

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP-LIMEIRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS
Laboratório de Psicologia, Saúde da Comunidade

O propósito do Laboratório é construir um espaço de referencia para os diversos temas de pesquisa desenvolvidos na FCA, nos quais a psicologia pode contribuir de forma relevante.

No trabalho interdisciplinar, a psicologia atualmente ocupa um lugar importante nas discussões sobre os sujeitos e as formas de identificar, diagnosticar, discutir e propor ferramentas ou técnicas que possam melhorar a qualidade de vida das diversas populações. Através do desenvolvimento de instrumentos de análise e intervenção que contribuam com as novas problemáticas sociais.

Objetiva aprofundar questões relacionadas com a psicologia e sua contribuição na saúde e no trabalho e no trabalho comunitário. Gerar estudos e estratégias que contribuam com a formação dos alunos que deste participam, através da iniciação científica. Igualmente gerar projetos em parcerias com instituições que desenvolvem ações na cidade onde está localizada a FCA.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Público: Alunos da área da saúde como médicos, radiologista e psiquiatras

Número de participantes: Variável

Data: 30/10/2015

Horário: 14h

Duração: 2h

Recursos: Sala de aula com cadeiras, Lousa e Flip Chart

ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Introdução

A relação mente-corpo é tema de investigação desde tempos imemoriais e na cultura ocidental temos na Grécia antiga seu grande berço. No século XIX foi foco de investigação nos trabalhos de Charcot, Breuer e Freud, e vem sendo amplamente explorada na literatura científica nos últimos anos em diversas especialidades, entre elas a psiquiatria e a gastroenterologia (Castro e Andrade, 2006; Coelho e Àvila, 2007 e Dantas, 2010).

Sigmund Freud, em 1886, destacou o papel do sofrimento psíquico na gênese de alterações orgânicas como diarreia, constipação e dor abdominal. Inicialmente, as Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) foram consideradas doenças psicossomáticas, e embora atualmente a compreensão da causalidade seja multifatorial, o trato gastrointestinal é comumente acometido por sintomas somáticos com possível modulação pelos aspectos emocionais (Ballone et al., 2007; Lima et al., 2012 e Sajadinejad et al., 2012).

Os fatores psicológicos são complexos e pouco conhecidos, o psiquismo é definido mediante uma base epistemológica que se distingue da que conceitua corpo biológico. A realidade psíquica torna-se um mundo pessoal, cujo desenvolvimento ocorre com base em uma troca constante à medida que o sujeito vive e coleta experiências. Sua situação existencial depende de como se relaciona com o mundo e com que qualidade reage à realidade (Ballone et al., 2007; Czeresnia, 2007 e Rosa e Rosa, 2007).

No adoecimento físico, o corpo é a grande referência do sujeito que sofre, a enfermidade que se apresenta coloca-se como ponto de estofo, regulando a vida e os pensamentos do paciente, atormentando-o (Nicolau, 2008).

Dantas (2010), baseado no trabalho de Heidegger, Boss e outros, destaca a necessidade do corpo ser compreendido como um ser no mundo e não um objeto inanimado, não estando separado da mente que o caracteriza. Todos os sentidos, dores, prazeres, realizações, alegrias; toda a experiência do ser ancora no corpo, é a presentificação do nosso poder de ser. Tudo que é humano é corporal e o corporal se realiza integral e conjuntamente em todas as dimensões do existir.

Na perspectiva desse autor, a compreensão de uma situação corporal requer a compreensão da existência do ser no mundo e todos os fenômenos físicos,

psíquicos e de relações envolvidos. Nesse contexto, as doenças podem ser compreendidas como restrições nas possibilidades do homem realizar o seu existir.

Nesse contexto o foco da psicologia é o aspecto psicológico em torno do adoecimento envolvendo o paciente, a equipe de profissionais e a família. Sua posição é filosófica uma vez que sua ação se dá no plano da subjetividade, se aproxima da medicina com a função de reposicionar o sujeito em relação à doença e suas intercorrências na relação consigo mesmo, em seus relacionamentos e situações com os quais se encontra envolvido (Simonetti, 2004). As relações na área da saúde representam o resgate do doente numa perspectiva de transpessoalidade (Nunes et al., 2010)

A psicoterapia tem um efeito positivo na dimensão da doença, bem-estar psicológico, estratégias de enfrentamento da doença e alívio do estresse. Não há evidências de preferência ao método psicoterapêutico em particular, mas sabe-se que exercícios de relaxamento são úteis (Caprilli et al., 2006).

