



ARLETE SILVA ACCIARI

**“INFLUÊNCIA DA PSICOTERAPIA BREVE
TRANSPESSOAL
EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN”**

Campinas

2014



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

ARLETE SILVA ACCIARI

**“INFLUÊNCIA DA PSICOTERAPIA BREVE TRANSPessoAL
EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN”**

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono

Co-Orientador: Prof. Dr. Frederico Camelo Leão

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção do título de **Mestra** em Ciências.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA ARLETE SILVA ACCIARI E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO.

Assinatura da orientadora:

Campinas

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Ac25i Acciari, Arlete Silva, 1967-
 Influência da psicoterapia breve transpessoal em
 pacientes com doença de Crohn / Arlete Silva Acciari. –
 Campinas, SP : [s.n.], 2014.

 Orientador : Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono.
 Coorientador : Frederico Camelo Leão.
 Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
 Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

 1. Doenças inflamatórias intestinais. 2. Medicina
 psicossomática. 3. Ansiedade. 4. Depressão. 5.
 Qualidade de vida. I. Ayrizono, Maria de Lourdes
 Setsuko, 1962-. II. Leão, Frederico Camelo. III.
 Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
 Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Influence of transpersonal brief psychotherapy on patients with Crohn's disease

Palavras-chave em inglês:

Inflammatory bowel diseases

Psychosomatic medicine

Anxiety

Depression

Quality of life

Área de concentração: Fisiopatologia Cirúrgica

Titulação: Mestra em Ciências

Banca examinadora:

Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono [Orientador]

Carlos Augusto Real Martinez

José Clerton de Oliveira Martins

Data de defesa: 30-04-2014

Programa de Pós-Graduação: Ciências da Cirurgia

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

ARLETE SILVA ACCIARI

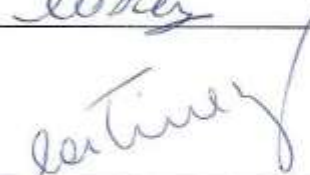
Orientadora PROFA. DRA. MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO

MEMBROS:

1. PROFA. DRA. MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO



2. PROF. DR. CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ



3. PROF. DR. JOSÉ CLERTON DE OLIVEIRA MARTINS



Programa de Pós-Graduação em Ciências da Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 30 de abril de 2014

Dedico este trabalho ao Serviço de Coloproctologia da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo, FCM-UNICAMP, e a todos que se aplicam à promoção da saúde, bem estar e desenvolvimento humano.

À Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) por ser um centro de pesquisa, ensino e serviços, que aprimorou meu conhecimento e contribuiu com minha formação acadêmica e prática clínica.

À Profa. Dra. Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono, Docente do Departamento de Cirurgia, Serviço de Coloproctologia da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo (FCM-UNICAMP), pela honra de tê-la como orientadora e grande contribuição para meu aprimoramento acadêmico. Com sua escuta atenta, orientações precisas, confiança e respeito, tornou essa experiência profundamente gratificante.

Ao Prof. Dr. Frederico Camelo Leão, Médico do IPQ-Instituto de Psiquiatria e coordenador do ProSER-Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (FM-USP), pela honra de tê-lo como co-orientador e profunda gratidão por seu acolhimento, doação de conhecimento e experiência; retidão e ética profissional.

Ao Prof. Dr. Cláudio Saddy Rodrigues Coy, Professor Livre-Docente do Departamento de Cirurgia, Coordenador do Serviço de Coloproctologia da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo (FCM-UNICAMP), grande mentor desse projeto, por sua admirável capacidade de integrar pessoas e conhecimento para o bem comum, desenvolvimento da ciência e promoção da saúde.

Aos Médicos Docentes, Assistentes, Residentes e Médicos Voluntários do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais “Prof. Dr. Juvenal Ricardo Navarro Góes” – GASTROCENTRO – UNICAMP, pelo trabalho em equipe no cuidado dos pacientes.

À Dra. Nielce Maria de Paiva pela amizade, disponibilidade, generosidade e prontidão para colaborar.

