).

**Resultados:** A amostra é maioritariamente de mulheres (54,5%), média de idades (40,10 anos  $\pm$ 13,19). O tempo médio de diagnóstico da Doença é de 9,52 anos ( $\pm$  8,402). Prevaecem os doentes que possuem a Doença há menos de 5 anos (35,4%) e há mais de 10 anos (35,4%). A maioria (74,7%), não possui doenças concomitantes (59,6% não fizeram cirurgias intestinais prévias, 75,8% teve necessidade de internamentos hospitalares, e 42,6% vão ao hospital entre 2-4 meses. As variáveis sociodemográficas sexo, habilitações literárias e situação profissional, e as variáveis clínicas tempo de diagnóstico da Doença, presença de doenças concomitantes e abstenção ao trabalho interferiram no bem-estar subjetivo dos doentes. As variáveis preditoras do bem-estar subjetivo foram o sexo, a idade, a ansiedade, o stresse, a depressão e o sentido de vida.

**Conclusões:** Os resultados obtidos no presente estudo revelam que é importante dar-se especial atenção a estes agentes moderadores e à própria comorbilidade psicológica inerente à Doença de Crohn

**Palavras-chave:** Doença de Crohn; Sentido de vida; Bem-estar subjetivo, Stresse.



## Abstract

**Background:** Crohn's disease affects especially the 15- to 35-year-old and 60-80-year-old age groups. It is a pathology that psychologically affects patients and can lead to stress, anxiety and depression, resulting in negative subjective well-being, with repercussions in the sense of life.

**Objectives:** To identify sociodemographic and clinical variables that interfere with the subjective well-being of the person with Crohn's Disease; To ascertain the relationship between stress and the meaning of life with the subjective well-being of the person with Crohn's Disease.

**Methods:** Quantitative study, cross-sectional, analytical-correlational descriptive. Data were collected from 99 patients with Crohn's disease at the Daytime Hospital of Gastroenterology and from the External Consultations of a Central Hospital. To collect data, the sociodemographic and clinical characterization questionnaire, the Positive and Negative Affect Schedule Scale (PANAS), (Pais-Ribeiro and Galinha, 2005), the Anxiety Depression and Stress Scale (Pais-Ribeiro, Honored and Leal, 2004) and the Sense of Life Satisfaction Scale (Lencastre, Silva and Teixeira, 2014).

**Results:** The sample is predominantly female (54.5%), mean age (40.10 years  $\pm$  13.19). The mean time to diagnosis of the disease is 9.52 years ( $\pm$  8.402). Prevalence of patients who have the disease for less than 5 years (35.4%) and for more than 10 years (35.4%). The majority (74.7%) did not have concomitant diseases (59.6% did not have previous intestinal surgeries, 75.8% had hospital admissions, and 42.6% went to the hospital for 2-4 months. sociodemographic sex, literacy and professional status, and the clinical variables time of diagnosis of the disease, presence of concomitant diseases and abstention to work interfered in the subjective well-being of the patients. The predictors of subjective well-being were gender, age, anxiety, stress, depression and the meaning of life.

**Conclusions:** The results obtained in the present study reveal that it is important to pay special attention to these moderating agents and to the psychological comorbidity inherent to Crohn's Disease

**Keywords:** Crohn's disease; Sense of life; Subjective well-being, Stress.



## **Lista de figuras**

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas.....39



## Lista de tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade .....	40
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica em função do sexo.....	41
Tabela 3 - Consistência Interna da escala do bem-estar subjetivo.....	44
Tabela 4 - Alfas de cronbach por subescala da escala do bem-estar subjetivo .....	45
Tabela 5 – Comparação dos alfas de Cronbach por fatores da escala do bem-estar subjetivo	45
Tabela 6 - Matriz de Correlação de Pearson entre as subescalas e escala do bem-estar subjetivo .....	46
Tabela 7 – Valores correlacionais e de alfa de cronbach para a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21).....	48
Tabela 8 – Consistência interna por subescalas da escala de ansiedade, depressão e stresse	49
Tabela 9 - Matriz de Correlação de Pearson entre as escalas de depressão, ansiedade e stresse .....	49
Tabela 10 – Estatísticas relativas ao tempo de diagnóstico Doença do Crohn segundo o sexo	53
Tabela 11 – Caracterização clínica dos doentes em função do sexo .....	55
Tabela 12 – Estatísticas relativas ao n.º de internamentos hospitalares devido à Doença do Crohn .....	56
Tabela 13 – Doenças concomitantes.....	56
Tabela 14 – Estatísticas relativas ao stresse, ansiedade e depressão.....	57
Tabela 15 – Teste T de Student entre o stresse, ansiedade, depressão e o sexo.....	58
Tabela 16 - Análise de variância entre o stresse, ansiedade, depressão e a idade .....	58
Tabela 17 – Teste T de Student entre o stresse, ansiedade, depressão e o estado civil.....	58
Tabela 18 – Teste T de Student entre o stresse, ansiedade, depressão e a situação profissional .....	59
Tabela 19 – Teste de Kruskal-Wallis entre o stresse, ansiedade, depressão e as habilitações literárias .....	59
Tabela 20 – Teste de Kruskal-Wallis entre o stresse, ansiedade, depressão e o tempo de diagnóstico da Doença de Crohn.....	59
Tabela 21 – Teste U de Mann-Whitney entre o stresse, ansiedade, depressão e internamentos hospitalares devido à Doença do Crohn .....	60
Tabela 22 – Estatísticas relativas ao bem-estar subjetivo.....	61
Tabela 23 – Teste T de Student entre o bem-estar subjetivo e o sexo.....	62
Tabela 24 - Análise de variância entre a idade e o bem-estar subjetivo.....	62
Tabela 25 – Teste T de Student entre o bem-estar subjetivo e o estado civil .....	62
Tabela 26 – Teste T de Student entre o bem-estar subjetivo e a zona de residência.....	63
Tabela 27 – Teste de Kruskal-Wallis entre o bem-estar subjetivo e as habilitações literárias .	63
Tabela 28 – Teste U de Mann-Whitney entre o bem-estar subjetivo e a situação profissional	64

Tabela 29 – Teste de Kruskal-Wallis entre o bem-estar subjetivo e o tempo de diagnóstico da Doença de Crohn .....	65
Tabela 30 – Teste U de Mann-Whitney entre o bem-estar subjetivo e a presença de doenças concomitantes .....	65
Tabela 31 – Teste T de Student entre o bem-estar subjetivo e a realização de cirurgias intestinais prévias .....	66
Tabela 32 – Teste U de Mann-Whitney entre o bem-estar subjetivo e a abstinência ao trabalho nos últimos 15 dias devido à Doença do Crohn .....	66
Tabela 33 – Teste U de Mann-Whitney entre o bem-estar subjetivo e internamentos hospitalares devido à Doença do Crohn.....	67
Tabela 34 – Teste de Kruskal-Wallis entre o bem-estar subjetivo e a frequência das idas ao hospital devido à Doença de Crohn .....	67
Tabela 35 - Correlações de Pearson entre os afetos positivos e as variáveis independentes.	68
Tabela 36 - Regressão múltipla entre os afetos positivos e as variáveis independentes.....	69
Tabela 37 - Correlações de Pearson entre os afetos negativos e as variáveis independentes	70
Tabela 38 - Regressão múltipla entre os afetos negativos e as variáveis independentes .....	70
Tabela 39 - Correlações de Pearson entre diferença de afetos e as variáveis independentes	71
Tabela 40 - Regressão múltipla entre os afetos negativos e as variáveis independentes .....	72

## Sumário

Introdução.....	19
Parte I – Fundamentação Teórica.....	21
1. Doença de Crohn.....	23
2. Implicações psicológicas da Doença de Crohn.....	27
2.1. Doença de Crohn como agente de stresse.....	31
2.2. Sentido de vida.....	33
II Parte - Estudo Empírico.....	35
1. Metodologia.....	37
1.1. Métodos.....	37
1.2. Participantes.....	39
1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	40
1.3. Instrumento de colheita de dados.....	41
1.4. Procedimentos.....	50
1.5. Análise dos dados.....	50
2. Resultados.....	53
2.1. Análise descritiva.....	53
2.1.1. Caracterização clínica dos doentes.....	53
2.1.2. Stresse, ansiedade e depressão.....	57
2.1.3. Bem-estar Subjetivo.....	60
2.2. Análise inferencial.....	61
3. Discussão dos resultados.....	73
3.1. Discussão metodológica.....	73
3.2. Discussão dos resultados.....	74
3.2.1. Bem-estar subjetivo e variáveis sociodemográficas.....	76
3.2.2. Bem-estar subjetivo e variáveis clínicas.....	77
3.2.3. Variáveis preditoras do bem-estar subjetivo.....	78
Conclusões.....	81
Referências bibliográficas.....	85
ANEXOS.....	91
Anexo I - Questionário	
Anexo II - Autorização para aplicação de escalas	
Anexo III - Autorização para a recolha de dados	



## Introdução

A Doença do Crohn caracteriza-se por uma inflamação em qualquer parte do trato gastrointestinal que pode ocorrer desde a boca até ao ânus com maior incidência no íleo terminal e na parte final do intestino delgado. Nesta doença, a inflamação surge segundo uma distribuição segmentar, ou seja, podem ocorrer intervalos sem inflamação entre zonas que estão inflamadas (Friedman & Blumberg, 2008). A terapêutica usada é efetuada através de esteroides, imunossuppressores, tratamento biológico, corticoides ou, em último recurso, a cirurgia (Magro, Portela, Lago et al., 2009).

A pertinência do estudo é justificada com o facto de a doença ser considerada uma alteração física e psíquica, com implicações psicológicas para a pessoa, introduzindo na sua vida mudanças profundas, quer de cariz biológico, quer psicológico, que irão ter um papel fundamental na forma como vê/reconstrói a realidade que a envolve, a sua identidade e a forma de encarar a vida (Lix, Graff, Walker et al., 2008). A Organização Mundial de Saúde (1997, p. 1) defende que, para a pessoa, o estado de saúde - o ser saudável/ ter saúde - se define como uma condição que vai para além da “ausência de doença, integrando um bem-estar físico, mental e social”. Deste modo, é contemplado, em conjunto com o impacto físico e sintomatológico da doença, o bem-estar físico e psicológico da pessoa.

Nesta linha de pensamento, torna-se pertinente falar do bem-estar psicológico da pessoa com Doença do Crohn, sendo uma área de estudo que tem vindo a ser explorada e suportada por dimensões teóricas e metodológicas. O bem-estar subjetivo é um conceito complexo que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva (Galinha, 2006). Incide sobre uma “entidade multidimensional” que abrange uma dimensão cognitiva do indivíduo, no que concerne aos juízos feitos sobre a satisfação com a vida. A segunda, a satisfação com a vida é uma compreensão da avaliação que os indivíduos fazem das suas vidas, indo ao encontro das diversas designações, nomeadamente: a felicidade, a satisfação, o estado de espírito, o afeto positivo e subjetivo. É influenciado pela cultura, no sentido de partilhar experiências dos indivíduos de forma a assimilar o mundo, pois são feitas através de constructos sociais, tais como as crenças, pressuposições e expectativas sobre este mundo (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Face ao exposto, quando nos debruçamos sobre a integração/adaptação à Doença do Crohn é fundamental ter em conta não só as consequências físicas da mesma, mas também a influência psicológica que esta acarreta para a pessoa. Deste modo, a presente investigação, com base nas premissas anteriormente descritas, procura dar resposta às

seguintes questões de investigação: i) Quais as variáveis sociodemográficas e clínicas que interferem no bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn; ii) Existe relação entre o stresse e o sentido de vida com o bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn?

Para dar resposta às questões formuladas foram delineados os seguintes objectivos: (i) identificar as variáveis sociodemográficas e clínicas que interferem no bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn; (ii) averiguar a relação entre o stresse e o sentido de vida com o bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn..

O presente trabalho foi organizado em duas partes: a revisão da literatura e a investigação empírica. A primeira é reservada à fundamentação teórica, iniciando com uma abordagem da Doença do Crohn, tendo em conta a sintomatologia, as fases, o diagnóstico e o tratamento, bem como as suas implicações psicológicas, enquanto agente de stresse. Alude-se ainda ao sentido de vida das pessoas acometidas por esta patologia. A segunda parte abarca o estudo empírico. Assim, na metodologia apresenta-se e descreve-se o tipo de investigação desenvolvida, nomeadamente, o tipo de estudo, o desenho da investigação, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos e a especificidade estatística utilizada. Segue-se a apresentação dos resultados e a sua análise estatística. Tem lugar ainda a discussão dos resultados. O estudo termina com as conclusões mais relevantes e que dão resposta às questões de partida e aos objetivos do estudo formulados.

**Parte I – Fundamentação Teórica**

---



## 1. Doença de Crohn

A Doença de Crohn consiste numa doença inflamatória crónica da mucosa que se estende por todas as camadas da parede intestinal, afetando-a de forma segmentar e assimétrica. Os sintomas mais descritos da doença são a cólica abdominal, a diarreia, os vómitos, a febre e a perda de peso. Entre a sintomatologia da Doença de Crohn, a diarreia é o sintoma mais comum. Contudo, são igualmente comuns as dores abdominais, o emagrecimento e os sinais de malnutrição, a astenia, a anorexia, as náuseas e os vómitos (Gomes, Santos & Ferreira, 2010). De acordo com as mesmas autoras, a febre está frequentemente associada à doença ativa, contudo, pode constituir, em alguns casos, o sintoma inicial de apresentação.

De igual modo, pode surgir o sangramento rectal, cujos sinais e sintomas associados à presença de anemia ocorrem em cerca de 1/3 dos doentes. As manifestações fistulizantes, frequentemente relacionadas com os abscessos, são frequentes e refletem a natureza penetrante da doença; as perianais podem ser iniciais ou predominantes, ocorrendo em 15 a 35% dos doentes (Magro, Correia, Lago, Macedo et al., 2009). Esta patologia compreende igualmente uma grande variedade de sintomas sistémicos e extraintestinais. Todas as camadas estão envolvidas e pode haver segmentos de intestino saudável entre os segmentos de intestino doente (Gomes, Santos & Ferreira, 2010).

Os sinais e os sintomas de oclusão intestinal são outra manifestação clínica frequente, podendo surgir no início da doença ou ao longo da sua evolução (Freire, Portela & Sofia, 2010; Friedman & Blumberg, 2008). A sintomatologia por si só não possibilita estabelecer um diagnóstico definitivo de Doença de Crohn. Todavia, existem outros meios complementares de diagnóstico para além da clínica, que ajudam a fazer o diagnóstico diferencial (Gomes, Santos & Ferreira, 2010).

A corroborar, Evertsz, Bockting, Stokkers, Hinnen, Sanderman e Sprangers (2012) referem que as complicações mais comuns que surgem como consequência desta doença são os abscessos e as fístulas perianais, que quando surgem têm um impacto negativo na qualidade de vida do doente, afetando o seu funcionamento a vários níveis, como, por exemplo, ao nível sexual, uma vez que os doentes sentem dor, durante o ato sexual, quando as fístulas se localizam entre o reto e a vagina, sendo esta mais acentuada no género feminino. No caso de alguns doentes também se verifica a inflamação das articulações, alterações ao nível da visão e úlceras na boca (Searle & Bennett, 2011). Todos estes sintomas e complicações refletem-se na pessoa com manifestações de fadiga, dor, vergonha e, consequentemente, isolamento. Estas consequências têm um impacto negativo

na vida e quotidiano do doente, interferindo a nível social, laboral e afetivo (Evertsz et al. 2012).

São duas as fases da doença: “a ativa e a silenciosa”(Sarlo, Barreto e Domingues 2008, p.630). Na fase ativa, os doentes propendem alimentar-se cada vez menos o que se deve às “náuseas, cólicas e distensão abdominal, podendo desenvolver anorexia”. A ocorrência de fístulas, diarreia e fadiga compromete a vida diária do doente. A fase silenciosa ocorre quando a doença está em fase de remissão ou controlada farmacologicamente, sendo importante minimizar a tensão emocional dos doentes, dado que a tensão pode desencadear a fase ativa da doença.

Relativamente ao diagnóstico da Doença de Crohn, investigações recentes têm comprovado uma grande associação entre os determinados anticorpos e a doença inflamatória intestinal (Guimarães e Yoshida, 2008). As mesmas autoras referem ainda que os métodos radiológicos de imagem também têm desempenhado um papel relevante, cuja utilização possibilita confirmar o diagnóstico e avaliar a extensão, a gravidade da doença e complicações. Deste modo, o diagnóstico é realizado numa primeira fase através da história clínica do doente, exame físico e testes laboratoriais, posteriormente confirmado e determinada a localização com recurso a exames radiológicos (como raio-x trânsito intestinal, tomografia, ressonância) e a exames endoscópicos (como colonoscopia, endoscopia alta, biópsia).

O tratamento da Doença de Crohn depende do grau de severidade e da atividade da doença. Sendo uma doença crónica, os medicamentos disponíveis reduzem a inflamação e, por norma, controlam os sintomas, porém não curam (Gomes, Santos & Ferreira, 2010).

Não existe uma classificação simples ou escala de severidade facilmente transponível para a prática clínica, conforme é apontado por Freire, Portela e Sofia (2010). São avaliados diversos parâmetros em relação a cada doente antes do início do tratamento, designadamente os segmentos intestinais envolvidos, complicações que tenham surgido (estenoses, fístulas, massas inflamatórias), sequelas metabólicas e eventuais manifestações extraintestinais. O mesmo autor realça a importância de se considerarem as respostas aos tratamentos anteriores e de discutir as decisões numa “perspetiva médico-cirúrgica e com o máximo envolvimento possível do paciente” (Portela, 2007, 84), objetivando não só controlar a crise, como também manter a doença em remissão a longo prazo.

A terapêutica mais referida na bibliografia abarca os seguintes grupos: salicilatos, corticosteróides e imunossupressores. Para Lanna, Ferrari, Carvalho e Sales da Cunha (2006) e para Portela (2007), a área terapêutica desta patologia tem sido fonte de grande investigação, com ensaio de diversas moléculas, algumas já muito próximas de obter a

aprovação pelas entidades reguladoras do medicamento. A terapêutica biológica, iniciada com o infliximab, está a ser enriquecida com novos fármacos anti-TNF, nomeadamente o certolizumab e o adalimumab.

Outra linha de investigação, centrada no uso de probióticos, particularmente no tratamento de manutenção, demonstra que existem ainda muitas dúvidas acerca da sua eficácia terapêutica (Portela, 2007). Uma alternativa válida para a resolução de complicações agudas ou o alívio dos sintomas da Doença de Crohn é o tratamento cirúrgico. O tratamento cirúrgico ocorre em 70 a 80% dos doentes, pelo menos uma vez ao longo da vida. A indicação para cirurgia, na maioria dos casos, são os sintomas obstrutivos, sendo a dor refratária, a hemorragia e a perfuração menos frequentes (Hancock, Windsor & Mortensen, 2006).

O tipo de tratamento vai depender do local afetado pela doença e das patologias/complicações associadas, nomeadamente mariscas, fissuras, abcesso, fístula, estenose anal, incontinência fecal (Lanna et al., 2006). Duarte (2007) acentua que todas estas situações devem ser alvo de terapêutica combinada cirúrgica e médica, sendo esta última necessariamente agressiva, com abordagem “top-down”, não só para obter a cicatrização, como para a manter a longo prazo. Considera ainda Duarte (2007, p. 14) que “para obter bons e duradouros resultados no tratamento” da Doença de Crohn é imprescindível uma “estreita colaboração entre gastroenterologista e cirurgião colorectal”. Apesar de o tratamento cirúrgico ser indicado na correção de complicações agudas ou crónicas e alívio de sintomas não controlados pelos diferentes esquemas de tratamento clínico a seguir, a sua decisão não é fácil de ser tomada. Segundo Silva e Filho (2017), a ressecção do segmento comprometido não garante ao doente a cura do processo patológico, pelo contrário, as recidivas são frequentes no intestino remanescente em áreas consideradas previamente saudáveis. O tratamento cirúrgico deve ser objectivo e com a menor ressecção possível. A ressecção ainda é uma das intervenções cirúrgicas mais utilizadas, acompanhadas de anastomoses primárias ou ostomias. O seu tratamento objetiva a redução da inflamação, controlar as crises e prolongar os períodos de remissão. De acordo com o modelo biopsicossocial, a exacerbação da sintomatologia e a evolução do desenvolvimento da doença são influenciados por fatores biológicos e psicológicos (Sajadinejad, Asgari, Molavi, Kalantari & Adibi, 2012).