O apoio psicológico ao paciente promove alívio do sofrimento pela compreensão e elaboração da ansiedade, superação da depressão, remissão das fantasias relacionadas ao medo da morte, perda física, psíquica e social; melhora da autoestima e autoimagem que se mostram prejudicadas e que podem ser origem de grande sofrimento. Observa-se que só a percepção de estar sendo cuidado, por si só, promove alívio psíquico ao paciente (Cabrera e Sponholz, 2002 e Melo-Filho, 2002).

Cabe ao psicólogo tratar os aspectos psicológicos em torno do adoecimento no plano do subjetivo, enquanto que a medicina atua sobre o concreto. O psicólogo é um clínico que ao escutar, sustenta a dor do paciente o tempo suficiente para que ele possa fazer a elaboração simbólica de sua dor, libertando o corpo dessa responsabilidade. Nesse processo, a escuta ocupa papel privilegiado, que como uma espécie de efeito colateral positivo favorece a medicina (Simonetti, 2004).

Corroborando com tais princípios, Maslow (1969) nos diz:

Se desejarmos ajudar os humanos a tornarem-se mais plenamente humanos, devemos compreender não só o que eles tentam realizar-se a si próprios, mas também são relutantes, incapazes ou têm medo de fazê-lo. Somente por uma completa apreciação dessa dialética entre doença e saúde podemos contribuir para que a balança penda a favor da saúde.

O momento de vida do paciente, a doença e a representação psicológica que o paciente atribui a eles, desencadeia estados regressivos e de ansiedade. É necessário um planejamento, e os objetivos das técnicas utilizadas são: a) reduzir respostas psicofisiológicas; b) diminuir o estresse; c) favorecer o controle emocional e somático; d) restabelecer o autocontrole; e) promover autoconhecimento e posturas assertivas no autocuidado. Melhorando o estado psicológico se obtém melhor aderência ao tratamento e, por consequência, ganhos na qualidade de vida do paciente (Cabrera e Sponholz, 2002).

Maslow (1969) menciona duas forças regressivas em psicopatologia: pressões no sentido do desenvolvimento da saúde e pressões regressivas, geradas por medo e ansiedade que empurram o indivíduo para a doença e fraqueza, o que ele chamou de atração da psicopatologia. Esclarece que há uma rica literatura da Psicologia dinâmica e da psicopatologia com grande acervo de informações sobre as fraquezas e temores humanos e ressalta:

Somente por esse estudo da Psicopatologia e da Psicoterapia podemos aprender a ter respeito apropriado pelas forças do medo, da regressão, da defesa e da segurança, e avaliá-las. Respeitar e compreender essas forças torna muito mais possível ajudarmo-nos a nós próprios e aos outros no desenvolvimento saudável.

Neste sentido, considerando as contribuições de diversos autores, o apoio psicológico para pacientes com DII pode culminar em benefícios significativos, auxiliando na ampliação da consciência sobre aspectos relativos à doença, de si, remissão de estados de ansiedade, depressão e medos, repercutindo de maneira positiva em sua qualidade de vida e possivelmente em seu quadro clínico (Jones et al. 1971; Laudanna, 1990; Pereira, 2000; Cabrera e Sponholz, 2002; Melo-filho, 2002; Deter et al., 2008; Guimarães e Yoshida, 2008; Iglesias et al. 2009 e Sajadinejad et al., 2012).

Doença Inflamatória Intestinal

As DII, entre elas a doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI), tem tido sua prevalência aumentada, representando na atualidade um problema de saúde pública mundial (Gonçalves et al, 2008; Souza et al., 2011 e Sajadinejad et al., 2012).

As DII acometem ambos os sexos, sendo mais comum em brancos e judeus. Os primeiros sintomas aparecem principalmente na segunda ou terceira décadas de vida, com maior incidência entre a segunda e quarta décadas (Jones et al. 1971 e Laudanna, 1990; Brasil, 2002; Gordon, 2006; Oliveira et al 2010).