À Lucia Helena Lourenço Tomiato, que partilhou valiosos conhecimentos e experiências de cuidados com os pacientes do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais “Prof. Dr Juvenal Ricardo Navarro Góes” – GASTROCENTRO – UNICAMP.

Ao colaborador Rocranino Gerasio Lopes, da Associação dos Ostromizados de Campinas e região, pela sua dedicação que me permitiu conhecer a vivência do paciente ostromizado.

À recepcionista Claudete, pela dedicação, responsabilidade e seriedade com que exerce sua função.

À Cleide Aparecida Moreira Silva, do Departamento de Estatística (FCM-UNICAMP) e José Marcos M. Vendramini pelas orientações e contribuições na análise estatística.

Agradecimento especial aos pacientes colaboradores deste trabalho, pela confiança, valorização do papel do psicólogo, e grandiosa contribuição por abrir-se e entregar-se ao trabalho terapêutico.

À Profa. Dra. Vera Peceguini Saldanha pela honra de estar profissionalmente ao seu lado, pela amizade de muitos anos e por todos os ensinamentos; supervisão voluntária, incentivo e empenho na concretização deste trabalho.

À Margarete Silva Grigonis, minha estimada irmã, e Cristiana Correa Dias, estimada amiga, pela confiança, respeito e grande capacidade de solidariedade, cooperação, prontidão e iniciativa para “abrir portas”.

À Mírian Rodrigues de Souza Acciari pela sua inestimável contribuição ao meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao meu querido e amado Luiz Carlos Acciari, pelo companheirismo e apoio, que desejo receber por toda a vida.

*“A saúde psicológica não é possível,
a menos que o núcleo essencial da
pessoa seja fundamentalmente
aceito, amado e respeitado pelos
outros e pela própria pessoa.”*

Abraham Harold Maslow

RESUMO.....	xxxi
ABSTRACT.....	xxxvii
1. INTRODUÇÃO.....	43
1.1. Dados da Literatura.....	45
1.1.1. Doença de Crohn	45
1.1.1.1. Fatores Emocionais Associados à Doença de Crohn.....	46
1.1.1.2. Doença de Crohn e Psicossomática.....	48
1.1.1.3. Ansiedade e Depressão em Pacientes com Doença de Crohn.....	51
1.1.1.4. Doença de Crohn e Qualidade de Vida.....	52
1.1.1.5. Doença de Crohn e Psicoterapia.....	53
1.1.2. Psicologia e Saúde.....	58
1.1.3. Psicologia Transpessoal.....	60
1.1.4. Abordagem Integrativa Transpessoal.....	63
1.1.4.1. Aspecto Estrutural.....	63
1.1.4.2. Aspecto Dinâmico: Eixo Experiencial e Evolutivo.....	67
1.1.4.3. Procedimentos Técnicos da AIT.....	70
1.1.5. Psicoterapia.....	75
1.1.5.1. Psicoterapia Breve.....	78
1.1.5.2. Psicoterapia Transpessoal.....	80
2. OBJETIVOS.....	83
2.1. Objetivo Geral.....	85
2.2. Objetivos Específicos.....	85
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	87
3.1. População de estudo.....	89

3.1.1. Fatores de Inclusão.....	89
3.1.2. Fatores de Exclusão.....	89
3.1.3. Casuística.....	89
3.1.4. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	90
3.2. Métodos.....	90
3.2.1. Instrumentos.....	90
3.2.1.1. Questionário Sociodemográfico (QSD).....	90
3.2.1.2. Índice de Atividade da Doença de Crohn (IADC).....	91
3.2.1.3. Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ).....	92
3.2.1.4. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG).....	92
3.2.1.5. Escalas de Beck.....	93
3.2.1.6. Roteiro de Anamnese	94
3.2.1.7. Mapa do Momento Atual.....	95
3.2.1.8. Protocolo de Atendimento.....	95
3.2.1.9. Exercício da Excelência.....	95
3.2.1.10. Heurística da Emoção e Grafismo.....	96
3.2.1.11. Exercício da Fonte.....	96
3.2.1.12. Diálogos Internos.....	97
3.2.1.13. Os Sete Eu's.....	97
3.2.1.14. As Quatro Portas.....	98
3.2.1.15. Exercício de Amor ao Próprio Corpo.....	99
3.3. Ambiente.....	99
3.4. Procedimento.....	99