## 2. Implicações psicológicas da Doença de Crohn

A notícia de que uma pessoa tem uma doença crónica é devastadora e, muitas vezes, durante a comunicação do seu diagnóstico é proposto simultaneamente ao doente a realização de tratamentos e/ou cirurgia, o que muitas vezes se torna complicado uma vez que este ainda não conseguiu assimilar o que lhe foi comunicado e possa expressar os seus medos, dúvidas e angústias (Caramelo, 2014). Na perspetiva da mesma autora, os doentes quando recebem uma má notícia, por norma, passam por vários estádios: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação, cabendo, assim, aos profissionais de saúde, mais concretamente ao enfermeiro, ajudar o doente a ultrapassar cada uma dessas etapas.

Neste âmbito, surge a História Natural das Doenças que define, assim, duas dimensões da causalidade, a primeira, epidemiológica, que é a da determinação do aparecimento das doenças, e a segunda, fisiopatológica, que trata da evolução das mesmas. Os fatores associados são organizados em redes de causalidade, constituindo-se em modelos ecológicos, onde interferem diferentes variáveis, estruturas familiares, género, raça, fatores ambientais, entre outros. Ocorre uma redução das condições sociais em atributos naturais dos indivíduos e/ou do ambiente, ou seja, uma naturalização do social. É a partir do estabelecimento de condutas, em geral, que se estabelece a neutralidade técnica da medicina e da prática médica nas suas intervenções sobre o processo saúde e doença nos indivíduos e nas populações (Ogden, 2004).

Não só os fatores psicológicos deverão ser tidos em conta, mas também os fatores sociais e culturais, pois estes influenciam os processos de avaliação ou apreciação, assim como os comportamentos escolhidos para lidar ou controlar a situação. Deste modo, as representações das ameaças de saúde são uma função do conhecimento semântico do indivíduo, por exemplo, a relação dos sintomas com a doença, compreensão da doença e as opções de tratamento, bem como os fatores específicos contextuais, tal como a natureza das mudanças somáticas e as situações nas quais elas ocorrem. Este conhecimento semântico acumula-se ao longo da vida e os sintomas e contextos variam em função da idade e das circunstâncias sociais do doente (Leventhal & Nerenz, 1980, 1997, cit. por Ogden, 2004).

“Nenhum outro conjunto de dados poderá ilustrar melhor o facto de que a nossa saúde é influenciada pela forma como vivemos do que os resultados de um estudo prospetivo sobre o impacte da saúde nalguns relativamente inócuos comportamentos de saúde” (Stroebe & Stroebe, 1999, p. 20). Esta associação era independente da idade, género, sexo ou estatuto social e económico.

Recentemente tem-se assistido a mudanças na conceptualização de saúde e da doença. O estar doente deixa de ser exclusivamente um conjunto de sinais ou sintomas clinicamente identificáveis e diagnosticáveis, mas uma experiência pessoal, idiossincrática e abrangente (Santos, 2015).

Alguns termos usados na língua inglesa evidenciam as diferentes dimensões da experiência da doença. O termo *disease* ou “estar-se doente” refere-se a entidades nosológicas que se traduzem objetivamente por um conjunto de sintomas físicos ou condições orgânicas, suscetíveis de serem diagnosticadas. O termo *illness* está associado a “sentir-se doente” e tem a ver com a experiência subjetiva da pessoa e com os sentimentos associados a alterações na saúde. Por sua vez, *sickness* ou “comportar-se como doente” reporta-se a um conjunto de comportamentos relacionados com pessoas rotuladas como não saudáveis. Estas distinções não são lineares, pois é possível a existência de uma doença sem que o indivíduo experiencie sinais ou sintomas ou o indivíduo sentir-se doente sem que qualquer doença seja diagnosticada (Ribeiro, 2007).

Simultaneamente assiste-se a uma mudança na filosofia dos cuidados em que, sem descuidar o tratamento, se aposta mais no sentido da prevenção e compreensão da doença. Estas mudanças têm posto em causa a visão do doente como agente passivo dos seus cuidados de saúde. O indivíduo passa a ser encarado como um todo, sendo o principal agente ativo, responsável pela sua saúde e doença, influenciado pelas suas cognições e emoções associadas à saúde, e que influenciam no processo de decisão que irá determinar o seu estado emocional (Ribeiro, 2007). Este papel ativo e atual da pessoa na manutenção da sua saúde torna pertinente a realização de estudos que permitam compreender de que forma as crenças individuais influenciam a perceção sobre a sua saúde e doença (Ribeiro, 2007).

Neste âmbito, Schoeber e Lacroix (1991, cit. por Ribeiro, 2007) referem que toda a informação vinda do exterior é interpretada de acordo com o sistema de crenças individuais, conferindo um cunho pessoal ao modo como a pessoa vê o seu estado de saúde ou doença.

As crenças ou representações de doença são vulgarmente designadas na literatura como “cognições de doença”. As cognições de doença são de acordo com Leventhal e Nerenz (1997, cit. por Ogden, 2004), as crenças implícitas de senso comum que o indivíduo tem sobre a sua doença. Trabalhos recentes demonstram que os doentes criam os seus próprios modelos ou representações da sua doença, de modo a que esta faça sentido ou que responda aos seus problemas.

Um dos modelos que surge com uma visão dinâmica, centrado nas crenças individuais sobre a saúde/doença e nas respostas às ameaças de doença, é o modelo de autorregulação do comportamento, desenvolvido por Leventhal e Nerenz (1980, 1980, 1997, cit. por Ogden, 2004). Neste estudo, os autores incorporam o seu modelo de cognições de doença no modelo de autorregulação de comportamento em saúde, em que as crenças que o doente tem acerca dos sinais e sintomas, bem como a sua interpretação, medeiam as respostas comportamentais perante a ameaça à sua saúde. Este modelo associa os conceitos teóricos de cognição de doença com as técnicas de resolução de problemas, de modo a explicar o comportamento de *coping* perante uma doença.

As respostas à doença seguem normalmente três etapas (Ogden, 2004, p. 61):

- “Representação cognitiva e emocional da ameaça à saúde ou Interpretação. O doente ao ser confrontado através de pistas internas (sintomas) ou externas (informação) com uma potencial doença, tenta atribuir um significado ao problema, de acordo com as cognições que o indivíduo possui sobre essa patologia. Estas cognições organizam-se em várias dimensões: identidade, causa, duração, consequências e cura/controlo. É através desta representação cognitiva do problema que o indivíduo lhe atribui determinado sentido, influenciando as estratégias por ele adotadas para lidar com a doença. Simultaneamente, a esta representação, ocorrem também alterações no estado emocional que, conjuntamente, serão determinantes na adoção de estratégias para enfrentar a situação.

- Desenvolvimento e implementação do plano de ação ou *coping*. Nesta fase, o indivíduo identifica e seleciona estratégias que lhe permitam adquirir a homeostasia física e emocional ameaçada ou perdida. Para tal, ele pode desenvolver um conjunto de estratégias de *coping* que habitualmente se reúnem em dois grupos: *coping* de aproximação (resolução de problemas, procura de apoio social) ou um *coping* de evitamento (negação).

- Ponderação ou avaliação do resultado do plano de ação. Envolve uma ponderação/avaliação sobre as estratégias de *coping* utilizadas, de modo a adaptar-se à sua doença (ou consequências) mantendo, dentro do possível, a sua qualidade de vida”.

As implicações psicossociais da Doença de Crohn são tão graves como as de âmbito físico. É inquestionável o efeito do diagnóstico de doença sobre o bem-estar emocional (Keitel & Kopala, 2011; Sarafino, 2012).

Estudos nesta área, descritos Santos (2015), descrevem sentimentos de ansiedade, depressão, cólera, vergonha e baixa de autoestima, associados ao desenvolvimento da doença, com manifestações de insónia e falta de concentração. Estas respostas não se apresentam, no entanto, tão pessimistas em todos os trabalhos, pois Massey e Holland

(1990), citados pelo mesmo autor, consideram que apenas cerca de 25% em média dos doentes com Doença de Crohn desenvolvem depressão.

A Doença de Crohn tem ainda implicações graves nas relações interpessoais, em especial entre o doente e os restantes membros da sua família. Os sentimentos despertados pelas características da doença nos seus familiares, os conflitos entre os sentimentos positivos para com o doente e negativos para com a doença a incerteza na capacidade de ajuda, podem resultar em comportamentos contraditórios para com o doente ou mesmo evitamento físico, aumentando o *distress* emocional conjunto (Ogden, 2004; Sarafino, 2012), mas, os diferentes trabalhos realizados nesta temática, e descritos por Bishop (1994), indicam que os doentes em geral se sentem satisfeitos com o suporte emocional, sendo as ações menos úteis compensadas com as positivas. Por outro lado, esses estudos referem ainda a importância de outro tipo de suporte social, o suporte dos profissionais de saúde. O suporte emocional familiar é insubstituível, mas os doentes contam com os profissionais, para um suporte mais de tipo informativo.

São variadas as implicações que, desde o primeiro momento, invadem a pessoa e exigem que esta se ajuste à nova realidade. Quando esta adaptação à doença é devidamente trabalhada e bem-sucedida, permite que a pessoa tenha possibilidade de viver a sua vida em plenitude, significando que está devidamente adaptada às limitações que a doença acarreta, conseqüentemente, elas deixam de ter um peso tão negativo como se poderia esperar. Por conseguinte, grande parte dos doentes crónicos consegue ter um percurso de vida ativo tal como uma pessoa saudável (Pais-Ribeiro, 2009).

Como já referenciado anteriormente, o diagnóstico de uma doença crónica desencadeia implicações negativas para a pessoa. Segundo Ribeiro (2014, p. 4), a situação de doença surge como “uma experiência de privação do seu estado natural e normativo de ‘saúde’; uma experiência de frustração, em que o indivíduo se vê impedido de continuar o seu projeto de vida, tendo assim um obstáculo à sua realização pessoal; e uma experiência de dor – tanto no sentido físico como psicológico – desencadeando sentimentos como tristeza, ansiedade, solidão, isolamento, e incerteza”. Por conseguinte, observa-se uma redução da autoestima, perda de funcionalidade e, ao nível da relação com a família e com o grupo de amigos, podem emergir problemas de comunicação (Büssing & Koenig, 2010).

As respostas físicas e emocionais das pessoas com Doença de Crohn são muito variáveis, uma vez que se trata de uma patologia crónica que pode despoletar inúmeras perturbações para os doentes, quer por causa do tratamento, que nem sempre é efetivo, quer devido às alterações psicológicas, porquanto se trata de uma doença com muitas repercussões na vida social do doente (Sarlo, Barreto & Domingues, 2008).

## 2.1. Doença de Crohn como agente de stresse

Dado o carácter iminente pessoal do mecanismo de stresse, qualquer situação pode ser individualmente percebida como agressora e, como tal, geradora de stresse (Santos & Teixeira, 2009). Os mesmos autores referem que as situações stressantes advêm de estímulos internos e externos e pode ser de carácter: psicossocial, ou seja, situações que se convertem em stressantes devido à interpretação cognitiva ou significância atribuída; biogénico, referente a situações capazes de produzir alterações bioquímicas que desencadeiam automaticamente respostas de stresse.

Os fatores que determinam a predisposição dos diversos indivíduos para o stresse são vários e segundo Ramos e Carvalho (2008, p. 4), “a personalidade, a autoestima, a autoconfiança, o apoio social, a resistência física, a saúde e as capacidades de lidar com ele, são alguns de entre muitos outros fatores”. Conforme Ramos (2001), o agente stressor pode ser definido como todo o acontecimento que é marcadamente desgastante para a pessoa, causador de enorme receio ou terror no momento.

A doença de Doença de Crohn é tida como um agente de stresse, o que envolve a adoção de determinadas estratégias, objetivando uma melhor qualidade vida do doente, o qual se apresenta como um agente ativo na avaliação cognitivo/emocional individual da situação de stresse e dos seus recursos pessoais para gerir a situação ameaçadora (avaliação primária, secundária e reavaliação) e adota estratégias específicas, mutáveis, dinâmicas e com funções determinadas ( *coping*) (Ribeiro, 2014).

O stresse desencadeia uma tripla resposta: de natureza biológica, cognitiva e comportamental (Serra, 2007), cujas manifestações são únicas para cada indivíduo, uma vez que dependem de diversos fatores, nomeadamente aspetos culturais, de personalidade, o tipo de circunstância que desencadeia o stresse e a capacidade ou não de controlo sobre o que está a acontecer, isto é, cada indivíduo usa os seus processos psicológicos e a sua capacidade de compreensão para interpretar os factos (Inoue, Versa & Matsuda, 2013). Ogden (2014) afirma que o stresse envolve mudanças bioquímicas, fisiológicas e psicológicas. A corroborar, Silva, Kessler, Silva, Souza, Bittencourt e Celich, (2016) mencionam como sintomas: a irritabilidade, a hiperexcitação ou a depressão, o choro fácil, a fadiga, perda ou o excesso de apetite, entre outros.

O stresse estimula igualmente a secreção da corticotropina, quer a partir de regiões do sistema nervoso central, quer do periférico (hipotálamo). No sistema nervoso central, esta substância desempenha um papel regulador do cortisol e ao nível periférico, estando o seu papel intrinsecamente associado ao sistema gastrointestinal, bem como a corticotropina

que medeia a mobilidade (inibida pelo stresse) do trato gastrointestinal superior e do cólon (Ribeiro, 2014,p. 8). A mesma autora, partindo deste mecanismo, refere que o stresse exerce influência no agravamento de certos sintomas relacionados com a Doença de Crohn. Deste modo, Ribeiro (2014, p.8) menciona ainda que “quando não se está perante um momento de crise da doença, mas a pessoa tem sintomatologia, designadamente dor abdominal ou alterações no trânsito intestinal, estes sintomas poderão ter como causa o stresse. Este também poderá ter influência na Doença de Crohn através do sistema imunológico”.

Tendo em conta estas premissas, Ribeiro (2014) realizou um estudo com o objetivo de estudar a influência do stresse, do sentido de vida e das estratégias de *coping* na qualidade de vida de pessoas com doença inflamatória intestinal. A sua amostra (n=40) foi obtida através da Associação Portuguesa de Doença Inflamatória Intestinal, correspondendo 70% a pessoas com Doença de Crohn e 30% com Colite Ulcerosa, com uma média de idades de 25,75 anos, dos quais 60% eram do género feminino e 40% do masculino. O estudo revelou existirem relações entre as várias variáveis analisadas e um modelo preditor, estatisticamente significativo para cada uma das componentes da escala de qualidade de vida, sendo que a variável que teve maior peso nas várias dimensões (física, psicológica e ambiental) foi o stresse, seguido do sentido de vida. A autora não registou diferenças estatisticamente significativas entre os doentes com Doença de Crohn e com Colite Ulcerosa, nem entre homens e mulheres nas variáveis stresse, sentido de vida e qualidade de vida. Verificou que o stresse, o sentido de vida e as estratégias de *coping* desempenham papel de grande relevância na qualidade de vida do doente com doença inflamatória intestinal, devendo ser tidas em consideração na adaptação à doença, designadamente ao nível da intervenção psicológica com esses doentes.

Numa investigação com pessoas com doenças inflamatórias intestinais, onde se incluíram pessoas com Doença de Crohn e retocolite ulcerativa idiopática, Pelá (2007) estudou o stresse e as formas desses doentes enfrentarem a situação de doença. Ficou documentado que os doentes tinham elevados níveis de stresse, estando associado significativamente à idade mais avançada na Doença de Crohn e à própria doença em atividade. Os doentes utilizavam a estratégia de “confronto” e a “resolução de problemas” para poderem enfrentar a situação. Face a estes resultados, a autora sugere a promoção de medidas de intervenção psicológica no cuidado integral ao doente, uma vez que o seu sofrimento não se restringe unicamente aos aspetos orgânicos.

## 2.2. Sentido de vida

No que se refere ao sentido de vida, Victor Frankl foi um dos investigadores precursores no desenvolvimento de estudos desta variável psicológica (Ribeiro, 2014, p. 9), segundo o qual, o sentido de vida está profundamente ligado à “missão de entender o destino humano, o que engloba sofrimento e morte e, tem como valores essenciais o amor pelos outros e a criatividade” (Ribeiro, 2014, p. 9). Guerra (1992, cit. por Ribeiro, 2014, p. 8) redefiniu o conceito de sentido de vida como a “existência consciente de uma missão na vida do indivíduo, que o faz orientar-se com vista à concretização desse mesmo propósito”.

Existem quatro fatores que predizem o resultado dessa procura (Ribeiro, 2014, p. 9): “1) A valorização do que é importante para a pessoa, ou seja, aquilo que teve significado durante a vida, desde os pequenos até os grandes eventos; 2) As escolhas do indivíduo, sendo este responsável por cada escolha que faz ao longo da vida, inclusive, diante de situações adversas; 3) a responsabilidade por tudo o que a pessoa faz, pelas escolhas e decisões; 4) o significado imediato, ou seja, o sentido que dá às coisas que acontecem na vida diária, tanto as experiências positivas, quanto as negativas”.

Deste modo, o sentido de vida sofre influência de variáveis como “género, idade, nível educacional, papel social, profissão, crenças religiosas e espiritualidade, história de vida, fatores de personalidade e o apoio/suporte social” (Ribeiro, 2014, p. 10).

A busca e o desenvolvimento do sentido de vida levam a pessoa ao desenvolvimento de determinadas características pessoais, designadamente: “o autoconhecimento, a compreensão dos outros, a procura de soluções otimistas, o autocontrolo e autoeficácia, o planeamento de situações e a busca dos alvos/metast a atingir e o uso de estratégias de *coping* para fazer face a situações mais difíceis/dramáticas da vida” (Ribeiro, 2014, p. 10).

Face ao exposto, refere-se que essa procura é indispensável para o bem-estar psicológico das pessoas com doença crónica, como é o caso da Doença de Crohn, sendo preditora de resultados positivos no que diz respeito à sua avaliação (Dezutter, Casalin, Wachholtz, Luyckx, Hekking & Vandewiele, 2013). Neste sentido, Ribeiro (2014, p. 10), refere que, quando, “ao longo do seu percurso de vida, a pessoa se depara com o aparecimento de uma doença crónica, vê-se confrontada com a necessidade de redefinir objetivos e expectativas, que se refletem posteriormente na procura constante do sentido de vida”.

O ser humano revela-se, mediante a dor, a ansiedade, o medo, a tristeza e a doença, podendo determinar a sua realidade, o seu *modus vivendi* e construir um sentido de vida (Ribeiro, 2005). Todavia, segundo Péla (2007), as respostas físicas e emocionais da pessoa

com Doença de Crohn, por serem tão variáveis, uma vez que se trata de uma doença crónica, pode acarretar muitas perturbações, quer pelo tratamento, que nem sempre é efetivo, quer pelas alterações psicológicas, podem ter repercussões no sentido de vida dos doentes.

A revisão da literatura possibilita clarificar a importância e o valor da qualidade de vida na Doença de Crohn, existindo a perceção de uma redução do bem-estar geral, o que dificulta o sentido de vida, que pode estar comprometido (Guyatt, Ferrans et al., 2007; Veríssimo, 2008).

Por tudo isto, e como sugere a literatura, o impacte psicossocial da doença crónica, como a Doença de Crohn, não deve ser sobrestimado na medida em que a maioria dos doentes manifesta reações emocionais que, embora negativas e adversas, são esperadas, transitórias e não clinicamente significativas, pelo que acabam por se adaptar relativamente bem à sua doença em termos psicossociais.

**II Parte - Estudio Empírico**

---



## 1. Metodologia

A segunda parte deste estudo descreve os procedimentos metodológicos adotados, que compreendem os métodos no qual se incluem as questões, os objetivos e o tipo de estudo da pesquisa efetuada, os participantes, os instrumentos, os procedimentos formais e éticos e os procedimentos estatísticos adotados.

### 1.1. Métodos

Estudar a adaptação à Doença de Crohn e a influência do stresse e sentido de vida no bem-estar subjetivo avoca-se de relevada importância, pois parte-se do princípio que o diagnóstico desta doença crónica se assume como um acontecimento na vida com algumas mudanças, na medida em que, como refere Ribeiro (2014), uma doença crónica é temporalmente de duração longa, não tem cura, ou seja, acompanha o doente para o resto da sua vida, causa múltiplas incapacidades com diferentes graus de intensidade, a sua causa não é reversível, requer formas específicas de reeducação, leva o doente a seguir determinada terapêutica farmacológica que, muitas vezes, o acompanha para o resto da vida e exige um acompanhamento médico regular. Por conseguinte, a avaliação que a pessoa faz desses acontecimentos exerce “influência na sua adaptação à situação em si” (Ribeiro, 2014, p. 3).