A etiologia é tida como desconhecida, existindo várias teorias que incluem causas infecciosas, genéticas, imunológicas, fatores ambientais associados à alimentação, tabagismo e fatores psicológicos com alterações psicossomáticas. A maioria dos autores concorda que as causas possíveis podem ser um conjunto de fatores e apontam para o aumento na frequência em membros da mesma família. A teoria mais aceita atualmente é a teoria imunológica com destaque para o papel das emoções no sistema imunológico, na qual o estresse desempenha papel importante (Jones et al. 1971; Laudanna, 1990; Brasil 2007 e Lima et al. 2012).

O diagnóstico, muitas vezes, pode ser difícil devido à multiplicidade de apresentações, semelhanças com outras enfermidades e quando os sintomas são discretos, ou predominam manifestações extraintestinais da doença. Normalmente, é realizada uma análise conjunta de dados clínicos, endoscópicos, histopatológicos e radiológicos (Brasil, 2007 e Steinwurz 2009).

As tabelas abaixo indicam as principais diferenças entre RCUI e DC:

Achados macroscópicos	RCUI	Crohn
1. Predomínio de envolvimento do: cólon distal cólon proximal	Comum Incomum	Incomum Comum
2. Reto poupado	Raro	Comum
3. Lesões segmentares ("salteadas")	Não	Sim
4. Úlceras aftosas	Não	Sim
5. Úlceras profundas	Incomuns	Comuns
6. Aspecto pavimentoso ou em mosaico ("cobblestone")	Raro	Comum
7. Pseudopólipos	Comum	Incomum
8. Mucosa atrófica	Comum	Incomum

Fonte: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=402. Acesso em 29/09/15

TABELA 4
Principais diferenças microscópicas entre retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) e doença de Crohn

Achados microscópicos	RCUI	Crohn
1. Inflamação	Difusa, mucosa	Segmentar, focal, transmural
2. Abscessos de criptas	Frequentes	Ocasionais
3. Distorção de criptas	Leve a intensa	Leve
4. Atrofia de mucosa	Comum	Rara
5. Depleção de células caliciformes	Pronunciada	Discreta
6. Granulomas epitelióides e/ou células gigantes de Langhans	Ausentes	Presentes em 30% a 60% dos casos: valor diagnóstico
7. Ulcerações com pouca inflamação adjacente	Só nos casos fulminantes	Típicas
8. Metaplasia pilórica no íleo	Ausente	Típica
9. Metaplasia de célula de Paneth	Comum	Rara

Fonte: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=402. Acesso em 29/09/15

TABELA 5
Complicações da doença inflamatória intestinal

Complicações	RCUI	Crohn
1. Lesões perianais	< 10%	20% - 80%
2. Abscessos intra-abdominais	Muito raros	15% - 25%
3. Fístulas internas	Muito raras	20% - 40%
4. Megacólon tóxico	2% - 15%	< 8%
5. Pseudopólipos	15% - 30%	Menos comuns
6. Estenose	< 2%	Muito comum

Fonte: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=402. Acesso em 29/09/15

Atualmente, há consenso de se considerar as DII como uma enfermidade crônica, com tratamento contínuo e prolongado, visando manter a qualidade de vida adequada. A terapêutica clínica inclui tratamento medicamentoso para reduzir a inflamação, diminuir sintomas na fase ativa e manter a remissão. O tratamento cirúrgico é indicado nas complicações da doença (obstrução intestinal, hemorragia maciça, megacólon tóxico), na doença refratária ao tratamento clínico e na ocorrência de displasia ou câncer. É recomendável não fumar, evitar uso de anti-inflamatórios e acompanhamento nutricional para reposição de nutrientes e uso de probióticos (Jones et al., 1971; Laudanna, 1990; Moraes-filho, 1993; Brasil, 2002; Gordon, 2006 e Steinwurz, 2009).

Os objetivos básicos da terapêutica visam o controle dos sintomas e o restabelecimento da qualidade de vida (Casellas, 2010). Os pacientes são frequentemente acometidos por crises de dor em virtude das lesões provocadas pelas inflamações; sofrem grande desconforto físico nas crises de diarreias, cólicas abdominais e vômitos. Estas experiências associadas à cronicidade da doença

tendem a provocar grande tensão, ansiedade, depressão, frustração e medos, necessitando o paciente de tratamento clínico e psicológico. Sendo assim, tornam-se necessárias medidas de apoio para oferecer conforto ao paciente; o suporte emocional é indispensável (Jones, 1971 e Moraes Filho, 2001).