3.5. Análise Estatística.....	105
4. RESULTADOS.....	107
4.1. Caracterização da Amostra.....	109
4.2. Análise Descritiva e Resultados dos Instrumentos.....	114
4.2.1. BDI.....	114
4.2.2. BAI.....	115
4.2.3. BHS.....	116
4.2.4. QSG.....	117
4.2.5. IBDQ.....	119
4.2.6. IADC.....	121
5. DISCUSSÃO.....	125
6. CONCLUSÃO.....	135
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	139
8. ANEXOS.....	151
ANEXO-01. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	153
ANEXO-02. Parecer.....	155
ANEXO-03. Índice de Atividade da Doença de Crohn (IADC).....	156
ANEXO-04. Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ).....	157
ANEXO-05. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG).....	158
ANEXO-06. Inventário de Depressão (BDI).....	159
ANEXO-07. Inventário de Ansiedade (BAI).....	160
ANEXO-08. Escala de Desesperança (BHS).....	161
ANEXO-09. Depoimentos: Autoavaliação da Psicoterapia.....	162

9. APÊNDICES.....	165
APÊNDICE-01. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	167
APÊNDICE-02. Questionário Sociodemográfico (QSD).....	169
APÊNDICE-03. Roteiro de Anamnese.....	172
APÊNDICE-04. Mapa do Momento Atual.....	173
APÊNDICE-05. Protocolo de Atendimento.....	175
APÊNDICE-06. Em Busca da Excelência.....	176
APÊNDICE-07. Heurística da Emoção e Grafismo.....	178
APÊNDICE-08. Exercício da Fonte.....	179
APÊNDICE-09. Diálogos Internos.....	181
APÊNDICE-10. Os Sete Eu's.....	183
APÊNDICE-11. As Quatro Portas.....	184
APÊNDICE-12. Exercício de Amor ao Próprio Corpo.....	186
APÊNDICE-13. Intervenções Verbais Utilizadas na Pesquisa	188

AI	Avaliação Inicial
AIT	Abordagem Integrativa Transpessoal
AF	Avaliação Final
AT	Abordagem Transpessoal
BAI	Inventário de Ansiedade
BDI	Inventário de Depressão
BHS	Escala de Desesperança
DC	Doença de Crohn
DII	Doença Inflamatória Intestinal
GASTROCENTRO	Centro de Diagnósticos de Doenças do Aparelho Digestivo
IADC	Índice de Atividade da Doença de Crohn
IBDQ	Inflammatory Bowel Disease Questionnaire
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
PB	Psicoterapia Breve
PBT	Psicoterapia Breve Transpessoal
PT	Psicologia Transpessoal
QSD	Questionário Sociodemográfico
QSG	Questionário de Saúde Geral de Goldberg
RCUI	Retocolite Ulcerativa Inespecífica
REIS	Razão-Emoção-Intuição-Sensação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

Tabela 1. Planejamento dos Atendimentos com as Sete Etapas da AIT.....	103
Tabela 2. Dados Relativos à Idade, Idade de Início dos Sintomas, Tempo de Diagnóstico e Tempo de Acompanhamento.....	109
Tabela 3. Dados Relacionados ao Gênero, Estado Civil, Filhos e Escolaridade.....	110
Tabela 4. Religião.....	110
Tabela 5. Medicação Atual.....	112
Tabela 6. Tratamento Prévio.....	113
Tabela 7. Contexto Psicológico em Torno da Doença.....	113
Tabela 8. BDI.....	114
Tabela 9. BDI Inicial e Final.....	115
Tabela 10. BAI.....	115
Tabela 11. BAI Inicial e Final.....	116
Tabela 12. BHS.....	116
Tabela 13. BHS Inicial e Final.....	117
Tabela 14. QSG.....	118
Tabela 15. IBDQ.....	120
Tabela 16. IADC.....	121
Tabela 17. IADC Inicial e Final.....	123