Decorrente do exposto, pode afirmar-se que muitas são as repercussões que, desde o diagnóstico, acometem a pessoa, o que lhe exige uma adaptação à sua nova condição de saúde. Deste modo, se a pessoa com Doença de Crohn se adaptar à doença de forma bem trabalhada e bem-sucedida, esta terá a possibilidade de viver a sua vida de forma positiva, uma vez que a adaptação às consequentes limitações da doença não permite que a pessoa a vivencie de forma tão negativa (Pais-Ribeiro, Silva, Pedro, Meneses, Cardoso, Mendonça, Vilhena, Martins & Martins-da-Silva, 2010). Ainda na perspectiva dos mesmos autores, um número significativo de doentes crónicos vive de forma ativa em analogia com uma pessoa sem doença.

É no contexto acima descrito que surge naturalmente este estudo que se orientará no sentido de responder às seguintes questões i) Quais as variáveis sociodemográficas e clínicas que interferem no bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn; ii) Existe relação entre o stresse e o sentido de vida com o bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn?

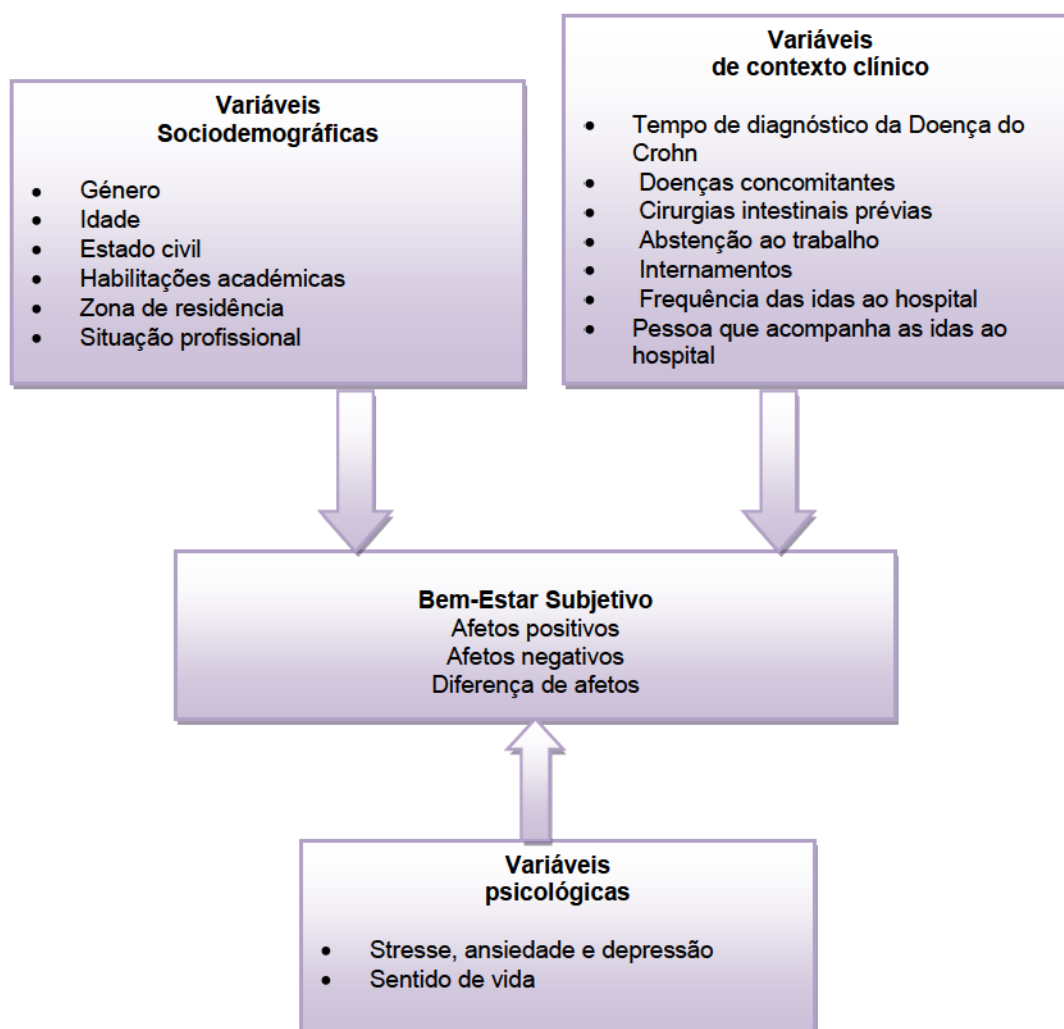
Os objetivos do estudo são: i) Identificar as variáveis sociodemográficas e clínicas que interferem no bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn; ii) Averiguar a relação entre o stresse e o sentido de vida com o bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn.

Para a consecução das questões e objetivos de investigação formulados, optou-se por um tipo de investigação que tem as características de um estudo quantitativo, pois é baseado em resultados numéricos, suscetíveis de serem generalizados a outras populações (Coutinho, 2014), não experimental, na medida em que as variáveis de interesse do estudo são observadas ou mensuradas como ocorrem naturalmente. Dá-se como exemplo as pesquisas em que os próprios participantes respondem a questionários ou escalas sobre os seus comportamentos (Fortin, 2009). É um estudo transversal, em que a exposição ao fator ou causa está presente no efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Os estudos transversais descrevem uma situação ou fenómeno num momento não definido (Coutinho, 2014). É também descritivo e correlacional uma vez que procura estudar o modo como as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, clínicas, stresse e sentido de vida) influenciam o bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn.

Num trabalho científico é essencial identificar e operacionalizar as variáveis e prever o estabelecimento de relações que podem existir entre elas. A variável dependente no presente estudo é o bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn. As variáveis independentes são aglomeradas em três grupos: as sociodemográficas (género, idade, estado civil, habilitações académicas, local de residência, situação profissional) as de contexto clínico (tempo de diagnóstico da Doença do Crohn, doenças concomitantes, cirurgias intestinais prévias, abstenção ao trabalho, internamentos, frequência das idas ao hospital, pessoa que acompanha as idas ao hospital) e as variáveis psicológicas: stresse e sentido de vida.

Nesta perspetiva e tendo em conta as considerações metodológicas adotadas para este estudo, elaborou-se uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis (cf. Figura 1).

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas



## 1.2. Participantes

A população alvo é constituída por doentes com Doença do Crohn do Hospital Dia de Gastroenterologia e das Consultas Externas dum Hospital Central. A amostra do estudo é do tipo não probabilístico por conveniência ou acidental, uma vez que os elementos representativos da população e que colaboraram na investigação foram os que se mostraram acessíveis e disponíveis no local e no momento da colheita de dados. como critérios de inclusão adotados, consideramos os doentes com idade superior aos 18 anos, utentes do Hospital Dia Gastroenterologia e das Consultas Externas de um Centro Hospitalar e que demonstrassem vontade em participar no estudo.

### 1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

O perfil sociodemográfico dos doentes com Doença do Crohn (N=99) revela ser, na maioria, mulheres (54,5%).

Os resultados obtidos em relação à **idade** revelam, para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 18 anos e uma máxima de 90 anos, ao que corresponde a uma média de idades de 40,10 anos ( $\pm 13,19$  anos). Para o sexo masculino, que representa 45,5% da totalidade da amostra, a idade mínima é 19 anos e a máxima de 67 anos, e para o feminino, com uma representatividade de 54,5%, a mesma oscila entre 18 e os 90 anos. Os homens, em média (M=37,38 anos  $\pm 11,99$  anos), são mais novos do que as mulheres (M=42,37 anos  $\pm 13,82$  anos). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão elevada face às idades médias encontradas e os valores de assimetria e curtose curvas leptocurticas e enviesadas à esquerda para ambos os sexos e globalidade da amostra (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade

Idade	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	45	19	67	37,38	11,99	32,07	1,50	-0,33
Feminino	54	18	90	42,37	13,82	32,61	2,10	2,75
<b>Total</b>	<b>99</b>	18	90	40,10	13,19	32,89	2,75	2,43

Ainda em relação à **idade**, como exposto na Tabela 2, verifica-se que, para a totalidade da amostra, sobressaem os participantes com idade igual ou inferior aos 35 anos (37,4%), no sexo masculino, este grupo representa 51,1% e no feminino 25,9%. Seguem-se os participantes mais velhos (32,3%), fazendo parte deste grupo 26,7% do sexo masculino e 37,0% do sexo feminino. Os participantes com idade compreendida entre os 36-44 anos representam 30,3% do total da amostra, com 22,2% do sexo masculino e 37,0% do sexo feminino. Registam-se diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=6,760$ ;  $p=0,034$ ), cujos residuais indicam que essas diferenças se situam entre os homens com idade igual ou inferior aos 35 anos e nas mulheres na faixa etária dos 36-44 anos.

Em relação à **zona de residência**, a maioria da amostra (59,6%) reside em meio urbano, fazendo parte deste grupo 60,0% dos participantes do sexo masculino e 59,3% do sexo feminino. Quanto aos residentes em meio rural, os mesmos têm uma representatividade de 40,4% da amostra total, sendo 40,0% do sexo masculino e 40,7% do sexo feminino (cf. Tabela 2).

Da análise dos resultados relativos ao **estado civil**, pode afirmar-se que há um claro predomínio de participantes com companheiro(a) (64,6 %), com 57,8% de participantes do

sexo masculino e 70,4% do sexo feminino. Dos 35,4% de participantes que não têm companheiro(a), 42,2% são do sexo masculino e 29,6% do sexo feminino (cf. Tabela 2).

Quanto à **situação profissional**, constata-se que, no total da amostra, a maioria dos participantes está no ativo (66,7%), fazendo parte deste grupo 71,1% dos participantes do sexo masculino e 63,0% do sexo feminino. Verifica-se que 33,3% do total da amostra não estão ativos profissionalmente, sendo 28,9% homens e 37,0% mulheres (cf. Tabela 2).

Em relação às **habilidades literárias**, afere-se um predomínio de participantes com o ensino secundário (44,4%). Quando analisamos os resultados por sexo, o maior destaque recai nos homens (46,7%), apesar de se registrar 42,6% de mulheres também com o ensino secundário. Verifica-se que 29,3% da amostra possui até ao 9.º ano de escolaridade, com 26,7% de homens e 31,5% de mulheres, estando em menor representatividade os participantes com o ensino superior (26,3%), representando 26,7% dos homens e 25,9% das mulheres (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica em função do sexo

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Masculino		nº	%	nº	%	1	2		
	nº	%	nº	%	nº	%				
	(45)	(45,5)	(54)	(54,5)	(99)	(100.0)				
<b>Idade</b>										
≤35 anos	23	51,1	14	25,9	37	37,4	2,6	-2,6	6,760	0,034
36-44 anos	10	22,2	20	37,0	30	30,3	-1,6	1,6		
≥ 45 anos	12	26,7	20	37,0	32	32,3	-1,1	1,1		
<b>Zona de residência</b>										
Urbana	27	60,0	32	59,3	59	59,6	,1	-,1	0,006	0,940
Rural	18	40,0	22	40,7	40	40,4	-,1	,1		
<b>Estado civil</b>										
Sem companheiro(a)	19	42,2	16	29,6	35	35,4	1,3	-1,3	1,703	0,192
Com companheiro(a)	26	57,8	38	70,4	64	64,6	-1,3	1,3		
<b>Situação profissional</b>										
Ativa	32	71,1	34	63,0	66	66,7	,9	-,9	0,733	0,392
Não ativa	13	28,9	20	37,0	33	33,3	-,9	,9		
<b>Habilidades literárias</b>										
Até ao 9.º ano	12	26,7	17	31,5	29	29,3	-,5	,5	0,291	0,865
Ensino secundário	21	46,7	23	42,6	44	44,4	,4	-,4		
Ensino superior	12	26,7	14	25,9	26	26,3	,1	-,1		
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>	<b>99</b>	<b>100.0</b>				

### 1.3. Instrumento de colheita de dados

Como método de colheita de dados optou-se por um protocolo constituído por um questionário (cf. Anexo I) e escalas, por ser o método que permite a recolha de informação, junto dos cuidadores informais com a maior celeridade com o mínimo de interferência e influência externa. Assim, o mesmo contém, na primeira parte, um questionário de caracterização sociodemográfica de caracterização clínica dos participantes (add hoc).. A

segunda parte possui a Escala *Positive And Negative Affect Shedule* (PANAS), adaptada por Pais-Ribeiro e Galinha (2005), a Escala de Ansiedade Depressão e Stress de 21 itens de Lovibond e Lovibond, versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004) e a Escala de Satisfação de Sentido de Vida de Guerra (1992), estudada psicometricamente por Guerra, Lencastre, Silva e Teixeira (2014).

### **I Parte – Caracterização sociodemográfica e académica**

Esta secção é composta por 6 questões que permitem colher informação acerca da idade, sexo, zona de residência, estado civil, situação profissional e habilitações literárias.

### **II Parte – Caracterização clínica**

Esta parte contém 7 questões, a partir das quais se pode traçar um perfil clínico dos participantes, tendo em conta: tempo de diagnóstico da Doença do Crohn; existência de doenças concomitantes; intervenções cirurgias intestinais prévias; abstenção ao trabalho/escola nos últimos 15 dias devido à Doença do Crohn; necessidade de internamentos hospitalares devido à Doença do Crohn; frequência com que vai ao hospital devido à Doença do Crohn; quem o(a) acompanha nas idas ao hospital.

### **III Parte – Escalas**

#### **Escala de Bem-estar Subjetivo de nome original “Positive and Negative Affect Schedule” (PANAS)**

O estudo do bem-estar subjetivo efetuou-se com o recurso à escala de afetos positivos e negativos originalmente denominada de “Positive and Negative Affect Schedule” (PANAS) (Watson, Clarck & Tellegen, 1988), adaptada para a população portuguesa por Galinha e Ribeiro (2005). O instrumento constitui-se como uma medida específica da dimensão afetiva do bem-estar subjetivo e procura saber de que modo os indivíduos sentem, no presente, emoções positivas e emoções negativas específicas”.

A escala do bem-estar subjetivo é uma das escalas de afeto mais amplamente utilizadas e validadas em vários países, demonstrando elevada estabilidade e consciência

interna (Watson et al., 1988, cit. por Galinha & Ribeiro, 2005). A versão portuguesa comporta conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções distribuídas por duas subescalas com 10 itens cada designadas de afeto positivo e afeto negativo ordenadas numa escala de cinco pontos, em que zero corresponde a “nada ou muito ligeiramente” e 4 a “extremamente”.

Relativamente aos afetos positivos, os adjetivos que o traduzem são: *interessado, excitado, agradavelmente surpreendido, caloroso, entusiasmado, orgulhoso, encantado, inspirado, determinado e ativo*.

Por sua vez os afetos negativos são traduzidos pelos adjetivos: *perturbado, atormentado, culpado, assustado, repulsa, irritado, remorsos, nervoso, trémulo e amedrontado*. A cotação desta escala, consiste na média aritmética dos dez itens de cada escala. Calcula-se ainda o balanço afetivo subtraindo a escala de afeto negativo à escala de afeto positivo.

Os tempos de resposta utilizados pelos autores podem variar desde “agora, ou seja, neste momento”, “hoje”, “durante a última semana”, “durante as últimas semanas”, “durante o último ano” e “geralmente, ou seja, em média”. Neste estudo optou-se pelo tempo de resposta de esta semana.

No estudo de validação para a população portuguesa, encontrou-se uma consistência interna adequada de  $\alpha = 0,86$  para a escala de afeto positivo e de  $\alpha = 0,89$  para a escala de afeto negativo. Também, e tal como era esperado, em semelhança à escala original, a correlação entre a escala de afeto positivo e de afeto negativo situou-se perto do zero ( $r = -0,10$ ), determinando a ortogonalidade entre as subescalas de afeto positivo e negativo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

### **Estudo psicométrico para o presente estudo da Escala de Bem-Estar Subjetivo**

Efetou-se o estudo de consistência interna, designadamente os estudos de fiabilidade. Os resultados da Tabela 3 revelam as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que genericamente permite obter indicações de como o item se combina com o valor global.

Ao analisar-se os valores de alfa de Cronbach, os mesmos podem ser classificados de bons, pois os valores mínimos e máximos oscilam entre os 0,726 no item 16 “Nervoso(a)” e 0,746 no item 18 “Tremulo(a)”. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que se está perante correlações positivas, sendo o valor mais baixo o do item 18

“Tremulo(a)” ( $r=0,146$ ) com uma variabilidade de 38,8%. Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem afirmar que, na globalidade, os itens se encontram bem centrados. Calculado o índice de fiabilidade, obteve-se um alfa para a globalidade a escala de 0,744, indicando razoável consistência interna (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Consistência Interna da escala do bem-estar subjetivo

Nº Item	Itens	Media	Desvio Padrão	Correlação Item/total	R <sup>2</sup>	$\alpha$
1	Interessado(a)	3,53	1,133	0,224	0,506	0,741
2	Perturbado(a)	2,15	1,213	0,322	0,739	0,733
3	Excitado(a)	2,47	1,095	0,394	0,374	0,728
4	Atormentado(a)	1,92	1,172	0,380	0,795	0,728
5	Agradavelmente surpreendido(a)	2,31	1,170	0,276	0,433	0,737
6	Culpado(a)	1,32	,712	0,362	0,532	0,733
7	Assustado(a)	2,08	1,232	0,336	0,528	0,732
8	Caloroso(a)	2,44	1,219	0,368	0,254	0,729
9	Repulsa	1,66	0,973	0,296	0,415	0,735
10	Entusiasmado/a)	2,88	1,254	0,298	0,619	0,735
11	Orgulhoso(a)	2,98	1,175	0,306	0,571	0,734
12	Irritado(a)	2,66	1,284	0,287	0,523	0,736
13	Encantado(a)	2,38	1,180	0,298	0,610	0,735
14	Remorsos	1,53	0,888	0,170	0,360	0,743
15	Inspirado(a)	2,82	1,230	0,303	0,638	0,735
16	Nervoso(a)	3,10	1,197	0,206	0,468	0,743
17	Determinado(a)	3,36	1,195	0,409	0,541	0,726
18	Tremulo(a)	1,96	1,054	0,146	0,388	0,746
19	Ativo(a)	3,34	1,184	0,438	0,462	0,723
20	Amedrontado(a)	1,89	1,024	0,326	0,537	0,733
Coeficiente alfa Cronbach global						<b>0,744</b>

Em conformidade com a Tabela 4, pode dizer-se que na subescala **afetos positivos** o valor correlacional menor situa-se no item 3 ( $r=0,258$ ) “Excitado(a)” e o maior ( $r=0,662$ ) no item 15 “Inspirado(a)”. Já na subescala dos **afetos negativos**, os valores correlacionais, na globalidade, são ligeiramente maiores do que os da subescala afetos positivo, situando-se entre  $r=0,321$  no item 14 “Remorsos” e o item 4 ( $r=0,728$ ) “Atormentado(a)”.

Quanto aos valores de alfa, na subescala **afetos positivos**, variam entre os 0,806 no item 15 “Inspirado(a)” e 0,844 no item 3 “Excitado(a)”, podendo ser classificados de bons. Nas subescalas dos **afetos negativos**, os valores de alfa variam entre os 0,792 para o itens 4 (“Atormentado(a)”) e 0,833 no item 18 (“Tremulo(a)”), sendo também classificados de bons.

Tabela 4 - Alfas de cronbach por subescala da escala do bem-estar subjetivo

Nº Item	Itens	Correlação Item/total	R <sup>2</sup>	α
<b>Afetos positivos</b>				
1	Interessado(a)	0,521	0,340	0,821
3	Excitado(a)	0,258	0,156	0,844
5	Agradavelmente surpreendido(a)	0,403	0,334	0,832
8	Caloroso(a)	0,405	0,194	0,832
10	Entusiasmado(a)	0,656	0,520	0,807
11	Orgulhoso(a)	0,596	0,527	0,813
13	Encantado(a)	0,646	0,547	0,808
15	Inspirado(a)	0,662	0,553	0,806
17	Determinado(a)	0,561	0,434	0,817
19	Ativo(a)	0,552	0,389	0,818
<b>Afetos negativos</b>				
2	Perturbado(a)	0,657	0,671	0,800
4	Atormentado(a)	0,728	0,744	0,792
6	Culpado(a)	0,495	0,409	0,820
7	Assustado(a)	0,634	0,492	0,803
9	Repulsa	0,511	0,345	0,816
12	Irritado(a)	0,505	0,468	0,818
14	Remorsos	0,321	0,220	0,832
16	Nervoso(a)	0,436	0,388	0,825
18	Tremulo(a)	0,327	0,274	0,833
20	Amedrontado(a)	0,608	0,428	0,807

Fazendo-se uma comparação entre os valores de alfa encontrados no presente estudo, para as subescalas da escala do bem-estar subjetivo (cf. Tabela 14), pode dizer-se que os alfas originais são ligeiramente mais elevados do que os encontrados na presente investigação, classificados de bons.