Vários autores também recomendam acompanhamento psicológico e eventualmente acompanhamento psiquiátrico para reduzir tensão, ansiedade, depressão e receber suporte emocional para lidar com as perdas, melhorar a adaptação e reduzir o estresse (Jones, 1971; Laudanna, 1990; Steinwurz, 2009 e Moraes Filho, 2001).

Fatores Emocionais Associados à Doença Inflamatória Intestinal

A afetividade pode exercer influência sobre o corpo, a saúde e a qualidade de vida. Relações entre emoções positivas como a felicidade, o bom humor e o riso são estabelecidas na manutenção e/ou recuperação da saúde, enquanto que emoções negativas podem comprometê-la (Maslow, 1969 e Maslow, 2009).

As experiências e o significado emocional destas não devem ser confundidos com a biografia da pessoa. As vivências são representações emocionais na consciência, podem ou não ser traumáticas, e atuam diretamente no eixo hipotálamo-hipofisário, aspecto psiconeuroendócrino. São estabelecidas relações entre emoções e imunidade, uma nova área da medicina denominada psiconeuroimunologia. Muitos autores afirmam ser notório o papel nas emoções no sistema imunológico (Ballone et al., 2007; Casellas, 2010 e Lima et al., 2012)

Descobertas recentes corroboram com a ideia de que a psique desempenha um papel importante na etiologia e curso das DII e estabelecem associações nas quais o abdome é a caixa de ressonância das emoções (Castelli e Silva, 2007 e Mikocka-Valus, 2010).

As investigações sugerem que os pacientes portadores de DII são mais vulneráveis a desenvolver desordens psicológicas; ressaltam a importância do componente emocional e suas dificuldades de elaboração diante de perdas físicas e emocionais (Guthrie et al., 2002 e Deter et al., 2008). Apontam elevado percentual de componentes associativos de alto neuroticismo, introversão e estreita relação entre estresse, personalidade e atividade da doença (Weitersheim e Kessler, 2006 e Dias, 2008).

Souza et al. (2011) demonstraram alta correlação entre aspectos emocionais e DII; sugerem que a alteração psicológica pode ser uma consequência da doença, enquanto que o grau de angústia psicológica e as perturbações estão relacionados à gravidade da doença.

Em média, 50% dos pacientes com DC apresentam distúrbios psicológicos e menor qualidade de vida, e o grau de sofrimento psíquico se relaciona com a gravidade da doença (Caprilli, 2006). É sabido que a tensão emocional pode influenciar no curso e na evolução da DC (Ballone et al., 2007); recomenda-se o acompanhamento psicológico, e eventualmente acompanhamento psiquiátrico para receber suporte emocional, desenvolver recursos para lidar com perdas, melhorar adaptação e reduzir tensão, ansiedade, depressão e estresse (Jones, 1971; Laudanna, 1990; Goron, 2006; Steinwurz, 2009 e Moraes Filho, 2001).

Lima et al. (2012) demonstraram que 58% dos pacientes com DC apresentam alta incidência de oscilação do humor, com predomínio do distúrbio para o gênero feminino. Recomendam avaliação psicológica periódica para identificar intensidade do sofrimento, buscar estratégias terapêuticas adequadas aos aspectos psicológicos e orgânicos destes pacientes.

Dias (2008) realizou trabalho envolvendo 100 pacientes com DC e concluiu que pacientes com DC apresentam nível consideravelmente mais elevado de depressão e neuroticismo que a população geral. Indicando tendência a vivência mais profunda de sofrimentos psicológicos e maior vulnerabilidade emocional.

Maldaun (2006) realizou trabalho de Análise Qualitativa dos Aspectos Emocionais e Vivenciais de Pacientes Idosos RCUI em Atendimento, com objetivo de compreender como os pacientes portadores de RCUI, com idade acima de 50 anos vivenciam emoções tais como *a raiva, o medo e a ansiedade*, a partir da compreensão do significado que esses doentes atribuem à doença e sua evolução. Os resultados demonstram que os participantes se identificaram como pessoas ansiosas, nervosas, controladoras, solitárias e carentes, se referiram à sua solidão e isolamento como situações dolorosas. A espiritualidade/religiosidade foi citada, unanimemente como apoio em situações difíceis.