Figura 1. Eixo Experiencial e Eixo Evolutivo.....	67
Figura 2. Integração do Eixo Experiencial e Eixo Evolutivo.....	69
Figura 3. Etapas da PBT.....	101
Figura 4. Articulação da PBT com as Sete Etapas da AIT.....	103
Figura 5. Aspectos Estrutural da AIT na PBT.....	104

Gráfico 1. Ocupação Atual.....	111
Gráfico 2. Renda Familiar.....	112
Gráfico 3. QSG Inicial e Final.....	119
Gráfico 4. IBDQ Inicial e Final.....	121
Gráfico 5. IADC Inicial e Final.....	122



RESUMO

Introdução: A doença de Crohn é uma enfermidade crônica, com tratamento contínuo e prolongado. Além de sintomas físicos como dor abdominal, diarreia e emagrecimento, os pacientes são acometidos por crises de ansiedade, depressão e perda na qualidade de vida, necessitando de acompanhamento psicológico. **Objetivo Geral:** Avaliar os efeitos da Psicoterapia Breve Transpessoal em pacientes com doença de Crohn. **Objetivos Específicos:** Analisar os resultados da Psicoterapia Breve Transpessoal quanto à saúde geral, qualidade de vida, ansiedade, depressão e estados de desesperança e observar possíveis correlações entre as condições psicológicas e a atividade da doença de Crohn. **Casuística e Métodos:** A amostra foi composta por 11 pacientes com doença de Crohn, de ambos os sexos e com idade entre 25 anos e 55 anos. Utilizou-se o método clínico e o procedimento consistiu no atendimento em Psicoterapia Breve Transpessoal com referencial teórico da Abordagem Integrativa Transpessoal, com coleta de dados antes e depois da psicoterapia. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Índice de Atividade da Doença de Crohn, Inflammatory Bowel Disease Questionnaire, Questionário de Saúde Geral de Goldberg, Inventário de Ansiedade, Inventário de Depressão e Escala de Desesperança. Utilizou-se da análise descritiva e a metodologia estatística, com teste de Wilcoxon. **Resultados:** A intervenção mostrou-se eficaz para todos os instrumentos avaliados ($p < 0,05$), com melhor resultado para 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 Doença de Crohn apresentou redução de -38,1%. **Conclusão:** O processo psicoterapêutico trouxe significativos benefícios aos pacientes com doença de Crohn, reduziu os níveis de ansiedade, depressão e estado de desesperança; melhorou o estado de saúde geral e a

qualidade de vida dos pacientes com doença de Crohn. Houve uma melhora nas condições psicológicas dos pacientes e redução na atividade da doença de Crohn, demonstrando a correlação direta entre aspectos psicológicos e a atividade da doença.



ABSTRACT

Introduction: Crohn's disease is a chronic illness with continuous and longstanding treatment. In addition to physical symptoms such as abdominal pain, diarrhea and slimming, patients are affected by anxiety crises, depression and loss in life quality, requiring psychological assistance. **General objective:** Evaluating the effects of Transpersonal Brief Psychotherapy on patients with Crohn's disease. **Specific Objectives:** Analyzing the results of Transpersonal Brief Psychotherapy on general health, life quality, anxiety, depression and states of hopelessness and observing the possible correlations between psychological conditions and activity Crohn's disease. **Casuistry and Methods:** The sample was composed by 11 people sick with Crohn's disease of both sexes and aged from 25 to 55 years old. It was used the clinical method and the procedure consisted of treatment with TBP based on the theoretical reference of the Transpersonal Integrative Approach along with data collection before and after psychotherapy. The following instruments were used to data collection: Sociodemographic Questionnaire, Crohn's Disease Activity Index, Inflammatory Bowel Disease Questionnaire, General Health Questionnaire, Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory and Beck Hopelessness Scale. In order to evaluate the results it was used the descriptive analysis and the statistical methodology with Wilcoxon test. **Results:** The intervention turned out to be effective to all of the evaluated instruments ($p < 0.05$), and the best result was to the decrease of depression (-76.8%), followed by anxiety (-62%) and reduction on the state of hopelessness (-61.2%); there was improvement on general health state (40.4%) and in life quality (35.3%). The disease activity, assessed by the Crohn's Disease Activity Index, has decreased by -38.1%. **Conclusion:** The psychotherapeutic process has brought meaningful benefits to patients with Crohn's disease, reduced levels of anxiety, depression and state of hopelessness; improved general health and quality of life of patients with Crohn's disease.