Tabela 5 – Comparação dos alfas de Cronbach por fatores da escala do bem-estar subjetivo

Subescalas	Nº itens	Alfa global	Alfa global (original)
Afetos positivos	10	0,835	0,860
Afetos negativos	10	0,831	0,890

Os resultados relativos à matriz de correlação de Pearson entre as subescalas e a escala global “Positive and Negative Affect Schedule” (cf. Tabela 6) revelam que há uma correlação negativa nos afetos positivos vs afetos negativos, bem como entre os afetos negativos e a diferença de afetos o que aliás seria expectável.

Tabela 6 - Matriz de Correlação de Pearson entre as subescalas e escala do bem-estar subjetivo

	Afetos positivos	Afetos negativos	
Afeto negativos	-0,149		
Diferença de afetos	0,784**	-0,731**	

\*\*\*  $p < 0.001$ 

### Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) é a versão para a população portuguesa, tendo sido adaptada por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, (2004). Inicialmente designado de *Depression, Anxiety Stress Scale* (DASS) é de autoria de Lovibond e Lovibond (1955) constituída por 42 itens. A tradução, adaptação e validação para a população portuguesa foi realizada em 2004 por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal e no mesmo ano a versão com 21 itens denominada de EADS-21, que avalia os mesmos construtos e de forma idêntica à versão de 42 itens. Para Ribeiro, Honrado e Leal (2004), as medidas reduzidas são úteis em psicologia da saúde, na medida em que são preferíveis às mais longas, porque, nos seus contextos de aplicação às populações, tendem a estar mais fragilizadas e a avaliação constituir quase sempre uma sobrecarga.

A ansiedade e a depressão consistem em constructos diferentes em termos fenomenológico, contudo, difíceis de distinguir empiricamente (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Clark e Watson (1991, cit. por Pais Ribeiro, Honrado e Leal, 2004) expõem um modelo tripartido, no qual os sintomas de ansiedade e de depressão estão agrupados em três estruturas fundamentais, correspondendo a primeira ao distresse ou afeto negativo e abrange sintomas inespecíficos, comuns à ansiedade e à depressão, vivenciadas por sujeitos deprimidos e ansiosos (humor deprimido e ansioso), bem como a insónia, o desconforto ou a insatisfação, a irritabilidade e a dificuldade de concentração, responsáveis pela forte associação entre as medidas de ansiedade e depressão. A ansiedade e a depressão abarcam as outras duas estruturas, a tensão somática e a hiperatividade específicas da ansiedade, a anedonia e a ausência de afeto positivo da depressão.

A escala está estruturada em três subescalas: depressão, ansiedade e stresse, possuindo cada uma delas sete itens. Cada item contém uma afirmação que diz respeito aos sintomas emocionais negativos, pedindo-se ao respondente que diga se a afirmação se aplicou “na semana passada”. Os itens são apresentados numa escala tipo Likert de 0 a 3 com quatro pontos de gravidade ou frequência (0) “*não se aplicou nada a mim*” (1) *aplicou-*

se a mim algumas vezes” (2) “aplicou-se a mim muitas vezes” e (3) “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

A escala tem três notas, uma por subescala que resulta do somatório dos itens que a constituem, cujo valor mínimo é “0” e o máximo “21”. Notas mais elevadas, em cada escala, correspondem a estados afetivos mais negativos.

De acordo com a análise fatorial realizada, pelos autores, os itens agruparam-se, nas três dimensões, da seguinte forma: Depressão – itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21; Ansiedade – itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 e Stresse – itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18.

Para cada uma destas subescalas foram utilizados os constructos que se apresentam:

- **Depressão** – Disforia (item 13); Desânimo (item 10); Desvalorização da vida (item 21); Auto-depreciação (item 17); Falta de interesse ou de envolvimento (item 16); Anedonia (item 3) e Inércia (item 5).
- **Ansiedade** – Excitação do sistema autónomo (itens 2, 4 e 19); Efeitos músculo esqueléticos (item 7); Ansiedade situacional (item 9); Experiências subjetivas de ansiedade (itens 15 e 20).
- **Stresse** – Dificuldade em relaxar (itens 1 e 12); Excitação nervosa (item 8); Facilmente agitado/chateado (item 18); Irritável/reacção exagerada (itens 6 e 11); Impaciência (item 14).

O estudo da consistência interna com recurso ao *alfa de Cronbach* da versão portuguesa demonstrou um valor de 0,85 para a subescala de depressão, 0,74 para a subescala de ansiedade e 0,81 para a subescala de stresse. A escala de 21 itens mostrou-se fortemente correlacionada com a escala de 42 itens (Pais Ribeiro, Honrado e Leal, 2004).

### **Estudo psicométrico da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) para o presente estudo**

De acordo com os resultados expostos na Tabela 7, pode afirmar-se que os valores  $\alpha$  são muito bons, dado que oscilam entre 0,921 e 0,929. Tendo em conta os coeficientes de correlação item total corrigido, a maioria dos itens estão bem centrados, pois evidenciam valores correlacionais  $>0,50$ , exceto o item 2 ( $r=0,398$ ) “Senti a minha boca seca” e no item 7 “Senti tremores (por ex., nas mãos)” ( $r=0,481$ ).

O valor de alfa global é classificado de muito bom  $\alpha=0,928$ , indicativo de muito boa consistência interna.

Tabela 7 – Valores correlacionais e de alfa de cronbach para a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)

Nº Item	Itens	Média	Dp	R/item	R <sup>2</sup>	Alpha s/item
1	Tive dificuldades em me acalmar	1,05	0,930	0,602	0,645	0,925
2	Senti a minha boca seca	1,07	1,013	0,398	0,355	0,929
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0,70	0,826	0,541	0,548	0,926
4	Senti dificuldades em respirar	0,44	0,745	0,503	0,524	0,927
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0,68	0,780	0,617	0,611	0,925
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	1,03	0,942	0,573	0,569	0,926
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0,67	0,958	0,481	0,550	0,927
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	1,12	0,993	0,747	0,770	0,922
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0,65	0,787	0,615	0,519	0,925
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0,60	0,868	0,676	0,680	0,924
11	Dei por mim a ficar agitado	1,05	0,919	0,800	0,757	0,921
12	Senti dificuldade em me relaxar	1,05	0,930	0,814	0,751	0,921
13	Senti-me desanimado e melancólico	0,99	0,964	0,724	0,654	0,922
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0,71	0,746	0,627	0,685	0,925
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0,60	0,903	0,708	0,645	0,923
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0,62	0,842	0,629	0,649	0,925
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0,64	0,931	0,672	0,665	0,924
18	Senti que por vezes estava sensível	1,37	0,996	0,623	0,606	0,925
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	1,58	1,089	0,041	0,208	0,937
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0,80	0,947	0,621	0,630	0,925
21	Senti que a vida não tinha sentido	0,65	0,940	0,672	0,701	0,924
Coeficiente alpha Cronbach global					<b>0,928</b>	

Os resultados de fiabilidade das subescalas de depressão, ansiedade e stresse são apresentados na Tabela 8.

Para a subescala da depressão, nota-se, pelos valores médios, homogeneidade nas respostas dadas aos diferentes itens, uma vez que se obteve uma pontuação que oscila entre os 0,60 no item 10 e 0,99 no item 13. Os coeficientes de alpha de Cronbach dão indicações de boa consistência interna porquanto o menor valor ( $\alpha=0,840$ ) foi encontrado no item 10 e o maior ( $\alpha=0,874$ ) no item 10. O valor de alfa global é 0,875, revelando também uma boa consistência interna (cf. Tabela 8).

Analisando os resultados relativos à ansiedade, observa-se que os valores correlacionais se situam entre 0,029 no item 19 e  $r=0,598$  no item 15. Já o coeficiente de consistência interna, ao revelar valores de alfa a oscilarem entre 0,604 e 0,766, pode classificar-se de razoável. O valor de alfa global 0,692 indica uma consistência razoável (cf. Tabela 8).

Relativamente ao stresse, registaram-se valores de alfa classificados bons, uma vez que oscilam entre os 0,848 no item 11 e 0,877 no item 18, com um valor global para o total da escala de 0,884. Os valores correlacionais indicam que o item 11 é o que está mais correlacionado com o stresse ( $r=0,831$ ) (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Consistência interna por subescalas da escala de ansiedade, depressão e stresse

Itens	Depressão	Média	Dp	r/ítem total	r <sup>2</sup>	α sem ítem
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0,70	0,826	0,519	0,313	0,874
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0,68	0,780	0,594	0,431	0,865
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0,60	0,868	0,725	0,568	0,848
13	Senti-me desanimado e melancólico	0,99	0,964	0,705	0,525	0,851
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0,62	0,842	0,694	0,524	0,853
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0,64	0,931	0,645	0,505	0,859
21	Senti que a vida não tinha sentido	0,65	0,940	0,713	0,616	0,850
<b>Alpha de Cronbach</b>						<b>0,875</b>
<b>Ansiedade</b>						
2	Senti a minha boca seca	1,07	1,013	0,410	0,194	0,655
4	Senti dificuldades em respirar	0,44	0,745	0,485	0,383	0,642
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0,67	0,958	0,411	0,217	0,655
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0,65	0,787	0,499	0,318	0,637
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0,60	0,903	0,598	0,424	0,604
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	1,58	1,089	0,029	0,057	0,766
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0,80	0,947	0,529	0,448	0,621
<b>Alpha de Cronbach</b>						<b>0,692</b>
<b>Stresse</b>						
1	Tive dificuldades em me acalmar	1,05	0,930	0,602	0,480	0,876
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	1,03	0,942	0,544	0,486	0,884
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	1,12	0,993	0,771	0,654	0,855
11	Dei por mim a ficar agitado	1,05	0,919	0,831	0,713	0,848
12	Senti dificuldade em me relaxar	1,05	0,930	0,815	0,699	0,849
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0,71	0,746	0,569	0,429	0,880
18	Senti que por vezes estava sensível	1,37	0,996	0,605	0,433	0,877
<b>Alpha de Cronbach</b>						<b>0,884</b>

Na matriz de correlação entre os diversos fatores da escala (cf. Tabela 9), constata-se que as correlações são positivas e significativas, com um valor correlacional mais elevado ( $r=0,785$ ) na relação Depressão vs. Stresse explicando 61,23%

Tabela 9 - Matriz de Correlação de Pearson entre as escalas de depressão, ansiedade e stresse

Subescalas	Stresse	Ansiedade
Stresse	-	
Ansiedade	0,747**	
Depressão	0,785**	0,676**

### Escala de Sentido de Vida (Guerra et al., 1992)

Para avaliar o Sentido de Vida, recorreu-se a uma escala unidimensional composta por 7 itens, desenvolvida e avaliada psicometricamente por uma análise fatorial confirmatória por Guerra, Lencastre, Silva e Teixeira (2014). As respostas são tipo Likert com cinco opções de resposta que variam entre 1 (“Concordo Muito”) e 5 (“Discordo Muito”).

A cotação total é obtida através da soma da pontuação atribuída a cada um dos itens, variando entre 7 e 35. Quanto maior for o resultado final, maior é o sentido de vida da pessoa, invertendo-se a pontuação de alguns itens (1, 3, 4 e 7). A avaliação psicométrica do alfa foi de Cronbach de 76 para uma amostra conjunta de 200 homens e mulheres com cancro colorectal sendo, deste modo, satisfatória a sua aplicabilidade da escala à amostra pretendida. Realça-se que, sendo esta uma escala de uso corrente, não foi realizado o estudo de consistência interna da mesma.

#### 1.4. Procedimentos

Considerando os preceitos éticos e deontológicos a ter em conta neste tipo de estudos, foi realizado um pedido de parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu, antes da aplicação do instrumento de recolha de dados (cf. Anexo II). Refere-se que foram pedidas as respetivas autorizações aos autores das supramencionadas escalas, tendo o pedido sido favorável (cf. Anexo III).

Foi respeitada a autonomia dos participantes, sendo totalmente livres de poder desistir em qualquer momento do estudo, e informados de que pela sua participação não usufruíam de qualquer benefício ou malefício. Para a aplicação do instrumento de colheita de dados, foi pedido consentimento informado aos participantes que fizeram parte da amostra, ressaltando a garantia de anonimato e confidencialidade.

A colheita de dados decorreu num período posteriormente estabelecido, correspondente a 8 de novembro a 31 de dezembro de 2016. A aplicação dos instrumentos de recolha de dados demorou em média 10 minutos.

#### 1.5. Análise dos dados

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização, nomeadamente médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, medidas de assimetria e achatamento e medidas de associação como correlação de Pearson.

Particularizando alguns das estatísticas referidas, dir-se-á que o coeficiente de variação compara a dispersão em torno da média de uma variável de natureza quantitativa. Os valores se referência são:

<b>Coefficiente de variação</b>	<b>Classificação do Grau de dispersão</b>
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

O coeficiente de correlação de Pearson é de uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. Os valores oscilam entre -1 e +1; se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, e se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. A comparação do coeficiente deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação ( $r^2$ ) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra. Tanto  $r$  como  $r^2$  não exprimem relações de causalidade. Por convenção (Pestana & Gageiro, 2014) os valores de  $r$  devem ser interpretados do seguinte modo:

- $r < 0.2$  – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$  – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$  – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$  – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$  – associação muito alta

Quanto à **estatística inferencial**, recorreu-se à estatística paramétrica, e à estatística não paramétrica para estudo de proporções.

Os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas (Marôco, 2014), estando em conformidade com o postulado por Pestana e Gageiro (2014), quando afirmam que para grupos amostrais com um  $N$  superior a 30, a distribuição  $t$  com  $x$  graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas.

A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as suas condições de aplicação, não se verificaram (Marôco, 2014). Só se recorreu a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.5, tendo em conta o referido por Pestana e Gageiro (2014). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar  $H_0$  é muito menor.

Deste modo, descrevem-se os testes usados na estatística paramétrica e na não paramétrica:

- **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais;
- **Análise de variância a um fator (ANOVA)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo (Pestana & Gageiro, 2014);
- **Teste de qui quadrado ( $\chi^2$ )** - para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Quando há relação entre as variáveis devem usar-se os resíduos ajustados estandardizados para localizar as diferenças. Para Pestana e Gageiro (2014) o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de  $\chi^2$ , porque os resíduos ajustados, na forma estandardizada, fornecem informações acerca das células que mais se afastam da independência entre as variáveis ou por outras palavras os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as duas variáveis.

Na análise estatística, utilizámos os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24.0 para Windows.

Após estas considerações metodológicas, no capítulo seguinte, far-se-á a apresentação e análise dos resultados.

## 2. Resultados

No presente capítulo, estruturado em duas partes, começa-se por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, seguindo-se os dados pertencentes à estatística inferencial, tendo-se optado por uma síntese e valorização dos dados referentes à relação da ansiedade, depressão e stresse com as variáveis independentes.

### 2.1. Análise descritiva

Apresenta-se, seguidamente, os dados descritivos, começando-se por traçar um perfil clínico dos doentes, seguindo-se os dados descritos do bem-estar subjetivo e do stresse, ansiedade e depressão.

#### 2.1.1. Caracterização clínica dos doentes

Em conformidade com os resultados relativos ao **tempo de diagnóstico da Doença** de Crohn, apurou-se, na amostra total, um mínimo de 1 ano e um máximo de 40 anos, correspondendo-lhe um tempo médio de 9,52 anos ( $\pm 8,402$  anos). Para o sexo masculino, o tempo mínimo é de 1 ano e o máximo de 34 anos e para o sexo feminino, o mínimo é igualmente de 1 ano, mas a máxima situa-se nos 40 anos. Verificou-se que as mulheres possuem, em média, mais tempo de diagnóstico da doença ( $M=10,20 \pm 8,985$  dp) do que os homens ( $M=8,69 \pm 7,663$  dp), com significâncias estatísticas entre os dois grupos. Os valores de assimetria e curtose revelam curvas platicúrticas e enviesadas à esquerda para os dois sexos e para a totalidade da amostra. Os coeficientes de variação apontam para uma dispersão elevada em relação às médias obtidas em relação ao tempo de diagnóstico da Doença de Crohn (cf. tabela 10).

Tabela 10 – Estatísticas relativas ao tempo de diagnóstico **Doença do Crohn** segundo o sexo

Sexo	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	45	1	34	8,69	7,663	88,18	4,62	4,08
Feminino	54	1	40	10,20	8,985	88,08	4,92	4,11
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>1</b>	<b>40</b>	<b>9,52</b>	<b>8,402</b>	<b>88,25</b>	<b>6,69</b>	<b>5,67</b>

Ainda em relação ao tempo de diagnóstico da doença, constata-se que estão em igual percentagem, no total da amostra, os doentes que possuem a Doença de Crohn há menos de 5 anos (35,4%) e há mais de 10 anos (35,4%). Particularizando, 35,6% dos homens têm a doença há menos de 5 anos, enquanto 33,3% a possuem há mais de 10 anos; 35,2% das mulheres possuem esta patologia há menos de 5 anos e 37,0% há mais de 10 anos. Todavia, não se regista relevância estatística.

No que se refere à **presença de doenças concomitantes**, como exposto na Tabela 11, pode afirmar-se que a maioria dos doentes não as possui (74,7%), onde se incluem 77,8% dos homens e 72,2% das mulheres. Todavia, verifica-se que 25,3% do total da amostra admitem ter doenças concomitantes, fazendo parte deste grupo 22,2% dos homens e 27,8% das mulheres. Contudo não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Analisando-se agora os resultados referentes à realização de **cirurgias intestinais** prévias, constata-se que 59,6% dos doentes não as fez, dos quais 62,2% são homens e 57,4% mulheres. Contrariamente, 40,4% dos doentes que fizeram cirurgias intestinais prévias, o que é comum a 37,8% dos homens e a 42,6% das mulheres. No entanto, não se regista relevância estatística (cf. Tabela 11).

A grande maioria dos doentes não necessitou de **abstenção ao trabalho nos últimos 15 dias** devido à Doença de Crohn (90,9%), contribuindo para esta percentagem 88,9% dos homens e 92,6% das mulheres. Apenas 9,1% dos doentes teve a necessidade de abstenção ao trabalho nos últimos 15 dias devido à Doença de Crohn, particularmente os homens (11,1%) (cf. Tabela 11).

Questionados sobre a **necessidade de internamentos hospitalares** devido à Doença de Crohn, mais de metade da amostra 75,8% admitiu que sim, com 68,9% de homens a referirem os internamentos e 81,5% das mulheres. Apenas 24,2% dos doentes é que não necessitaram de internamentos hospitalares por causa da Doença de Crohn, com uma representatividade de 31,1% de homens e 18,5% de mulheres nesta situação. Todavia, não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. Tabela 11).

Questionados ainda acerca da **frequência com que vão ao hospital devido à Doença de Crohn**, 42,6% referem que o fazem de 2-4 meses, contribuindo para essa percentagem 47,6% dos homens e 38,5% das mulheres, seguindo-se os que vão ao hospital de 2 em 2 meses, fazendo parte deste grupo 38,1% dos homens e 40,4% das mulheres. Apenas 18,1% dos participantes referem que vão ao hospital 1 vez em 4 meses, onde a percentagem mais elevada é a das mulheres (21,2%) (cf. Tabela 11).

Procurou-se saber quem **acompanha os doentes nas suas idas ao hospital**, verificando-se que, na globalidade, poucos são os que vão acompanhados, dos quais

sobressaem os que são acompanhados pela mãe (16,2%), pela esposa (15,2%) e pelo marido (18,2%). Registam-se diferenças estatisticamente significativas nos doentes acompanhados pelo marido ( $X^2=18,333$ ;  $p=0.000$ ) e pela esposa ( $X^2=21,214$ ;  $p=0.000$ ).