Laudanna (1990) estabelece relações entre emoções e alterações gastrointestinais; afirma que “certos estados emocionais, desde o ódio ao êxtase amoroso, são capazes de comprometer o sistema vascular e motilidade do tubo digestivo, bem como elevar os níveis de secreção gástrica”. Destaca que tais efeitos

podem ser moldados pela aprendizagem; as dores abdominais ou queixas hipocondríacas acompanham o estado depressivo, situações de perdas ou separações e a instabilidade emocional interferem nos sintomas e, possivelmente, na reativação da doença.

Ansiedade e Depressão em Pacientes com Doença Inflamatória Intestinal

As DII afetam não só o físico, mas também o estado emocional dos pacientes, que associado ao isolamento social, podem inclusive desenvolver quadros depressivos e de ansiedade (Gouveia e Ávila, 2010; Mikocka-Walus, 2010; Häuser et al., 2011 e Sajadinejad, 2012).

Há controvérsias se a ansiedade e a depressão aparecem antes ou depois da doença, o fato é que ambas se correlacionam com o diagnóstico nas DII. Em vários estudos há consenso de que os transtornos de humor podem estimular o processo inflamatório e modulam o curso da doença. Portanto, é uma prioridade monitorar e tratar os possíveis transtornos de humor em pacientes com DII, pois a presença de ansiedade e depressão nestes pacientes contribui para piora na qualidade de vida, podendo estar presentes mesmo em períodos de remissão da doença, e a ansiedade pode ser a emoção de maior relevância no processo (Caprilli et al., 2006; Ballone et al., 2007; Vidal et al. 2009 e Sajadinejad, 2012).

Estudos prospectivos sugerem que a depressão e a ansiedade se associam à atividade da DC. Fato é que a ansiedade e a depressão coexistem no processo das DII. Knowles et al. (2011), ao avaliarem a atividade da DC em 96 paciente, concluíram que a gravidade da doença tem significativa correlação com a ansiedade e a depressão, em especial quando associadas, bem como com as representações que cada pessoa constrói a respeito da doença. Outro estudo envolvendo 50 pacientes com DII, sendo 38 doentes com RCUI e 12 com DC, mostrou uma alta incidência de depressão (52%), ansiedade (44%) e alexitimia (54%), principalmente nos casos em que a doença se encontrava ativa, sem correlação com a verdadeira natureza da doença (Thabet et al., 2012).

Doença Inflamatória Intestinal e Psicoterapia

Gouveia e Ávila (2010) estabelecem relações diretas entre funções do trato gastrointestinal e psiquismo, nas quais um sintoma gastroenterológico tem uma ampla possibilidade de simbolizar situações emocionais, ansiedades e conflitos.

Estes autores pesquisaram os aspectos emocionais associados a disfunções gastroenterológicas em pacientes com DC e RCUI, e concluíram que a condição emocional pode afetar as defesas do indivíduo, agravando a doença. Destacam que o trabalho psicoterapêutico trouxe à consciência situações emocionais até então não percebidas e manifestadas sintomaticamente, por meio de somatizações e ganho significativo na qualidade de vida.

Compreender o significado de ser portador da DC foi o objetivo do estudo de Sarbo et al. (2008); e suas conclusões revelam que estes pacientes têm seu estilo e projetos de vida alterados, se transformam em pessoas diferentes após o diagnóstico. Para se adaptar, buscam informações a respeito da doença e pessoas com o mesmo diagnóstico para compartilhar, denotando necessidade de partilha e autoconhecimento.

Essa dinâmica associada a traços de personalidade como neuroticismo, perfeccionismo e alexitimia, revelados por estes pacientes, sinalizam que o espaço terapêutico oferece possibilidades para atender tais necessidades (Dias, 2008; Guimarães e Yoshida, 2008 e Sajadinejad et al., 2012).

Uma pesquisa que objetivou investigar a eficácia adaptativa e o nível de alexitimia em pacientes com DC e RCUI sugere intervenções psicológicas no campo da psicoterapia e do aconselhamento como formas de ajudar na mudança positiva das respostas adaptativas e da expressão das emoções (Guimarães e Yoshida, 2008). Enquanto que Evertsz et al. (2012), recomendam a psicoterapia para a redução da ansiedade e da depressão.

Evidências atuais indicam que os fatores psicológicos desempenham papel significativo no conjunto de alterações que acompanham o curso das DII, com impacto negativo na qualidade de vida do paciente. Recomenda-se então, a integração de intervenções psicológicas associadas à terapia médica convencional e destacam que técnicas de relaxamento podem influenciar o curso da doença, com possível melhora no quadro clínico (Sajadinejad, 2012).

A psicoterapia também é recomendada para períodos de remissão da DC. Dois estudos identificaram alta incidência de ansiedade e depressão nas recidivas das DII e durante períodos de remissão em pacientes com DC. Ambos sugerem trabalho psicoterapêutico como parte do tratamento clínico como medida para remissão completa da doença (Iglesias et al., 2009 e Vidal et al., 2009).

Muitos estudos examinam a questão psicológica em torno do adoecimento nas DII e recomendam a psicoterapia como parte do tratamento. Contudo, poucos estudos têm sido realizados para avaliar resultados de psicoterapia com estes pacientes. Pereira (2000) apresenta uma classificação com três frentes: a) levantamentos do perfil psicológico e/ou associações com estados emocionais, etiologia e manifestação da enfermidade; b) correlação com eventos estressantes e qualidade de vida; c) avaliação de estados emocionais por meio de escalas psiquiátricas. E aponta para a necessidade de acompanhamento psicológico não só para o alívio da ansiedade e depressão, mas também para restauração da vida profissional, familiar e social.

O trabalho de revisão de Weitersheim e Kessler (2006), que avaliou dez estudos em relação à eficácia da psicoterapia em pacientes com DII associada ao tratamento médico, e quatro estudos adicionais sobre autogestão e educação do paciente, concluiu que os estudos diferem significativamente um do outro no que diz respeito aos métodos psicoterapêuticos, critérios de inclusão e avaliação de resultados, contudo não há evidências de que um método seja superior ao outro. Os resultados demonstram que a psicoterapia influencia positivamente no estado psicológico do paciente no que tange a depressão, ansiedade, qualidade de vida e capacidade de lidar com a doença. Na maioria dos estudos analisados, os pacientes indicaram ter lucrado com a intervenção e revelam mais facilidade para lidar com a doença. Os autores afirmam que a psicoterapia é benéfica para aqueles que precisam, especialmente para os pacientes com DC, que têm mais queixas psicológicas.

Keller et al. (2004) em um estudo multicêntrico, prospectivo e randomizado, envolvendo 108 pacientes com DC, teve por objetivo avaliar a eficácia da psicoterapia breve, em grupo, associando entrevistas individuais com pacientes e familiares. Foram utilizadas técnicas da psicologia profunda orientada, treinamento autógeno de relaxamento e musicoterapia, combinadas com tratamento médico. Os resultados demonstraram que a psicoterapia foi útil aos pacientes e descreveram mudanças positivas no estado psicológico e atitudes dos doentes envolvidos, com melhora da autoconfiança, capacidade de lidar com a doença e ganhos nas relações interpessoais. Confirmaram que parâmetros psicológicos influenciam a atividade da DC, especialmente no que se refere aos sintomas depressivos que comprometem a qualidade de vida.

As empresas de seguro alemãs com o objetivo de avaliar a influência do fator somático e fatores psicológicos em pacientes com DC realizaram estudo com 87 pacientes, que receberam intervenção de psicoterapia psicodinâmica de curta duração (20 horas) e um programa de dez horas de relaxamento autógeno. Os autores concluíram que o curso da DC foi influenciado pelos fatores somáticos e pelos aspectos psicológicos, entre eles, especialmente a depressão. Houve uma queda significativa da utilização de cuidados de saúde demonstrando o benefício do tratamento psicológico no subgrupo estudado (Deter et al., 2008).