Tabela 11 – Caracterização clínica dos doentes em função do sexo

Variáveis	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais		$X^2$	p
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2				
	(45)	(45,5)	(54)	(54,5)	(99)	(100.0)						
<b>Tempo de diagnóstico</b>												
<5 anos	16	35,6	19	35,2	35	35,4	,0	,0	0,189	0,910		
5-10 anos	14	31,1	15	27,8	29	29,3	,4	-,4				
> 10 anos	15	33,3	20	37,0	35	35,4	-,4	,4				
<b>Doenças concomitantes</b>												
Sim	10	22,2	15	27,8	25	25,3	-,6	,6	0,401	0,526		
Não	35	77,8	39	72,2	74	74,7	,6	-,6				
<b>Cirurgias intestinais prévias</b>												
Sim	17	37,8	23	42,6	40	40,4	-,5	,5	0,236	0,627		
Não	28	62,2	31	57,4	59	59,6	,5	-,5				
<b>Abstenção ao trabalho nos últimos 15 dias devido à Doença do Crohn</b>												
Sim	5	11,1	4	7,4	9	9,1	,6	-,6	n.a.			
Não	40	88,9	50	92,6	90	90,9	-,6	,6				
<b>Necessidade de internamentos hospitalares devido à Doença do Crohn</b>												
Sim	31	68,9	44	81,5	75	75,8	-1,5	1,5	2,119	0,145		
Não	14	31,1	10	18,5	24	24,2	1,5	-1,5				
<b>Frequência das idas ao hospital devido à Doença de Crohn</b>												
< a 2 meses	16	38,1	21	40,4	37	39,4	-,2	,2	1,095	0,578		
De 2-4 meses	20	47,6	20	38,5	40	42,6	,9	-,9				
>4 meses	6	14,3	11	21,2	17	18,1	-,9	,9				
<b>Acompanhado(a) pelo pai nas idas ao hospital</b>												
Sim	4	8,9	1	1,9	5	5,1	1,6	-1,6	n.a.			
Não	41	91,1	53	98,1	94	94,9	-1,6	1,6				
<b>Acompanhado(a) pela mãe nas idas ao hospital</b>												
Sim	8	17,8	8	14,8	16	16,2	,4	-,4	0,159	0,690		
Não	37	82,2	46	85,2	83	83,8	-,4	,4				
<b>Acompanhado(a) pelo(a) irmão(ã) nas idas ao hospital</b>												
Sim	2	4,4	2	3,7	4	4,0	,2	-,2	n.a.			
Não	43	95,6	52	96,3	95	96,0	-,2	,2				
<b>Acompanhada pelo marido nas idas ao hospital</b>												
Sim	0	0,0	18	33,3	18	18,2	-4,3	4,3	18,333	<b>0,000</b>		
Não	45	100,0	36	66,7	81	81,8	4,3	-4,3				
<b>Acompanhado pela esposa nas idas ao hospital</b>												
Sim	15	33,3	0	0,0	15	15,2	4,6	-4,6	21,214	<b>0,000</b>		
Não	30	66,7	54	100,0	84	84,8	-4,6	4,6				
<b>Acompanhado(a) pelo(a) amigo(a) nas idas ao hospital</b>												
Sim	2	4,4	1	1,9	3	3,0	,7	-,7	n.a.			
Não	43	95,6	53	98,1	96	97,0	-,7	,7				
<b>Acompanhado(a) por outro familiar nas idas ao hospital</b>												
Sim	2	4,4	7	13,0	9	9,1	-1,5	1,5	n.a.			
Não	43	95,6	47	87,0	90	90,9	1,5	-1,5				

As estatísticas relativas ao número de internamentos revelam que um mínimo de 1 internamento e um máximo 16 internamentos, ao que corresponde uma média de 3,71 internamentos, com um desvio padrão de 3,490. Já o coeficiente de variação indicia uma dispersão elevada face à média de n.º de internamentos encontrados (cf. Tabela 12).

Tabela 12 – Estatísticas relativas ao número de internamentos hospitalares devido à Doença do Crohn

N.º de internamentos	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S	p
Total	99	1	16	3,71	3,490	94,07	6,48	5,76	0,239	0,000

Dos 25 doentes que referiram ter doenças concomitantes, como apresentado na Tabela 13, constata-se que sobressaem as doenças endócrinas/metabólicas, com 28%, seguindo-se as osteoarticulares com 20,0%. As doenças do foro cardíaco representam 16,0% e as do foro respiratório 12,0%, sendo estas as mais evidentes na amostra em estudo.

Tabela 13 – Doenças concomitantes

Doenças concomitantes	n	%
Doenças alérgicas	1	4,0
Doenças hemáticas	1	4,0
Doenças osteoarticulares	5	20,0
Doenças cardíacas	4	16,0
Doenças respiratórias	3	12,0
Doenças metabólicas/endócrinas	7	28,0
Doenças do foro mental/psiquiatria	4	16,0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

Como síntese aos resultados e no sentido de dar resposta primeira questão de investigação verificamos que:

- um mínimo de 1 ano de tempo de diagnóstico da Doença de Crohn e um máximo de 40 anos, correspondendo-lhe um tempo médio de 9,52 anos ( $\pm$  8,402 anos);
- estão em igual percentagem os doentes que possuem a Doença de Crohn há menos de 5 anos (35,4%) e há mais de 10 anos (35,4%);
- a maioria dos doentes não possui doenças concomitantes (74,7%);
- 59,6% dos doentes não fez cirurgias intestinais prévias, enquanto 40,4% fizeram-nas;
- 90,9% dos doentes não necessitaram de abstenção ao trabalho nos últimos 15 dias devido à Doença de Crohn;

- 75,8% dos doentes admitiram que tiveram necessidade de internamentos hospitalares devido à Doença de Crohn;
- 42,6% referem que vão ao hospital devido à Doença de Crohn entre 2-4 meses;
- são poucos os doentes que vão acompanhados ao hospital, dos quais 16,2% são acompanhados pela mãe, 15,2% pela esposa e 18,2% pelo marido;
- registou-se um mínimo de 1 internamento e um máximo 16 internamentos, com uma média de 3,71 internamentos;
- dos 25 doentes que referiram ter doenças concomitantes, 28% têm doenças endócrinas/metabólicas, 20,0% doenças osteoarticulares, 16,0% doenças do foro cardíaco e 12,0% doenças do foro respiratório.

### 2.1.2. Stresse, ansiedade e depressão

Quanto aos dados relativos ao stresse, ansiedade e depressão, apurou-se um score mínimo de .00 para todas as subescalas e máximos de 19,00, para o stresse 18,00 para a depressão e 16,00 para a ansiedade. Os índices médios são de 7,38 ( $\pm 4,97$  dp) para o stresse, 5,79 ( $\pm 3,84$  dp) para a ansiedade e 4,85 ( $\pm 4,66$  dp) para a depressão. Os coeficientes de variação revelam dispersões elevadas em torno do valor médios e os valores de assimetria e curtose curvas leptocurticas para a depressão e normais para a ansiedade e stresse, mas com enviesamento à esquerda para as três subescalas (cf. Tabela 14).

Tabela 14 – Estatísticas relativas ao stresse, ansiedade e depressão

	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Stresse</b>	99	0,00	19,00	7,38	4,97	67,34	1,39	-1,61
<b>Ansiedade</b>		0,00	16,00	5,79	3,84	66,32	0,79	0,05
<b>Depressão</b>		0,00	18,00	4,85	4,66	96,08	3,32	-0,87

Ao fazer-se a análise dos valores médios obtidos através do teste T de Student, verifica-se que os mesmos são sugestivos que as mulheres apresentam maiores índices de stresse, maiores níveis ansiogénicos e sintomas depressivos, resultando em diferenças estatisticamente significativas no stresse ( $p=0,001$ ) e na ansiedade ( $p=0,000$ ) (cf. Tabela 15) comparativa aos homens

Tabela 15 – Teste T de Student entre o stresse, ansiedade, depressão e o sexo

Stresse, ansiedade e depressão	Sexo		Feminino		t	p
	Masculino		Média	Dp		
Stresse	5,64	4,411	8,83	4,993	-3,334	<b>0,001</b>
Ansiedade	4,24	3,068	7,09	3,968	-3,933	<b>0,000</b>
Depressão	3,88	4,488	5,66	4,694	-1,914	0,059

A tabela 16 apresenta a relação entre a idade e o stresse, ansiedade e a depressão. Os resultados demonstram que os doentes na faixa etária dos 36-44 anos evidenciam maiores níveis de stresse, ansiedade e depressão, secundados pelos doentes mais velhos. Entre os grupos não são encontradas significâncias estatísticas ( $p < 0,05$ ).

Tabela 16 - Análise de variância entre o stresse, ansiedade, depressão e a idade

Stresse, ansiedade e depressão	Idade		36-44 anos		≥45 anos		f	p
	≤35 anos		Média	Dp	Média	Dp		
Stresse	6,83	5,128	8,00	4,417	7,43	5,363	0,449	0,639
Ansiedade	5,13	3,838	6,43	3,962	5,96	3,737	0,991	0,375
Depressão	4,43	4,746	5,23	4,598	5,00	4,738	0,262	0,770

Para se saber a influência do estado civil na depressão, ansiedade e stresse recorreu-se ao teste T de Student, cujos resultados revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p > 0,05$ ), sendo os doentes que habitam sem companheiro(a) os que manifestam os níveis mais elevados de stresse e depressão, enquanto os participantes com companheiro(a) revelam índice mais elevado de ansiedade (cf. Tabela 17).

Tabela 17 – Teste T de Student entre o stresse, ansiedade, depressão e o estado civil

Stresse, ansiedade e depressão	Estado civil		Com companheiro(a)		t	p
	Sem companheiro(a)		Média	Dp		
Stresse	7,65	5,509	7,23	4,699	0,402	0,688
Ansiedade	5,62	3,678	5,89	3,956	-0,323	0,748
Depressão	5,45	5,048	4,53	4,447	0,944	0,348

Reportando-se a tabela 18 aos resultados do stresse, ansiedade e depressão em função da situação profissional, constata-se que os doentes não ativos profissionalmente são os que manifestam maiores índices de stresse, ansiedade e de sintomas depressivos, sem resultar em diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p > 0,05$ ).

Tabela 18 – Teste T de Student entre o stresse, ansiedade, depressão e a situação profissional

Situação profissional Stresse, ansiedade e depressão	Ativo		Não ativo		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Stresse	7,33	4,476	7,48	5,927	-0,142	0,887
Ansiedade	5,59	3,850	6,21	3,854	-0,756	0,451
Depressão	4,42	4,099	5,72	5,597	-1,315	0,192

Fazendo-se uma análise dos resultados obtidos no Teste de Kruskal-Wallis, como exposto na Tabela 19, pode afirmar-se que os doentes com o ensino secundário sentem-se mais stressados, enquanto os doentes com escolaridade até ao 9.º ano revelam-se mais ansiosos e com níveis mais elevados de sintomas depressivos. Todavia, não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p > 0,05$ ).

Tabela 19 – Teste de Kruskal-Wallis entre o stresse, ansiedade, depressão e as habilitações literárias

Habilitações literárias Stresse, ansiedade e depressão	Até ao 9.º ano	Ensino secundário	Ensino superior	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Stresse	49,33	50,57	49,79	0,035	0,983
Ansiedade	52,41	49,01	48,98	0,293	0,864
Depressão	51,67	48,41	50,83	0,259	0,879

Constata-se que são os doentes com 5-10 anos de tempo de diagnóstico da Doença de Crohn que revelam mais stresse, ansiedade e depressão, secundados pelos doentes com menos tempo de diagnóstico, à exceção do stresse onde sobressaem os doentes com mais tempo de diagnóstico da patologia. Todavia, não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p > 0,05$ ) (cf. Tabela 20).

Tabela 20 – Teste de Kruskal-Wallis entre o stresse, ansiedade, depressão e o tempo de diagnóstico da Doença de Crohn

Tempo de diagnóstico Stresse, ansiedade e depressão	<5 anos	5-10 anos	>10 anos	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Stresse	45,33	59,02	47,20	4,138	0,126
Ansiedade	51,67	55,40	43,86	2,770	0,250
Depressão	50,67	55,93	44,41	2,619	0,270

Os resultados do teste U de Mann-Whitney demonstram que os doentes com internamentos hospitalares devido à Doença de Crohn são os que manifestam mais stresse, ansiedade e depressão. Contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas entre os grupos ( $p > 0,05$ ) (cf. Tabela 21).

Tabela 21 – Teste U de Mann-Whitney entre o stresse, ansiedade, depressão e internamentos hospitalares devido à Doença do Crohn

Internamentos hospitalares Stresse, ansiedade e depressão	Sim	Não	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Stresse	51,48	45,38	789,000	0,364
Ansiedade	51,19	46,29	811,000	0,465
Depressão	51,53	45,21	785,000	0,344

Em suma, verificou-se que:

- em relação ao stresse, ansiedade e depressão, os índices médios são de 7,38 ( $\pm$  4,97 dp) para o stresse, 5,79 ( $\pm$ 3,84 dp) para a ansiedade e 4,85 ( $\pm$ 4,66 dp) para a depressão;

- as mulheres apresentam maiores índices de stresse, maiores níveis ansiogénicos e sintomas depressivos (stresse  $p=0,001$ ; ansiedade  $p=0,000$ );

- os doentes na faixa etária dos 36-44 anos evidenciam maiores níveis de stresse, ansiedade e depressão;

- os doentes que habitam sem companheiro(a) manifestam os níveis mais elevados de stresse e depressão, enquanto os participantes com companheiro(a) revelam índice mais elevado de ansiedade;

- os doentes não ativos profissionalmente são os que manifestam maiores índices de stresse, ansiedade e de sintomas depressivos;

- os doentes com o ensino secundário sentem-se mais stressados, enquanto os doentes com escolaridade até ao 9.º ano revelam-se mais ansiosos e com níveis mais elevados de sintomas depressivos;

- os doentes com 5-10 anos de tempo de diagnóstico da Doença de Crohn que revelam mais stresse, ansiedade e depressão, à exceção do stresse onde sobressaem os doentes com mais tempo de diagnóstico da patologia;

- os doentes com internamentos hospitalares devido à Doença de Crohn são os que manifestam mais stresse, ansiedade e depressão.

### 2.1.3. Bem-estar Subjetivo

Em conformidade com os resultados relativos ao bem-estar subjetivo, apurou-se um índice mínimo de 13 para o afeto positivo e um máximo de 44, resultando numa média de 28,48, com um desvio padrão de 7,49. Para o afeto negativo, o mínimo é de 10 anos e o máximo de 40, com o valor médio de 20,27 e desvio padrão de 6,81. No que se refere ao

balanço afetivo, que se obtém pela diferença do índice dos afetos positivos com o índice dos afetos negativos, o valor mínimo é de 21 e o máximo de 30, com uma média de 8,21 e desvio padrão de 10,85. Os valores de assimetria e curtose, curvas platicurticas e enviesadas à esquerda para as três dimensões. Os coeficientes de variação apontam para uma dispersão elevada nos afetos negativos e balanço afetivo e moderada nos afetos positivos em relação aos valores médios obtidos (cf. tabela 22).

Tabela 22 – Estatísticas relativas ao bem-estar subjetivo

Bem-estar subjetivo	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Afetos negativos	99	13,00	44,00	28,48	7,49	26,29	0,04	1,62
Afetos positivos		10,00	40,00	20,27	6,81	35,59	2,40	0,81
Diferença de afetos		-21,00	30,00	8,21	10,85	132,15	-1,24	-0,03

## 2.2. Análise inferencial

Nesta parte do estudo apresentam-se os resultados da análise inferência, na tentativa de dar resposta às questões de investigação formuladas inicialmente.

### 2.2.1. Relação entre as variáveis sociodemográficas e o bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn

A segunda questão de investigação procurava saber quais as variáveis sociodemográficas e clínicas que interferem no bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn, cujos resultados se aparentam seguidamente.

#### Bem-estar subjetivo e sexo

Procuramos saber se o bem-estar subjetivo se relaciona com o sexo. Os resultados do teste T de Student revelam que a média registada no afeto positivo é ligeiramente mais elevada para os homens, sendo também neste grupo onde a média é mais elevada para a diferença de afetos. Nota-se ainda que as mulheres revelam mais afetos negativo. O teste t

indica-nos que o sexo tem influência nos afetos negativos por apresentar significância estatística ( $p=0,021$ ) (cf. Tabela 23).

Tabela 23 – Teste T de Student entre o bem-estar subjetivo e o sexo

Sexo	Masculino		Feminino		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Bem-estar subjetivo						
Afetos positivos	28,73	7,059	28,27	7,894	0,300	0,765
Afetos negativos	18,55	7,063	21,70	6,320	-2,339	<b>0,021</b>
Diferença de afetos	10,17	10,403	6,57	11,042	1,660	0,100

### Bem-estar subjetivo e idade

Ao procurar-se relacionar o bem-estar subjetivo com os grupos etários depreende-se, pelos resultados obtidos com a análise de variância, que são os doentes na faixa etária dos 36-44 anos que apresentam valores médios mais elevados, com destaque para os afetos positivos, onde se seguem os doentes com mais idade. Contudo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários (cf. Tabela 24).

Tabela 24 - Análise de variância entre a idade e o bem-estar subjetivo

Idade	≤35 anos		36-44 anos		≥45 anos		f	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Bem-estar subjetivo								
Afetos positivos	27,37	7,624	30,20	6,588	28,15	8,056	1,226	0,298
Afetos negativos	20,48	7,701	20,56	6,981	19,75	5,662	0,138	0,872
Diferença de afetos	6,89	12,015	9,63	10,990	8,40	9,363	0,531	0,590

### Bem-estar subjetivo e estado civil

Reportando a Tabela 25 respeitante à relação entre o bem-estar subjetivo e o estado civil, pode referir-se que, na globalidade, são os doentes que coabitam com companheiro(a) os que apresentam valores médios mais elevados, com destaque para os afetos positivos, todavia, sem relevância estatística entre os grupos.

Tabela 25 – Teste T de Student entre o bem-estar subjetivo e o estado civil

Estado civil	Sem companheiro(a)		Com companheiro(a)		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Bem-estar subjetivo						
Afetos positivos	27,42	8,132	29,06	7,117	-1,038	0,302
Afetos negativos	19,97	7,686	20,43	6,351	-0,324	0,747
Diferença de afetos	7,45	11,949	8,62	10,280	-0,510	0,611

### Bem-estar subjetivo e estado civil

No que diz respeito à relação entre o bem-estar subjetivo e a zona de residência, os resultados indicam que são os doentes residentes em meio urbano os que manifestam mais afetos positivos e diferença de afetos, enquanto os doentes que vivem em meio rural manifestam mais afetos negativos. Todavia, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. Tabela 26).

Tabela 26 – Teste T de Student entre o bem-estar subjetivo e a zona de residência

Zona de residência	Urbana		Rural		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Bem-estar subjetivo						
Afetos positivos	29,13	6,834	27,52	8,366	1,050	0,296
Afetos negativos	19,71	7,017	21,10	6,511	-0,994	0,323
Diferença de afetos	9,42	10,118	6,42	11,758	1,355	0,179

### Bem-estar subjetivo e habilitações literárias

Uma das questões que se coloca respeita à relação entre o bem-estar subjetivo e a escolaridade dos participantes. Do resultado obtido com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis, ressalta-se que os doentes com mais habilitações literárias (ensino superior) são os que manifestam mais afetos positivos, secundados pelos que têm escolaridade até ao 9.º ano, resultando em diferença estatisticamente significativa ( $X^2=6,989$ ;  $p=0,030$ ). Quanto aos afetos negativos, constata-se que quem mais os manifestam são os doentes com menos escolaridade, seguidos dos que possuem o ensino secundário. Os doentes com mais habilitações literárias também apresentam mais diferença de afetos (cf. Tabela 27) mas as diferenças entre grupos não são significativas

Tabela 27 – Teste de Kruskal-Wallis entre o bem-estar subjetivo e as habilitações literárias

Habilitações literárias	Até ao 9.º ano	Ensino secundário	Ensino superior	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Bem-estar subjetivo					
Afetos positivos	45,59	45,36	62,77	6,989	<b>0,030</b>
Afetos negativos	51,05	50,55	47,90	0,194	0,908
Diferença de afetos	45,67	47,14	59,67	4,050	0,132

### Bem-estar subjetivo e situação profissional

De igual modo, procurou-se saber se a situação profissional interfere no bem-estar subjetivos dos sujeitos da amostra, verificando-se, através do Teste U de Mann-Whitney, que os doentes ativos profissionalmente revelam mais afetos positivos, com diferença estatisticamente significativa ( $p=0,031$ ), enquanto os doentes que não se encontram ativos

profissionalmente manifestam mais afetos negativos. Apura-se ainda que os doentes com mais diferença de afetos são os que se encontram ativos profissionalmente (cf. Tabela 28).

Tabela 28 – Teste U de Mann-Whitney entre o bem-estar subjetivo e a situação profissional

Situação profissional	Ativo	Não ativo	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Bem-estar subjetivo				
Afetos positivos	54,41	41,18	798,000	<b>0,031</b>
Afetos negativos	49,52	50,97	1057,000	0,812
Diferença de afetos	53,00	44,00	891,000	0,141

Em síntese:

- os homens revelam mais afeto positivo e diferença de afetos, as mulheres revelam mais afetos negativo (afetos negativos  $p=0,021$ );
- os doentes na faixa etária dos 36-44 anos melhor bem-estar subjetivo;
- os doentes que coabitam com companheiro(a) revelam melhor bem-estar subjetivo;
- os doentes residentes em meio urbano manifestam mais afetos positivos e diferença de afetos e os que vivem em meio rural mais afetos negativos;
- os doentes com mais habilitações literárias (ensino superior) manifestam mais afetos positivos ( $X^2=6,989$ ;  $p=0,030$ ) e diferença de afetos, os que têm menos escolaridade afetos negativos.
- os doentes ativos profissionalmente revelam mais afetos positivos ( $p=0,031$ ) e diferença de afetos, os doentes que não se encontram ativos profissionalmente manifestam mais afetos negativos.

### 2.2.2. Relação entre as variáveis clínicas e o bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn

A terceira questão de investigação procurava saber se existe relação entre as variáveis clínicas e o bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn, cujos resultados são descritos seguidamente.

### Bem-estar subjetivo e tempo diagnóstico da doença

A Tabela 29 reporta-se aos resultados da relação entre o bem-estar subjetivo e o tempo de diagnóstico da Doença de Crohn, tendo-se utilizado um teste de Kruskal-Wallis, cujos dados demonstram que os doentes com mais afetos positivos são os que possuem a doença há mais tempo, sendo os que possuem a doença há menos tempo a manifestar menos afetos positivos, resultando em diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=8,039$ ;  $p=0,018$ ). Quem manifesta mais afetos negativos são os doentes com diagnóstico da Doença de Crohn entre 5-10 anos. Nota-se que os doentes com mais tempo de diagnóstico revelam mais diferença de afetos.

Tabela 29 – Teste de Kruskal-Wallis entre o bem-estar subjetivo e o tempo de diagnóstico da Doença de Crohn

Tempo de diagnóstico	<5 anos	5-10 anos	>10 anos	$X^2$	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Bem-estar subjetivo					
Afetos positivos	42,57	45,79	60,91	8,039	<b>0,018</b>
Afetos negativos	50,83	52,45	47,14	0,588	0,745
Diferença de afetos	45,10	45,09	58,97	5,290	0,071

### Bem-estar subjetivo e presença de doenças concomitantes

No intuito de se verificar se o bem-estar subjetivo é discriminado pela presença de doenças concomitantes, efetuou-se um Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias. Nota-se assim, pelos valores de ordenação média, que os doentes que não têm doenças concomitantes manifestam mais afetos positivos, com relevância estatística ( $p=0,044$ ). É também neste grupo de doentes onde se regista o valor de ordenação média mais elevado para a diferença de afetos, enquanto os doentes que têm doenças concomitantes revelam mais afetos negativos (cf. Tabela 30).

Tabela 30 – Teste U de Mann-Whitney entre o bem-estar subjetivo e a presença de doenças concomitantes

Doenças concomitantes	Sim	Não	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Bem-estar subjetivo				
Afetos positivos	40,00	53,38	675,000	<b>0,044</b>
Afetos negativos	53,64	48,77	834,000	0,463
Diferença de afetos	40,48	53,22	687,000	0,055

### Bem-estar subjetivo e realização de cirurgias intestinais prévias

Na tentativa de se saber se a realização de cirurgias intestinais prévias influencia o bem-estar subjetivo da pessoa com Doença de Crohn, aplicou-se um Teste T, cujas médias revelam que são os doentes que já foram sujeitos a cirurgias intestinais prévias os que manifestam mais afetos positivos e maior diferença de afetos. Por sua vez, os doentes que não realizaram cirurgias intestinais prévias manifestam mais afetos negativos. Não se regista relevância estatística entre os grupos (cf. Tabela 31).

Tabela 31 – Teste T de Student entre o bem-estar subjetivo e a realização de cirurgias intestinais prévias

Zona de residência	Sim		Não		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
<b>Bem-estar subjetivo</b>						
Afetos positivos	29,97	8,865	27,47	6,279	1,644	0,103
Afetos negativos	21,27	7,702	19,59	6,122	1,207	0,230
Diferença de afetos	8,70	12,772	7,88	9,437	0,367	0,715

### Bem-estar subjetivo e absentismo ao trabalho

Constata-se, pelos resultados apurados da aplicação do Teste U de Mann-Whitney, que os doentes que não tiveram necessidade de faltar ao trabalho nos últimos 15 dias devido à Doença de Crohn são os que manifestam mais afetos positivos e mais diferença de afetos, enquanto os que tiveram de faltar revelam mais afetos negativos, verificando-se diferenças estatisticamente significativas nos afetos negativos ( $p=0,000$ ) e na diferença de afetos ( $p=0,007$ ) (cf. Tabela 32).

Tabela 32 – Teste U de Mann-Whitney entre o bem-estar subjetivo e a absentismo ao trabalho nos últimos 15 dias devido à Doença do Crohn

Abstinência ao trabalho nos últimos 15 dias	Sim	Não	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
<b>Bem-estar subjetivo</b>				
Afetos positivos	42,78	50,72	340,000	0,428
Afetos negativos	82,61	46,74	111,500	<b>0,000</b>
Diferença de afetos	25,33	52,47	183,000	<b>0,007</b>

### Bem-estar subjetivo e internamentos hospitalares devido à Doença do Crohn

Outra questão que se colocou foi se há relação entre o bem-estar subjetivo e os internamentos hospitalares devido à Doença de Crohn, tendo-se, para tal, usado um Teste U de Mann-Whitney, cujos resultados indicam que os valores de ordenação média mais elevados correspondem aos doentes que já estiveram internados devido à Doença de Crohn, todavia, sem relevância estatística (cf. Tabela 33).

Tabela 33 – Teste U de Mann-Whitney entre o bem-estar subjetivo e internamentos hospitalares devido à Doença do Crohn

Internamentos hospitalares Bem-estar subjetivo	Sim	Não	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Afetos positivos	51,41	45,60	794,500	0,388
Afetos negativos	51,28	46,00	804,000	0,433
Diferença de afetos	50,01	49,98	899,500	0,997

### Bem-estar subjetivo e frequência das idas ao hospital devido à Doença de Crohn

Os resultados obtidos do Teste de Kruskal-Wallis aludem para umais afetos positivos por parte dos doentes que vão entre 2-4 meses ao hospital devido à Doença de Crohn, bem como são estes os que manifestam mais diferença de afetos. Os doentes que vai de 4 em 4 meses ou mais ao hospital revelam mais afetos negativos, mas sem se registarem diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 34).

Tabela 34 – Teste de Kruskal-Wallis entre o bem-estar subjetivo e a frequência das idas ao hospital devido à Doença de Crohn

Frequência das idas ao hospital devido à Doença de Crohn Bem-estar subjetivo	<2 meses	2-4 meses	>4 meses	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Afetos positivos	48,41	51,21	36,79	3,408	0,182
Afetos negativos	49,95	43,21	52,26	1,809	0,405
Diferença de afetos	46,64	52,30	38,09	3,304	0,192

Em síntese:

- os doentes com mais afetos positivos possuem a doença há mais tempo, os que possuem a doença há menos tempo apresentam menos afetos positivos ( $X^2=8,039$ ;  $p=0,018$ ), os doentes com diagnóstico da Doença de Crohn entre 5-10 anos revelam mais afetos negativos;

- os doentes que não têm doenças concomitantes manifestam mais afetos positivos e diferença de afetos, enquanto os doentes que têm doenças concomitantes revelam mais afetos negativos;

- os doentes que já foram sujeitos a cirurgias intestinais prévias exteriorizam mais afetos positivos e maior diferença de afetos, os que não realizaram cirurgias intestinais prévias expressam mais afetos negativos;

- os doentes que não tiveram necessidade de faltar ao trabalho nos últimos 15 dias devido à Doença de Crohn exteriorizam mais afetos positivos e mais diferença de afetos ( $p=0,007$ ), os que tiveram de faltar revelam mais afetos negativos ( $p=0,000$ );

- os doentes que já estiveram internados devido à Doença de Crohn apresentam melhor bem-estar subjetivo;

- com mais afetos positivos e diferença de afetos estão os doentes que vão entre 2-4 meses ao hospital devido à Doença de Crohn, os que vão de 4 em 4 meses ou mais ao hospital revelam mais afetos negativos.

### 2.2.3. Variáveis preditoras do bem-estar subjetivo

A última questão de investigação prevê estudar quais as variáveis preditoras do bem-estar subjetivo, cujos resultados se apresentam seguidamente.

#### Relação entre o afeto positivo e as variáveis independentes

Estudou-se, em primeiro lugar, a relação entre os afetos positivos e as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, clínicas, ansiedade, stresse, depressão e sentido de vida). Os valores correlacionais (cf. Tabela 35), entre as diferentes variáveis independentes e a variável dependente afetos positivos são negativas para o stresse, ansiedade e depressão, o que permite afirmar que quanto menor forem o stresse, ansiedade e depressão, mais afetos positivos os doentes possuem, oscilando entre  $r=-0,166$  no stresse e  $r=-0,317$  na depressão.

Tabela 35 - Correlações de Pearson entre os afetos positivos e as variáveis independentes

Variáveis independentes	r	p
Idade	0,072	0,239
Sexo	0,015	0,442
Stresse	-0,166	0,052
Ansiedade	-0,218	0,016
Depressão	-0,317	0,001
Sentido de vida	0,543	0,000

Neste modelo de regressão, apenas uma variável se configurou como preditora dos afetos positivos. A variável a entrar no modelo de regressão foi o sentido de vida, explica na sua totalidade 29,5% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 28,8%. O erro padrão de regressão é 6,290 o teste F ( $f=40,172$ ;  $p=0,000$ ) e os valores de t ( $t=0,925$ ;

$p=0,00$ ) apresentam significância estatística, o que leva a inferir que a variável sentido de vida, que entrou no modelo de regressão, tem poder explicativo sobre os afetos positivos.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que o sentido de vida estabelece uma relação direta com os afetos positivos, sugerindo que quanto mais sentido de vida, maiores afetos positivos os doentes possuem. Utilizou-se o VIF (*variance inflation factor*) para diagnosticar a multicolaridade ( $VIF=1,000$ ), concluindo-se pelo resultado que o sentido de vida não é colinear, uma vez que é inferior a 5.0, conforme preconizado por Pestana & Gageiro (2014).

Pela constante e pelos coeficientes B podemos determinar o modelo final ajustado para os afetos positivos que, neste caso, é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Afetos positivos} = 3,656 + (0,889 \text{ sentido de vida})$$

Tabela 36 - Regressão múltipla entre os afetos positivos e as variáveis independentes

<b>Variável dependente: Afetos positivos</b>					
R=0,543					
R <sup>2</sup> =0,295					
R <sup>2</sup> Ajustado=0,288					
Erro padrão de estimativa=6,290					
Incremento de R <sup>2</sup> =0,295					
F=40,172					
p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente beta	T	p	VIF
Constante	3,656		0,925	,357	
Sentido de vida	0,889	0,543	6,338	0,000	1,000

#### Relação entre o afeto negativos e as variáveis independentes

Estudou-se, em segundo lugar, a relação entre os afetos negativos e as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, clínicas, ansiedade, stresse, depressão e sentido de vida). Os valores correlacionais (cf. Tabela 37), entre as diferentes variáveis independentes e a variável dependente afetos negativos são negativas para o sexo ( $r=-0,224$ ) e para o sentido de vida ( $r=-0,356$ ), estabelecendo-se uma relação positiva com as restantes variáveis independentes. Apenas não existem diferenças estatisticamente significativas na idade ( $p=0,466$ ).

Tabela 37 - Correlações de Pearson entre os afetos negativos e as variáveis independentes

Variáveis independentes	r	p
Idade	0,009	0,466
Sexo	-0,224	0,013
Stresse	0,683	0,000
Ansiedade	0,578	0,000
Depressão	0,575	0,000
Sentido de vida	-0,356	0,000

Neste modelo de regressão, apenas uma variável se configurou como preditora dos afetos negativos. A variável a entrar no modelo de regressão foi o stresse que explica, na sua totalidade, 46,7% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 46,1%. O erro padrão de regressão é 5,015 e o teste F ( $f=83,991$ ;  $p=0,000$ ) e os valores de t ( $t=14,745$ ;  $p=0,00$ ), os quais apresentam significância estatística, sugerindo que a variável stresse, que entrou no modelo de regressão, tem poder explicativo sobre os afetos negativos.

Através dos coeficientes padronizados beta, constata-se que o stresse estabelece uma relação direta com os afetos negativos, inferindo-se que quanto mais stresse os doentes sentem, mais afetos negativos estes revelam. Utilizou-se o VIF para diagnosticar a multicolaridade ( $VIF=1,000$ ), inferindo-se que o stresse não é colinear, uma vez que é inferior a 5.0.

Pela constante e pelos coeficientes B podemos determinar o modelo final ajustado para os afetos positivos que, neste caso, é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Afetos negativos} = 13,407 + (0,934 \text{ stresse})$$

Tabela 38 - Regressão múltipla entre os afetos negativos e as variáveis independentes

Variável dependente: Afetos negativos					
R=0,683					
R <sup>2</sup> =0,467					
R <sup>2</sup> Ajustado=0,461					
Erro padrão de estimativa=5,015					
Incremento de R <sup>2</sup> =0,467					
F=83,991					
p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente beta	T	p	VIF
Constante	13,407		14,745	0,000	
Stress	0,934	0,683	9,165	0,000	1,000

### Relação entre a diferença de afetos e as variáveis independentes

Estudou-se, por último, a relação entre a diferença de afetos e as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, clínicas, ansiedade, stresse, depressão e sentido de vida). Os valores correlacionais (cf. Tabela 39), entre as diferentes variáveis independentes e a variável dependente diferença de negativos são negativas para o stresse ( $r=-0,547$ ), ansiedade ( $r=-0,517$ ) e para a depressão ( $r=-0,583$ ), sugerindo que quanto mais níveis de stresse, ansiedade e depressão os doente tiverem maior será a diferença de afetos. Existem diferenças estatisticamente significativas, à exceção da idade ( $p=0,332$ ) e do sexo ( $p=0,067$ ).

Tabela 39 - Correlações de Pearson entre diferença de afetos e as variáveis independentes

Variáveis independentes	r	p
Idade	0,044	0,332
Sexo	0,152	0,067
Stresse	-0,547	0,000
Ansiedade	-0,517	0,000
Depressão	-0,583	0,000
Sentido de vida	0,601	0,000

No presente modelo de regressão foram duas as variáveis que se revelaram como preditoras da diferença de afetos negativos, tendo sido o sentido de vida e o stresse a entrarem no modelo de regressão, explicando, na sua totalidade, 49,6% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 48,6%. O erro padrão de regressão é 7,737 e o teste F ( $f=25,618$ ;  $p=0,000$ ) e os valores de t ( $t=-2,949$ ;  $p=0,00$ ), apresentando significância estatística, sugerindo que estas variáveis, que entraram no modelo de regressão, têm poder explicativo sobre a diferença de afetos.

Pelos coeficientes padronizados beta, constata-se que o sentido de vida estabelece uma relação direta com a diferença de afetos, inferindo-se que quanto mais sentido de vida os doentes possuem, mais diferença de afetos estes revelam. O stresse estabelece uma relação negativa com a diferença de afetos, sugerindo que quanto menos stresse maior é a diferença de afetos. Utilizou-se o VIF para diagnosticar a multicolaridade ( $VIF=1,124$ ), inferindo-se que o sentido de vida e o stresse não são colinear, uma vez que são inferiores a 5.0.

Pela constante e pelos coeficientes B podemos determinar o modelo final ajustado para os afetos positivos que, neste caso, é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Diferença de afetos} = -16,725 + (1,115 \text{ sentido de vida}) + (-0,844 \text{ stresse})$$

Tabela 40 - Regressão múltipla entre os afetos negativos e as variáveis independentes

<b>Variável dependente: Afetos negativos</b>					
R=0,705					
R <sup>2</sup> =0,496					
R <sup>2</sup> Ajustado=0,486					
Erro padrão de estimativa=7,737					
Incremento de R <sup>2</sup> =0,136					
F=25,618					
p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente beta	T	p	VIF
Constante	-16,725		-2,949	0,004	
Sentido de vida	1,115	0,471	6,101	0,000	1,124
Stress	-0,844	-0,391	-5,061	0,000	1,124

Em síntese:

As variáveis preditoras do bem-estar subjetivo foram o sexo, a idade, a ansiedade, o stresse, a depressão e o sentido de vida.

### 3. Discussão dos resultados

Depois de se apresentar os resultados, faz-se a sua discussão, tendo em conta as questões de investigação e os objetivos inicialmente delineados em função do quadro teórico apresentado. Todavia, antes apresenta-se a discussão metodológica, tendo em conta as limitações encontradas durante a realização do estudo.

#### 3.1. Discussão metodológica

Começa-se por referir que a estratégia metodológica seguida nesta investigação teve em consideração o tipo de estudo, as questões de investigação, os objetivos e o tipo de amostra, tendo-se escolhido, como instrumento de recolha de dados, o questionário de autorresposta. Considera-se que a sua aplicação a 99 pessoas com Doença do Crohn do Hospital Dia de Gastroenterologia e das Consultas Externas de um Hospital Central foi a mais ajustada, uma vez que possibilitou identificar, num curto espaço de tempo, que variáveis sociodemográficas e clínicas interferem bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn e averiguar se existe relação entre o stresse e o sentido de vida com o bem-estar subjetivo dessas pessoas. Todavia, importa ressaltar que a veracidade dos resultados está dependente da honestidade e da sinceridade das participantes, ou seja, as suas respostas poderão ter sido mais dirigidas a condutas desejáveis, sem que traduzam as condutas concretas.

Importa também referir a dimensão da amostra, que não é representativa da população portuguesa com Doença do Crohn e não permite que se façam generalizações dos resultados obtidos. Contudo, considera-se que se alcançaram informações robustas para a compreensão do fenómeno em análise.

Enquadrando-se o estudo empírico num tipo de pesquisa descritiva analítica-correlacional, com enfoque transversal, considera-se que estes pressupostos também se constituem como uma limitação metodológica, uma vez que as avaliações foram realizadas num único “momento”, não existindo um período de seguimento das participantes. É consensual que este tipo de estudo tem as suas vantagens, sobretudo por ser mais rápido, menos dispendioso, menos complexo em termos logísticos, sem que se apresente sensível a problemas, designadamente as perdas de seguimento, o que é uma característica dos estudos longitudinais. Contudo, considera-se que o tipo de estudo empírico seguido foi o mais apropriado para identificar os comportamentos dos participantes. Por outro lado,

possibilitou identificar a inter-relação entre a variável dependente (bem-estar subjetivo) e variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, de contexto clínico e variáveis psicológicas), tendo-se, *a priori*, obtido evidências que permitam explicar a forma como decorreu o fenómeno em estudo.

Apesar destas limitações, crê-se que os resultados obtidos permitiram adquirir um conhecimento mais concreto e científico acerca do bem estar-subjetivo de pessoas com Doença do Crohn, tendo em conta a sua perspetiva pessoal.

### 3.2. Discussão dos resultados

A Doença de Crohn consiste numa doença inflamatória intestinal com evolução crónica, originando repercussões importantes na qualidade de vida dos doentes, sendo este um parâmetro cuja avaliação implica a determinação do nível de bem-estar subjetivo e ao estado psicológico dos doentes, sendo útil como instrumento de avaliação para que se possam delinear intervenções de apoio a essas pessoas.

Foi com base nestas premissas que se desenvolveu o presente estudo, que tem como amostra 99 pessoas com Doença de Crohn, maioritariamente feminina (54,5%), com uma idade mínima de 18 anos e uma máxima de 90 anos, ao que corresponde a uma média de idades de 40,10 anos ( $\pm 13,19$  anos), residentes, na sua maioria (59,6%), em meio urbano, com companheiro(a) (64,6 %), predominando os participantes ativos profissionalmente (66,7%) e com habilitações literárias equivalentes ao ensino secundário (44,4%). O tempo de diagnóstico da Doença de Crohn, na amostra total, revela um mínimo de 1 ano e um máximo de 40 anos, correspondendo-lhe um tempo médio de 9,52 anos ( $\pm 8,402$  anos). Mais especificamente, constatou-se que os doentes que possuem a Doença de Crohn há menos de 5 anos (35,4%) e há mais de 10 anos (35,4%), correspondendo a 35,6% dos homens com doença há menos de 5 anos e a 35,2% das mulheres. A maioria dos doentes não possui doenças concomitantes (74,7%), com 28% a referirem que possuem doenças endócrinas/metabólicas e 20% doenças osteoarticulares. Constatou-se também que 59,6% dos doentes não fez cirurgias intestinais prévias, dos quais 62,2% são homens e 57,4% mulheres, contrariamente a 40,4% dos doentes que fizeram cirurgias intestinais prévias. Todavia, no estudo de Lima, Ribeiro, Chebli et al. (2012), 36% dos doentes tinham história prévia de cirurgia intestinal, estando 82% em remissão clínica na inclusão.