Acciari (2014) acompanhou e analisou resultado da influência da psicoterapia breve transpessoal em pacientes com DC e os resultados demonstram redução da depressão (-76,8%), seguido da ansiedade (-62,0%) e redução no estado de desesperança (-61,2%); com melhora no estado de saúde geral (40,4%) e na qualidade de vida (35,3%). A atividade da doença avaliada pelo Índice de Atividade da DC apresentou redução de -38,1%. Foi possível concluir que o processo psicoterapêutico trouxe significativos benefícios aos pacientes com DC, reduziu os níveis de ansiedade, depressão e estado de desesperança; melhorou o estado de saúde geral e a qualidade de vida dos pacientes com DC. Houve uma melhora nas condições psicológicas dos pacientes e redução na atividade DC, demonstrando a correlação direta entre aspectos psicológicos e a atividade da doença.

“Abordagens específicas de psicologia e psicoterapia para pacientes com doenças somáticas têm sido desenvolvidas e podem ser consideradas como parte integrante do tratamento médico nos cuidados intensos e de reabilitação.”

BENGEL, J et al. (2003) 53 (2); (p.83-93).

Referências Bibliográficas

Acciai, AS. Influência da psicoterapia breve transpessoal em pacientes com doença de Crohn [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2014.

Ballone GJ, Ortolani IV, Pereira Neto E. Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática. Barueri/SP: Manole, 2007. 315p.

Brasil. Portaria SAS/MS nº 858, 4 de novembro, 2002. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: medicamentos excepcionais-doença de Crohn. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde.

Cabrera CC, Sponholz Jr A. Ansiedade e Insônia in BOTEGA, NJ (org.). Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência. São Paulo: Artmed, 2002. 223-68p.

Caprilli R, Gassull MA, Escher JC, Moser C, Munkholm P, Forbes A et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations. Gut. 2006;55(Suppl 1):36-58.

Casellas F. Enfermedad de Crohn, ¿encontrarse bien o sentirse sano? Rev Esp Enferm Dig. 2010;102(11):621-23.

Castelli A, Silva MJP. "Faz isso, faz aquilo, mas eu tô caindo..."- compreendendo a doença de Crohn. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):29-35.

Castro MG, Andrade TM, Muller MC. Conceito mente e corpo através da história. Psic Estud. 2006;11(1):39-43.

Coelho CLS, Ávila LA. Controvérsias sobre a somatização. Rev Psiquiátr Clin. 2007;34(6):278-284.

Czeresnia D. Interfaces do corpo: integração da alteridade no conceito de doença. Rev Bras Epidemiol. 2007;10 (1):19-29.

Dantas JB. Corpo e existência: outro modo de compreensão da psicossomática. Interação Psicol. 2010;15(1):71-80.

Deter HC, Wietersheim JV, Jantschek G, Burgdorf F, Blum B, Keller W et al. High-utilizing Crohn's disease patients under psychosomatic therapy. BioPsychoSocial Med. 2008;2(18):1-10.

Dias CC. Evidências de validade da escala de depressão (EDEP) em uma amostra no contexto hospitalar [Dissertação]. Itatiba (SP): Universidade São Francisco; 2008.

Evertsz FB, Thijssens NAM, Stokkers PCF, Grootenhuis MA, Bockting CLH, Nieuwkerk PT et al. Do inflammatory bowel disease patients with anxiety and depressive symptoms receive the care they need? J Crohn's Colitis. 2012;6:68-76.

Gonçalves CCM, Hernandez L, Oliveira NLB, Natali MRM. Alternativas terapêuticas em modelos experimentais de doença inflamatória intestinal. Cienc Cuid Saúde. 2008;7(1):107-11.

Gordon PH. Principles and practice of surgery for the colon rectum and anus. Third Edition. New York London: Informa Healthcare, 2006. 1370p.

Gouveia EC, Ávila LA. Aspectos emocionais associados a disfunções gastroenterológicas. Psicol Estud. 2010;15(2):265-73.

Guimarães LPM, Yoshida EMP. Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica: alexitimia e adaptação. Psicol Teor Prat. 2008;10(1):52-63.

Guthrie E, Jackson J, Shaffer J, MRCP, Thompson D, Tomenson B, Creed F. Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-

related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Am J Gastroenterol.* 2002;97(8):1994-99.

Häuser W, Janke KH, Klump B, Hinz A. Anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: comparisons with chronic liver disease patients and the general population. *Inflamm Bowel Dis.* 2011;17(2):621-32.