Apesar dos avanços na medicina e nas formas menos invasivas de tratamento da Doença de Crohn, a cirurgia ainda desempenha um papel fundamental no tratamento destes doentes (Kotze & Araújo, 2016; Júnior & Errante, 2016). Segundo os mesmos autores,

estima-se que cerca de 70 a 90% dos doentes necessitam de alguma forma de tratamento cirúrgico ao longo da sua vida, que variam desde simples drenagens de abscessos anais até às mais complexas ressecções de segmentos intestinais.

No que se refere à necessidade de internamentos hospitalares devido à Doença de Crohn, apurou-se que mais de metade da amostra 75,8% admitiu que sim, com 68,9% de homens a referirem os internamentos e 81,5% das mulheres. Coelho (2010) no seu estudo, com uma amostra de pessoas com Doença de Crohn, também maioritariamente feminina, casados, em atividade profissional, mas com nível de escolaridade menor que o 9º ano e com uma duração de doença entre os 2 a 10 anos, 44,8% tinham comorbilidades, com necessidade de internamento hospitalar, tendo 10,3% referenciado cirurgias intestinais, indo, na sua maioria, ao hospital devido à Doença de Crohn, uma média de 2 a 4 meses, o que foi corroborado no presente estudo, uma vez que se constatou que 42,6% dos participantes referem que vão ao hospital por volta de 2-4 meses, seguindo-se os que vão ao hospital de 2 em 2 meses, sendo poucos os que vão acompanhados. De entre os que se fazem acompanhar quando vão ao hospital, 16,2% são acompanhados pela mãe, 15,2% pela esposa e 18,2% pelo marido, o que também está em conformidade com o estudo de Coelho (2010).

Em relação aos dados referentes ao stresse, ansiedade e depressão, os índices médios são de 7,38 ( $\pm$  4,97 dp) para o stresse, 5,79 ( $\pm$ 3,84 dp) para a ansiedade e 4,85 ( $\pm$ 4,66 dp) para a depressão. Constatou-se que as mulheres apresentam mais stresse, maiores níveis ansiogénicos e mais sintomas depressivos, resultando em diferenças estatisticamente significativas no stresse ( $p=0,001$ ) e na ansiedade ( $p=0,000$ ). A Doença de Crohn não é unicamente caracterizada com manifestações intestinais e extraintestinais, mas igualmente por alterações psicológicas, que se podem refletir nos relacionamentos, nas atividades sociais, familiares e no trabalho. As implicações psicossociais da Doença de Crohn são tão graves como as de âmbito físico. É inquestionável o efeito do diagnóstico de doença sobre o bem-estar emocional (Keitel & Kopala, 2011; Sarafino, 2012).

Ribeiro (2014) refere que existem evidências de que os sintomas de ansiedade, stresse e depressão em pessoas com Doença de Crohn são mais severos durante os períodos de doença ativa, constatando-se que os transtornos psicológicos parecem desempenhar um papel na exacerbação dos sintomas da patologia. A mesma autora refere ainda que a atividade da Doença de Crohn está fortemente relacionada com o humor deprimido, sendo a depressão e a ansiedade condições altamente concorrentes como fatores de risco para recidiva clínica precoce em doentes com Doença de Crohn inativa.

Lima, Ribeiro, Chebli et al. (2012) mencionam que a maioria das pessoas com doença inflamatória intestinal relata que o stresse psicossocial é o principal motivo para o agravamento da sua doença, a resposta ao stresse congrega mecanismos neurais e hormonais numa tentativa de restaurar ou reforçar o funcionamento normal do corpo. Há uma forte associação dos fatores psicológicos nas recaídas dos doentes em remissão. Os mesmos autores referem que estudos recentes sugerem que as ligações nervosas entre o cérebro e o intestino estimulam as células inflamatórias na parede intestinal. Neste processo, as substâncias liberadas incitam a inflamação e o aumento de bactérias prejudiciais na mucosa intestinal. Por conseguinte, o stresse pode agudizar as crises pelo atraso na remissão e agressão do assoalho intestinal. Ribeiro (2014) também verificou que o stresse interfere na qualidade de vida do doente com doença inflamatória intestinal, o que deve ser tomado em conta na adaptação à doença, designadamente ao nível da intervenção psicológica com esses doentes.

### **3.2.1. Bem-estar subjetivo e variáveis sociodemográficas**

Em relação à primeira questão de investigação, através da qual se procurou saber se existe relação entre as variáveis sociodemográficas e o bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn, constatou-se que o sexo é uma variável com relevância estatística, cuja média registada no afeto positivo é ligeiramente mais elevada para os homens, sendo também neste grupo onde a média é mais elevada para a diferença de afetos. As mulheres revelam mais afetos negativos. Os resultados indicam que o sexo tem influência na perceção de bem-estar subjetivo (afetos negativos  $p=0,021$ ). Esta evidência corrobora o facto de se ter constatado que são as mulheres que apresentam mais stresse, mais ansiedade e mais sintomas depressivos. No estudo de Lima, Ribeiro, Chebli et al. (2012), a oscilação de humor ocorreu em 58% dos doentes, tendo 28% evoluído com sintomas depressivos e/ou ansiosos a partir do humor normal de base, tendo as mulheres revelado mais oscilação de humor, o que está em conformidade com o presente estudo.

Outro resultado a que se chegou refere-se às habilitações literárias, verificando-se que os doentes com mais habilitações literárias (ensino superior) são os que manifestam mais afetos positivos, secundados pelos que têm escolaridade até ao 9.º ano, resultando em diferença estatisticamente significativa ( $X^2=6,989$ ;  $p=0,030$ ). Quanto aos afetos negativos, são os doentes com menos escolaridade que os manifestam, seguidos dos que possuem o ensino secundário. Os doentes com mais habilitações literárias também apresentam mais diferença de afetos. A compreensão da causalidade multifatorial das doenças intestinais

inflamatórias, como a Doença de Crohn, sugere uma possível modulação do processo da doença pelos aspetos emocionais, podendo agravar os sintomas, provocar recidivas (Mikocka-Walus, Turnbull, Moulding, Wilson, Andrews & Holtmann, 2007). Lima, Ribeiro, Chebli et al. (2012) referem que existe um forte indício do impacte das emoções sobre a Doença de Crohn. Embora essa associação seja, atualmente, aceite, tem havido, segundo os autores citados, pouca mudança e impacte na evolução e na prática clínica da doença. Acrescenta que existem estudos prospetivos controlados sobre o possível papel que os aspetos psicológicos possam desempenhar no desencadeamento e/ou no desenvolvimento clínico da Doença de Crohn. Todavia, no seu estudo são os doentes com menos escolaridade os que manifestam mais oscilação de humor, revelando mais afetos negativos, o que está em consonância com os dados obtidos no presente estudo.

A situação profissional também é uma variável sociodemográfica com interferência estatística no bem-estar subjetivos dos sujeitos da amostra, tendo-se aferido que os doentes ativos profissionalmente revelam mais afetos positivos, com diferença estatisticamente significativa ( $p=0,031$ ), enquanto os doentes que não se encontram ativos profissionalmente manifestam mais afetos negativos. Estes resultados podem ser explicados com o facto de os doentes que se encontram ativos a nível profissional terem conseguido adaptar-se de forma mais positiva à sua doença, apresentando um estado psicológico que os leva a ter uma vida ativa mais satisfatória, existindo menor predisposição a distúrbios psicológicos face às circunstâncias da doença (Persoons, Vermeire, Demyttenaere, Fischler, Vandenberghe & Van Oudenhove, 2005).

Do ponto de vista sociodemográfico, os doentes do sexo feminino, o desemprego, a recorrência de períodos de suspensão transitória da atividade profissional e um nível educacional mais baixo, estão relacionados com um pior bem-estar subjetivo. Os fatores psicológicos, como o stresse, a ansiedade e a depressão afetam direta e indiretamente o bem-estar subjetivos destes doentes (Coelho, 2010; Ribeiro, 2014).

### **3.2.2. Bem-estar subjetivo e variáveis clínicas**

Os resultados referentes à segunda questão de investigação, a partir da qual se objetivou estudar a relação entre as variáveis clínicas e o bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn, indicam que os doentes com mais afetos positivos são os que possuem a doença há mais tempo, sendo os que possuem a doença há menos tempo a manifestar menos afetos positivos, resultando em diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=8,039$ ;  $p=0,018$ ). São várias as implicações que, desde o primeiro momento, acometem

a pessoa com Doença do Crohn e que exigem que esta se ajuste à nova realidade. Quando esta adaptação à doença é devidamente trabalhada e bem-sucedida, possibilita que a pessoa tenha oportunidade de viver a sua vida em plenitude, ou seja, significa que esta está devidamente adaptada às limitações que a doença acarreta, conseqüentemente, deixa de ter um peso tão negativo como se poderia esperar. Neste sentido, grande parte dos doentes crónicos conseguem ter um percurso de vida ativo, à semelhança de uma pessoa saudável (Ribeiro, 2014, p. 3).

Aferiu-se também que os doentes que não têm doenças concomitantes manifestam mais afetos positivos, com relevância estatística ( $p=0,044$ ). É também neste grupo de doentes onde se regista o valor de ordenação média mais elevado para a diferença de afetos, enquanto os doentes que têm doenças concomitantes revelam mais afetos negativos. É comumente aceite que o diagnóstico de uma doença crónica acarreta implicações negativas para a pessoa, o que é agudizado com a presença de doenças concomitantes (Büssing & Koenig, 2010). Segundo os mesmos autores, esta conjunção pode tornar-se numa experiência de frustração, em que a pessoa se vê impedida de continuar o seu projeto de vida, podendo igualmente resultar em sofrimento físico e psicológico, desencadeando sentimentos como tristeza, ansiedade, solidão, isolamento, e incerteza, ou seja, afetos negativos. Ribeiro (2014) refere que, nestes casos, há uma diminuição da autoestima, desencadeando afetos negativos.

Constatou-se ainda que os doentes que não tiveram necessidade de faltar ao trabalho nos últimos 15 dias devido à Doença de Crohn são os que manifestam mais afetos positivos e mais diferença de afetos, enquanto os que tiveram de faltar revelam mais afetos negativos, resultando em relevância estatística (afetos negativos  $p=0,000$ ; diferença de afetos  $p=0,007$ ), estando estes resultados em conformidade com os apurados por Mikocka-Walus et al. (2007), cujo estudo relva que os doentes que não têm tanta necessidade de abstenção laboral mostram níveis mais elevados de afetos positivos e níveis de afetos negativos mais baixos. Todavia, os mesmos autores alertam para o facto de os doentes com Doença de Crohn estarem mais vulneráveis ao stresse e ansiedade, por exemplo, quando comparados com os doentes com colite ulcerosa.

### **3.2.3. Variáveis preditoras do bem-estar subjetivo**

As variáveis preditoras do bem-estar subjetivo foram o sexo, a idade, a ansiedade, o stresse, a depressão e o sentido de vida. Apurou-se que o sentido de vida estabelece uma relação direta com os afetos positivos, sugerindo que quanto mais sentido de vida, maiores

afetos positivos os doentes possuem. O stresse estabelece uma relação direta com os afetos negativos, inferindo-se que quanto mais stresse os doentes sentem, mais afetos negativos estes revelam. Por sua vez, o sentido de vida estabelece uma relação direta com a diferença de afetos, inferindo-se que quanto mais sentido de vida os doentes possuem, mais diferença de afetos estes revelam. O stresse estabelece uma relação negativa com a diferença de afetos, sugerindo que quanto menos stresse maior é a diferença de afetos. Guerra, Lencastre, Silva e Teixeira (2017) observaram numa amostra de 200 doentes com doença crónica uma associação positiva, significativa e moderada entre o sentido de vida e o bem-estar subjetivo, sendo que noutro estudo o sentido de vida assumiu ainda um papel preditor do bem-estar subjetivo (Silva & Guerra, 2011).



## Conclusões

A Doença de Crohn consiste numa inflamação crónica da parede intestinal que, juntamente com a colite ulcerosa, constitui o grupo das denominadas doenças inflamatórias do intestino, que afeta cerca de 20 mil pessoas em Portugal, segundo dados da Associação Portuguesa de Doença Inflamatória do Intestino (2016). Embora possa afetar pessoas de qualquer idade, esta doença é mais frequentemente diagnosticada em jovens adultos. Manifesta-se geralmente na porção mais baixa do intestino delgado (íleo) e no intestino grosso, contudo pode ocorrer em qualquer segmento do trato gastrointestinal, desde a boca até ao ânus. Trata-se de um problema que pode ser incapacitante, uma vez que se alternam períodos de doença ativa com períodos em que não existem sintomas, não sendo possível prever a ocorrência de nenhuma destas fases nem a sua duração. Apesar de as suas causas serem desconhecidas, as investigações científicas apontam para três possibilidades: disfunção do sistema imunitário, infeção ou tipo de alimentação.

Partindo-se destas evidências, realizou-se um estudo quantitativo, com corte transversal, descritivo analítico-correlacional, que contou com uma amostra 99 pessoas com Doença de Crohn do Hospital Dia de Gastroenterologia e das Consultas Externas de um Hospital Central, com prevalência de doentes do sexo feminino, com uma média de idades de 40,10 anos ( $\pm 13,19$  anos), residentes, na sua maioria, em meio urbano, com companheiro(a), predominando os participantes ativos profissionalmente e com habilitações literárias equivalentes ao ensino secundário.

O tempo de diagnóstico da Doença de Crohn, na amostra total, revela um mínimo de 1 ano e um máximo de 40 anos, correspondendo-lhe um tempo médio de 9,52 anos ( $\pm 8,402$  anos). Na amostra, prevalecem os doentes que possuem a Doença de Crohn há menos de 5 anos e há mais de 10 anos. A maioria não possui doenças concomitantes, não fez cirurgias intestinais prévias, mas com um predomínio de doentes com necessidade de internamentos hospitalares devido à Doença de Crohn, indo, na sua maioria, ao hospital, devido à patologia, uma média de 2 a 4 meses, sendo poucos os que vão acompanhados.

Os resultados referentes às médias obtidas no stresse, na ansiedade e na depressão revelam índices médios de 7,38 ( $\pm 4,97$  dp) para o stresse, 5,79 ( $\pm 3,84$  dp) para a ansiedade e 4,85 ( $\pm 4,66$  dp) para a depressão. Concluiu-se que as mulheres manifestam mais stresse, maiores níveis ansiogénicos e mais sintomas depressivos, resultando em diferenças estatisticamente significativas no stresse ( $p=0,001$ ) e na ansiedade ( $p=0,000$ ).

No que diz respeito às conclusões obtidas na primeira questão de investigação, através da qual se procurou saber se **existe relação entre as variáveis**

**sociodemográficas e o bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn**, constatou-se que:

- o sexo tem influência a percepção de bem-estar subjetivo (afetos negativos  $p=0,021$ ), com as mulheres a manifestarem mais afetos negativos e os homens mais afetos positivos e mais diferença de afetos;

- as habilitações literárias têm relevância estatística, inferindo-se que os doentes com mais habilitações literárias (ensino superior) são os que revelam mais afetos positivos, secundados pelos que têm escolaridade até ao 9.º ano ( $X^2=6,989$ ;  $p=0,030$ ), os doentes com menos escolaridade manifestam mais afetos negativos, os doentes com mais habilitações literárias também patenteiam mais diferença de afetos;

- a situação profissional também é uma variável sociodemográfica com interferência estatística no bem-estar subjetivos dos sujeitos da amostra, concluindo-se que os doentes ativos profissionalmente revelam mais afetos positivos, com diferença estatisticamente significativa ( $p=0,031$ ), enquanto os doentes que não se encontram ativos profissionalmente manifestam mais afetos negativos.

Dos resultados concernentes à segunda questão de investigação, a partir da qual se objetivou estudar a **relação entre as variáveis clínicas e o bem-estar subjetivo da pessoa com Doença do Crohn**, concluiu-se que:

- o tempo de diagnóstico da Doença do Crohn interferiu estatisticamente no bem-estar subjetivos dos doentes, verificando-se que os que possuem a patologia há mais tempo apresentam mais afetos positivos e os que possuem a doença há menos tempo manifestam menos afetos positivos ( $X^2=8,039$ ;  $p=0,018$ );

- a presença de doenças concomitantes também é uma variável com relevância estatística, sendo os doentes que não as possuem a manifestar mais afetos positivos ( $p=0,044$ );

- de igual modo, a abstenção ao trabalho assume-se como uma variável com interferência estatística, aferindo-se que os doentes que não tiveram necessidade de faltar ao trabalho nos últimos 15 dias devido à Doença de Crohn expressam mais afetos positivos e mais diferença de afetos, enquanto os que tiveram de faltar apresentam mais afetos negativos (afetos negativos  $p=0,000$ ; diferença de afetos  $p=0,007$ ).

Os resultados obtidos nas regressões lineares múltiplas indicam que:

- o sentido de vida estabelece uma relação direta com os afetos positivos, indicando que quanto mais sentido de vida, maiores afetos positivos os doentes possuem;

- o stresse estabelece uma relação direta com os afetos negativos, sugerindo que quanto mais stresse os doentes sentem, mais afetos negativos estes revelam;

- o sentido de vida estabelece uma relação direta com a diferença de afetos, inferindo-se que quanto mais sentido de vida os doentes possuem, mais diferença de afetos estes revelam;

- o stresse estabelece uma relação negativa com a diferença de afetos, indicando que quanto menos stresse maior é a diferença de afetos.

Face a estes resultados, considera-se que seria importante que os doentes tivessem acesso direto a uma consulta com um psicólogo, principalmente nos momentos de crise. É que os gastroenterologistas, por autorrecriação, já apoiam os doentes no que podem, todavia não possuem disponibilidade adequada para um acompanhamento psicológico desejável para estes doentes.

Destaca-se também o papel do enfermeiro, na medida em que este é o profissional de saúde que mais tempo passa com os doentes, podendo proporcionar-lhes um acompanhamento psicossocial, para que os mesmos possam ter estratégias de *coping*, suporte social e *locus* de controlo que os ajudem a enfrentar o tratamento e os seus efeitos de uma forma mais positiva. Os resultados obtidos no presente estudo revelam que é importante dar-se especial atenção a estes agentes moderadores e à própria comorbilidade psicológica inerente à Doença de Crohn (sintomas de depressão, de stresse e de ansiedade, estratégias de *coping* não adaptativas) que, como resultado, conduzem à diminuição do bem-estar subjetivo e, eventualmente, a menor sentido de vida. Esta evidência resultou na tomada de consciência para a necessidade de, na futura profissional, enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estar mais desperta para prestar melhores cuidados a estes doentes, tendo como ponto de partida uma avaliação regular do seu bem-estar subjetivo e a provisão de um adequado suporte psicossocial.

As conclusões deste estudo sugerem a necessidade de se continuar a realizar pesquisas desta natureza, sobretudo ao nível da abordagem da sexualidade dos doentes com Doença de Crohn. Esta sugestão, para uma futura investigação, advém do facto de se constatar, na prática profissional, que estes doentes ficam com a sua sexualidade comprometida e sofrem muito psicologicamente. São poucos os homens que abordam esta questão e os que o fazem foi por terem associado a terapêutica medicamentosa à disfuncionalidade sexual, caso contrário não o fariam, assumindo alguns deles que este é um assunto que os constrange muito, pois sentem vergonha. No caso das mulheres, como têm muitas fístulas retovaginais, a sua sexualidade fica muito comprometida, um assunto

também pouco abordado pelas mesmas, mas que lhes causa sofrimento interior. Assim sendo, é importante a realização de uma investigação que permita estudar a sexualidade dos doentes com Doença de Crohn, de modo a poderem tirar-se outras ilações que ajudem a intervir de forma mais consentânea junto destes doentes, a fim de se obterem intervenções de qualidade, na garantia do bem-estar global destes doentes.