Iglesias M, Acosta MB, Vázquez I, Figueiras A, Nieto L, Lorenzo A, et al. Impacto psicológico de la enfermedad de Crohn em pacientes em remissão: riesgo de ansiedad y depresión. *Rev. Esp Enferm Dig.* 2009;101(4):249-57.

Jones FA, Gummer JW, Jones JEL. *Gastroenterologia clínica.* 2ª Ed. México: Interamericana, 1971. 685p.

Keller W, Pritsch M, Wietersheim JV, Scheib P, Osborn W, Balck F et al. Effect of psychotherapy and relaxation on the psychosocial and somatic course of Crohn's disease. *J Psychosom Res.* 2004;56:687-96.

Knowles SR, Wilson JL, Connell WR, Kamm MA. Preliminary examination of the relations between disease activity, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in Crohn's disease guided by the common sense model of illness. *Inflamm Bowel Dis.* 2011;17(12):2551-57.

Laudanna AA. *Gastroenterologia clínica.* São Paulo: Santos, 1990. 550p.

Lima FDAV, Ribeiro TCR, Chebli LA, Pace FHL, Chaves LDM, Ribeiro MS et al. Oscilação do humor em pacientes com doença de Crohn: incidência e fatores associados. *Rev Assoc Med Bras.* 2012;58(4):481-88.

Maldaun, D. Análise qualitativa dos aspectos emocionais e vivenciais de pacientes idosos portadores de retocolite ulcerativa inespecífica em atendimento ambulatorial [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Maslow A H. *El hombre autorrealizado: hacia una psicología del ser.* Barcelona: Editorial Kairós, 2009. 292p.

Maslow A H. *Introdução à Psicologia do Ser.* Rio de Janeiro: Eldorado, 1969. 279p.

Melo-Filho F. Atendimento a pacientes em grupo in Botega NJ. *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência.* São Paulo: Artmed, 2002, 414-44.

Mikocka-Walus AA. Treatment of psychological co-morbidities in common gastrointestinal and hepatologic disorders. *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* 2010;1(2):64-71.

Moraes Filho JPP. *Manual de gastroenterologia.* São Paulo: Rocca, 1993. 617p.

Nicolau RF. A psicossomática e a escrita do real. *Rev Mal-Estar Subj.* 2008;8(4):959-90.

Nunes ECDA, Silva LWS, Oliveira JM, Oliveira PCM. Refletindo o 'Transpessoal' humano – uma compreensão multidisciplinar em transversalidade com o estado da arte de ser. *Rev Enf Ref.* 2010;III(2):173-80.

Oliveira FM, Emerick APC, Soares EG. Aspectos epidemiológicos das doenças intestinais inflamatórias na macrorregião de saúde leste do Estado de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Colet.* 2010;15(1):1031-37.

Pereira IC. Aspectos emocionais associados da doença de Crohn: estudo clínico-qualitativo de pacientes ambulatoriais [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2000.

Rosa CP, Rosa JT. A psicoterapia na clínica psicossomática. *Mudanças-Psicol Saúde.* 2007;15(2):178-184.

Sajadinejad MS, Asgari K, Molavi H, Kalantari M, Adibi P. Psychological issues in inflammatory bowel disease: an overview. *Gastroenterol Res Pract.* 2012. ID106502:1-11.

Sarbo RS, Barreto CR, Domingues TAM. Compreendendo a vivência do paciente portador da doença de Crohn. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(4):629-35.

Simonetti A. Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 200p.

Souza MM, Barbosa DA, Espinosa MM, Belasco AGS. Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(4):479-84.

Steinwurz F. Doença de Crohn na prática médica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 112p.

Thabet JB, Charfi N, Mnif L, Yaïch S, Zouari L, Zouzri N et al. Emotional disorders and inflammatory bowel disease. *Tunis Med.* 2012;90(07):557-63.

Vidal A, Gómez-Gil E, Sans M, Portella MJ, Salamero M, Piqué JM et al. El papel de la ansiedad y depresión em las recidivas de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Med Clín.* 2009;132(8):298-3012.

Wietersheim JV, Kessler HP. Psychotherapy with chronic inflammatory bowel disease patients: a review. *Inflamm Bowel Dis.* 2006;12(12):1175-84.