## Referências bibliográficas

- Albuquerque, A.S., & Tróccoli, B.T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2): 153-164.
- Associação Portuguesa da Doença Inflamatória do Intestino (2016). *Doença Inflamatória do Intestino*. Acedido em <http://www.apdi.org.pt/>
- Bishop, G. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston : Allynand Bacon.
- Büssing, A. & Koenig, H.G. (2010). Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases. *Religions*, 1, 18-27. doi:10.3390/rel1010018
- Caramelo, A.C.V. (2014). *Os cuidados de enfermagem e a satisfação do doente oncológico submetido a cirurgia*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16282/1/Tese%20de%20Mestrado%20Cristina%20Caramelo%202014%20doc.pdf>
- Coelho, M. I. D. (2010). *Qualidade de vida e doença inflamatória intestinal: avaliação de um grupo de doentes na consulta de doença inflamatória intestinal no Hospital Cova da Beira*. (Dissertação de Mestrado). Covilhã: Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde. Acedido em [www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=9e867724e8964691](http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=9e867724e8964691)
- Coutinho, C.P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Dezutter, J., Casalin, S., Wachholtz, A., Luyckx, K., Hekking, J., & Vandewiele, W. (2013). Meaning in life: An important factor for the psychological well-being of chronically ill patients?. *Rehabilitation Psychology*, 58(4), 334-341. doi:10.1037/a0034393
- Duarte, A. (2007). Tratamento cirúrgico. *Jornal Português Gastrenterologia*. Vol. 14, 2, 89-90. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ge/v14n2/v14n2a09.pdf>
- Evertsz, F., Bockting, C., Stokkers, P., Hinnen, C., Sanderman, R., & Sprangers, M. (2012). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the quality of life of patients with inflammatory bowel disease: multicenter design and study protocol (KL!C- study). *BMC Psychiatry*, 12227. doi:10.1186/1471-244X-12-227.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.

- Freire, Portela P. F., & Sofia, c. (2010). Scores Endoscópicos na Doença de Crohn. *Rev Port Coloproct.*; 7(3), 126-134. Acedido em [http://www.spcoloprocto.org/uploads/rpcol\\_\\_set\\_dez\\_2010\\_\\_pags\\_126\\_a\\_134.pdf](http://www.spcoloprocto.org/uploads/rpcol__set_dez_2010__pags_126_a_134.pdf)
- Friedman, S., & Blumberg, R. (2008). Inflammatory bowel disease. In Fauci, A., Braunwald, E., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J. & Loscalzo, J. (eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (17.<sup>a</sup> ed., cap. 289). New York: McGraw Hill.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Estudo Psicométrico. *Análise Psicológica*, 219-227.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Estudo Psicométrico. *Análise Psicológica*, 219-227.
- Galinha, I.C. (2006). *Factores contextuais, temperamentais e cognitivos do bem-estar subjectivo: satisfação com a vida; afecto positivo; afecto negativo; saúde mental; ansiedade; depressão; stress; padrões de comparação; e eventos de vida e variáveis socio-demográficas*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Gomes, C., Santos, F., & Ferreira, V. (2010). Vivências de Pessoas Ostromizadas com Doença de Crohn. *Revista Referência*, 2(12), 19-23. Acedido em [https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=467..](https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=467..)
- Guerra, M., Lencastre, L., Silva, E. & Teixeira, P (2017). Meaning of Life in Medical Settings: a new measure. *Psychology*, 4, 1-12. Acedido em <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/23311908.2017.1286747?needAccess=true>.
- Guimarães, L.P.M., & Yoshida, E.M.P. (2008). Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica: alexitimia e adaptação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 52-63. Acedido em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v10n1/v10n1a05.pdf>
- Guyatt, G.H., Ferrans, C.E. et al. (2007). Exploration of the Value of Health-Related Quality-of-Life Information From Clinical Research and into Clinical Practice. *Mayo Clin. Proc.*; 82(10): 1229-1239.
- Hancock, L., Windsor, A. C., & Mortensen, N. J. (2008). Inflammatory bowel disease: the view of the surgeon. *Canada: Colorectal Disease*, vol. 8, 1, 10-14. Acedido em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14631318.2006.00986.x/abstract;jsessionid=DFD585E9CE8E425017E5A3D3090AA2C7.f03t04?systemMessage=Wiley+Online>

+Library+usage+report+download+page+will+be+unavailable+on+Friday+24th+November+2017+at+21%3A00+EST+%2F+02.00+GMT+%2F+10%3A00+SGT+%28Saturday+25th+Nov+for+SGT+

- Inoue, K. C., Versa, G. L., & Matsuda, L. M. (2013). Stress level among intensive care nurses in the municipality of Paraná (Brazil). *Acta Paulista de Enfermagem*, pp. 69-77.
- Júnior, S.C.R., & Errante, P.R. (2016). Doença de Crohn, diagnóstico e tratamento. *Atas de Ciências da Saúde, São Paulo*, Vol. 4, 4, 31-50. Acedido em <http://www.revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/view/1179>
- Keitel, M. A., & Kopala, M. (2011). *Counselling women with breast cancer: A guide for professionals*. London: Sage Publications.
- Kotze, P.G., & Araújo, S.E.A. (2016). Tratamento cirúrgico da Doença de Crohn. In: Cury D, Moss A, organizadores. *Doenças inflamatórias intestinais: reto colite ulcerativa e Doença de Crohn* (pp.171-86). Rio de Janeiro.
- Lanna, C.C.D., Ferrari, M.L.A., Carvalho, M.A.P., & Sales da Cunha, A. (2006). Manifestações Articulares em Pacientes com Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa. *Rev Bras Reumatol*, v. 46, supl.1, 45-51. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v46s1/a08v46s1.pdf>
- Lima, F.A.V., Ribeiro, T.C.R., Chebli, L.A. et al. (2012). Oscilação do humor em pacientes com doença de Crohn: incidência e fatores associados. *Rev Assoc Med Bras*; 58(4), 481-488. Acedido em [https://ac.els-cdn.com/S010442301270547X/1-s2.0-S010442301270547X-main.pdf?\\_tid=bfad87d8-d2ad-11e7-8404-00000aab0f6b&acdnat=1511703114\\_48184df074398d2e057cbb418328553a](https://ac.els-cdn.com/S010442301270547X/1-s2.0-S010442301270547X-main.pdf?_tid=bfad87d8-d2ad-11e7-8404-00000aab0f6b&acdnat=1511703114_48184df074398d2e057cbb418328553a)
- Lix, L., Graff, L., Walker, J., Clara, I., Rawsthorne, P., Rogala, L., & Bernstein, C. (2008). Longitudinal study of quality of life and psychological functioning for active, fluctuating, and inactive disease patterns in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 14(11): 1575-1584.
- Magro, F., Portela, F., Lago, P., Ramos de Deus, J., Vieira, A., & Peixe, P. da Costa-Pereira, A. (2009). Crohn's disease in a southern European country: Montreal classification and clinical activity. *Inflammatory Bowel Diseases*, 15(9): 1343-1350.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Mikocka-Walus, A.A., Turnbull, D.A., Moulding, N.T., Wilson, I.G., Andrews, J.M., & Holtmann, G.J. (2007). Controversies surrounding the comorbidity of depression and anxiety in inflammatory bowel disease patients: a literature review. *Inflamm Bowel Dis.*; 13(2), 225-234. Acedido em <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=17206706>
- Mikocka-Walus, A.A., Turnbull, D.A., Moulding, N.T., Wilson, I.G., Andrews, J.M., Holtmann, G.J. (2007) Controversies surrounding the comorbidity of depression and anxiety in inflammatory bowel disease patients: a literature review. *Inflamm Bowel Dis.*; 13(2), 225-234.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais Ribeiro, J.; Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de Lovibond e Lovibond. *Psicologica*, 36: 235-246.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2009). Coping: estratégias de gestão do stress. *Health & Wellness*. 28-29.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Marques, T. (2009). A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de perceção de stresse. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Lisboa, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, 10: 237-248.
- Pelá, E.C.B. (2007). *Estresse e modos de enfrentamento em portadores de doenças inflamatórias intestinais*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Acedido em [gamedii.com.br/faq/.../181-aspectos-psicologicos-na-doenca-inflamatoria-intestinal](http://gamedii.com.br/faq/.../181-aspectos-psicologicos-na-doenca-inflamatoria-intestinal)
- Persoons, P., Vermeire, S., Demyttenaere, K., Fischler, B., Vandenberghe, J., Van Oudenhove, L. et al. (2005). The impact of major depressive disorder on the short- and long-term outcome of Crohn's disease treatment with infliximab. *Aliment Pharmacol Ther*, 22(2), 101-110. Acedido em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2036.2005.02535.x/epdf>
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.
- Portela, F. (2007). Terapêutica médica. *Jornal Português de Gastreenterologia*. Vol. 14, 2, 84-88.
- Ramos, S.I.V., & e Carvalho, A.J.R. de (2008). Nível de Stress e Estratégias de Coping dos Estudantes do 1º ano do Ensino Universitário de Coimbra. *Revista de Psicologia*. Coimbra, 1-17. Obtido de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0368.pdf>

- Ribeiro, E.C. (2005). *Existência e Corporeidade: a questão da psicossomática na abordagem fenomenológico-existencial*. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia Fenomenológico Existencial.
- Ribeiro, I.D. (2014). *Adaptação à doença inflamatória intestinal: a influência do stress, sentido de vida e coping na qualidade de vida*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Acedido em [https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=589912](https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=589912)
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Sajadinejad, M. S., Asgari, K. K., Molavi, H. H., Kalantari, M. M., & Adibi, P. P. (2012). Psychological Issues in Inflammatory Bowel Disease: Na Overview. *Gastroenterology Research & Practice*, 1-11. doi: 10.1155/2012/106502. Acedido em <https://www.hindawi.com/journals/grp/2012/106502/>
- Santos, J. M., & Teixeira, Z. (2009). O stresse profissional dos enfermeiros. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 5, 368-378.
- Sarafino, E.P. (2012). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Sarlo, R.S., Barreto, C.R., & Domingues, T.A.M. (2008). Compreendendo a vivência do paciente portador de doença de Crohn. *Acta Paul Enferm*; 21(4), 629-635. Acedido em <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v21/n4/v21n4a15.pdf>
- Searle, A., & Bennett, P. (2011). Psychological factors and inflammatory bowel disease: a review of a decade of literature. *Psychology, Health & Medicine*, 6, 121-135.
- Silva, E & Guerra, M. (2011). Variáveis Preditivas da qualidade de Vida em Sobreviventes de Cancro Colo-Rectal. *Arquivos de Medicina*, (25) Suplemento 2, 66. Acedido em [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000142&pid=S1645-0086201400020000500037&lng=pt](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000142&pid=S1645-0086201400020000500037&lng=pt)
- Silva, L.B., & Filho, A.R.I. (2017). Doença de Crohn: Relato de caso. *Revista de Saúde*; 8(1): SUPLEMENTO, 32-33. Acedido em <http://editorauss.uss.br/index.php/RS/article/view/1006/pdf>
- Silva, T. G., Kessler, R., Silva, P. C., Souza, S. S., Bittencourt, J. V., & Celich, K. L. (2016). Estress de profissionais enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva do estado de Santa Catarina. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 5, 29-30.
- Stroebe, W., & Stroebe, M.S. (1999). *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.

Vaz Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias*. (3ª, Ed.) Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Veríssimo R. (2008). Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: Psychometric Evaluation of an IBDQ Cross-Culturally Adapted Version. *J Gastrointestin Liver Dis.*; 17(4), 439-44.

World Health Organization (1997). *WHOQOL Measuring Quality of life*. Acedido em: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf).

**ANEXOS**

---



## Anexo I Questionário



Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

---

(Não preencher este quadrado)

Nº Questionário

--	--	--	--	--

### QUESTIONÁRIO

Caro(a) Senhor(a):

Este questionário destina-se a colher dados no sentido de estudar a adaptação à doença de Crohn e a influência do stresse e sentido de vida no bem-estar subjetivo, para um estudo descritivo correlacional, no âmbito de um projeto de investigação no contexto Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que se está a desenvolver sob orientação do Professor Olivério Ribeiro e Professor Doutor João Duarte. Para tal, solicita-se a sua participação, bastando, para isso, responder às questões que lhe são colocadas.

As respostas são confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

O mesmo é constituído por questões fechadas. Não existem respostas certas ou erradas, dado que todas as respostas visam exclusivamente obter informação sobre a realidade vivenciada por cada participante.

Nas afirmações onde existir uma quadricula () , deve assinalar com uma cruz (X) a alínea que está de acordo com o seu caso.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder.

**OBRIGADA, PELA SUA COLABORAÇÃO**

Sandra Cristina Almeida Albuquerque

## I PARTE

### Dados sociodemográficos e académicos

1 – Idade? \_\_\_\_\_ anos

2 – Sexo?

Masculino

Feminino

3 – Estado civil?

Solteiro(a)

União de facto

Casado(a)

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Divorciado(a)

4 – Onde reside?

Cidade

Aldeia

Vila

5 – Habilitações académicas?

1.º Ciclo (até à 4ª classe)  Ensino secundário

2.º Ciclo (até ao 5º ano)  Ensino superior

3.º Ciclo (até ao 9.º ano)  Outro. Qual? \_\_\_\_\_

6 – Profissão

Empregado(a)

Desempregado(a)

Estudante

Reformado(a)

## II PARTE – Dados de contexto clínico

1. Tempo de diagnóstico da Doença do Crohn \_\_\_\_\_

2. Possui doenças concomitantes?

Sim

Não

2.1. Se sim, quais? \_\_\_\_\_

3. Foi sujeito(a) a cirurgias intestinais prévias?

Sim

Não

3.1. Se sim, quantas? \_\_\_\_\_

4. Teve abstenção ao trabalho/escola nos últimos 15 dias devido à Doença do Crohn?

Sim

Não

4.1. Se sim, quantos dias? \_\_\_\_\_

5. Teve necessidade de internamentos hospitalares devido à Doença do Crohn?

Sim

Não

5.1. Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

6. Com que frequência vai ao hospital devido à Doença do Crohn? \_\_\_\_\_

7. Quem o(a) acompanha nas idas ao hospital?

Pai

Mãe

Irmão(ã)

Marido

Esposa

Amigo(a)

Outro familiar Quem? \_\_\_\_\_

### III PARTE

#### POSITIVE AND NEGATIVE AFFECT SCHEDULE (PANAS)

Adaptada por Pais Ribeiro (2005)

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e assinale a resposta adequada. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções durante a última semana. Não há afirmações corretas ou erradas e todas elas deverão ser assinaladas em apenas um único número. Se se enganar, por favor, selecione aquela que, para si, é mais verdadeira. A resposta sincera às questões que colocamos é importante. Garantimos que todas as informações prestadas serão absolutamente confidenciais e utilizadas apenas para efeitos de estudo.

A classificação é a seguinte:

- 1 – Nada ou muito ligeiramente
- 2 – Um pouco
- 3 – Moderadamente
- 4 – Bastante
- 5 - Extremamente

1	Interessado	1	2	3	4	5
2	Perturbado	1	2	3	4	5
3	Excitado	1	2	3	4	5
4	Atormentado	1	2	3	4	5
5	Agradavelmente surpreendido	1	2	3	4	5
6	Culpado	1	2	3	4	5
7	Assustado	1	2	3	4	5
8	Caloroso	1	2	3	4	5
9	Repulsa	1	2	3	4	5
10	Entusiasmado	1	2	3	4	5
11	Orgulhoso	1	2	3	4	5
12	Irritado	1	2	3	4	5
13	Encantado	1	2	3	4	5
14	Remorsos	1	2	3	4	5

15	Inspirado	1	2	3	4	5
16	Nervoso	1	2	3	4	5
17	Determinado	1	2	3	4	5
18	Trémulo	1	2	3	4	5
19	Ativo	1	2	3	4	5
20	Amedrontado	1	2	3	4	5

#### IV PARTE

#### ESCALA DE ANSIEDADE DEPRESSÃO E STRESS DE 21 ITENS DE LOVIBOND E LOVIBOND

Adaptada por Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. Se se enganar, por favor, selecione aquela que, para si, é mais verdadeira. A resposta sincera às questões que colocamos é importante. Garantimos que todas as informações prestadas serão absolutamente confidenciais e utilizadas apenas para efeitos de estudo.

A classificação é a seguinte:

- 0 – Não se aplicou nada a mim
- 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – Aplicou-se a mim muitas vezes
- 3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldade em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex.: nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico	0	1	2	3

	e fazer figura ridícula				
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me demasiado melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

### V PARTE

#### Escala de Sentido de Vida de Guerra (1992), estudada psicometricamente por Guerra, Lencastre, Silva e Teixeira (2014).

O questionário seguinte pretende saber a sua opinião sobre um certo número de questões. Não existem alternativas certas ou erradas. Responda com a maior sinceridade, assinalando a alternativa que mais se aplica.

	Concordo Muito	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo Muito
1. Tenho interesse pela vida e faço planos	1	2	3	4	5
2. A minha vida é vivida em vão	1	2	3	4	5
3. Apesar das contingências procuro seguir um plano coerente de vida interior	1	2	3	4	5
4. Desenvolvo as potencialidades que tenho	1	2	3	4	5
5. Sinto falta de uma missão na vida na qual me empenhe	1	2	3	4	5
6. Sinto-me pouco realizado/a como pessoa	1	2	3	4	5
7. Vivo de acordo com o que gosto e com os meus valores	1	2	3	4	5

**Grata, pela sua participação.**

## Anexo II

### Autorização para aplicação de escalas

Sandra Albuquerque

Em 6 de junho de 2016 17:24, José Luis Pais Ribeiro <[jlr@fpce.up.pt](mailto:jlr@fpce.up.pt)> escreveu:

Cara colega

autorizamos o uso das escalas Escala de Afetos Positivos e Negativos, e a escala de percepção do stress

cordialmente

José Luis Pais Ribeiro

[jlr@fpce.up.pt](mailto:jlr@fpce.up.pt)

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2262-8056>

ResearchGate: [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais\\_Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais_Ribeiro/publications)

---

**De:** Sandra Albuquerque [[sca4190@gmail.com](mailto:sca4190@gmail.com)]

**Enviado:** segunda-feira, 6 de Junho de 2016 13:39

**Para:** José Luis Pais Ribeiro

**Assunto:** Pedido de autorização para utilizar Escalas adaptadas à população portuguesa

Sandra Cristina Almeida Albuquerque, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, pretende desenvolver um estudo de investigação cujo tema é a adaptação à doença de Crohn: a influência do stress e sentido de vida no bem estar subj. Assim sendo, necessito que me autorizem a utilizar a Escala de Afetos Positivos e Negativos, originalmente denominada de "Positive and Negative Affect Schedule" (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988) e a escala de percepção do stress de Cohen, Kamar Mermelstein (1983), ambas validadas por vós, para a população portuguesa.

Agradeço, desde já, a vossa disponibilidade.

Ao dispor.

Sandra Albuquerque

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by [MailScanner](#), and is believed to be clean.

Sandra Albuquerque

Em 6 de junho de 2016 18:05, Marina Prista Guerra <[mguerra@fpce.up.pt](mailto:mguerra@fpce.up.pt)> escreveu:

Cara Sandra

Obrigada pelo seu interesse na escala de Sentido de Vida. Vou enviar a escala e modo de cotação em anexo. Submeti o artigo para publicação da versão reformulada mas ainda aguardo a publicação.

Felicidades no seu trabalho. Depois gostaria de ter notícias sobre os resultados.

Cordialmente

Marina Prista Guerra

Prof. Associado com Agregação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Univ. Porto

Associate Professor, PhD -Faculty of Psychology and Educational Sciences - University of Porto

Rua Alfredo Allen,

4200-135 Porto- Portugal

Tel: [+351 226079700](tel:+351226079700)

Fax: [+351 226079725](tel:+351226079725)



## Anexo III

### Autorização para a recolha de dados



SNS

Entregues à p/a S.A.D.  
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE  
31-10-2016  
CENTRO HOSPITALAR VISEU

RECEBEMOS 26/10/2016

31-10-2016  
01.06.02 3750

**Exmo Senhor  
Prof. Doutor Carlos Pereira  
Presidente da Escola Superior de Saúde  
de Viseu  
Rua D. João Crisóstomo Gomes  
Almeida, 102  
3500-843 Viseu**

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
799		CA	26-10-2016

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para recolha de dados

Em resposta ao assunto acima mencionado informamos V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup> que se autoriza a recolha de dados, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Adaptação à doença de Crohn: a influência do stresse e sentido de vida no bem-estar subjetivo.", a realizar pela aluna Sandra Cristina Almeida Albuquerque do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

  
(Carlos Fernando Ermida Rebelo, Dr.)

ER/Ab