There was an improvement in the psychological status of patients and reduction in the Crohn's disease activity, demonstrating the direct correlation between psychological aspects and disease activity.



1. INTRODUÇÃO

1.1. Dados da Literatura

1.1.1. Doença de Crohn

A doença de Crohn (DC) é uma Doença Inflamatória Intestinal (DII) que foi anunciada por Burrill Bernard Crohn, Leon Ginsburg e Gordon Oppenheimer, em palestra proferida no encontro da Associação Médica Americana, em Nova Orleans, em 13 de maio de 1932, como uma doença do íleo terminal¹⁻⁴.

Em 1960, Lockhart-Mummery e Morson foram os primeiros a reportar a DC ao longo do intestino³. Hoje, sabemos que a doença acomete todo o trato gastrointestinal desde a boca até o ânus, sendo mais frequente no íleo terminal¹⁻⁸.

Sua prevalência vem aumentando, representando na atualidade, um problema de saúde pública mundial⁹⁻¹¹. A doença acomete 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^{1-7,12}.

A etiologia da DC 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 família¹⁻⁵. 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^{1,13}.

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^{2-5,7}.

Atualmente, há consenso de se considerar a DC 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^{1-7,9}.

Os objetivos básicos da terapêutica visam o controle dos sintomas e o restabelecimento da qualidade de vida¹⁴. Os pacientes com DC 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^{1,5}.

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^{1,2,4,5}.

1.1.1.1. Fatores Emocionais Associados à Doença de Crohn

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-la¹⁵⁻¹⁸.

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^{13,14,17}.

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^{19,20}.

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^{21,22}. Apontam elevado percentual de componentes associativos de alto neuroticismo, introversão e estreita relação entre estresse, personalidade e atividade da doença^{23,24}.

Souza et al.¹⁰ 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 doença²⁵. É sabido que a tensão emocional pode influenciar no curso e na evolução da DC¹⁷; 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^{1,2,4,5}.

Lima et al.¹³ 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.

Laudana² 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.

1.1.1.2. Doença de Crohn e Psicossomática

A influência da mente sobre o corpo é tema de investigação desde tempos imemoriais, e na cultura ocidental temos na Grécia antiga seu grande berço. No século XIX, com os trabalhos de Charcot, Breuer e Freud²⁶⁻²⁸ e vem sendo amplamente explorada na literatura científica nos últimos anos em diversas especialidades, entre elas a psiquiatria e a gastroenterologia²⁹.

Sigmund Freud, em 1886, destacou o papel do sofrimento psíquico na gênese de alterações orgânicas como diarreia, constipação e dor abdominal. Inicialmente, as 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^{11,13,17}.

A etiologia das doenças psicossomáticas é controversa, de difícil definição e classificação²⁹. Considerada multifatorial e multicausal, inclui fatores clínicos, genéticos, imunológicos, ambientais e psicológicos. Exigem em sua terapêutica equipe multidisciplinar, com cooperação entre clínico geral, médico especialista (gastroenterologista ou proctologista), enfermagem, nutricionista e acompanhamento psicológico^{27,28}.

A psicossomática surgiu em 1818 com o alemão Heinroth^{20,30}; é a busca da causalidade psíquica da doença orgânica, enquanto que a doença somática é a própria manifestação de conflitos, angústias e sofrimento emocional de todo tipo em sintomas corporais, nos quais o psiquismo utiliza recursos primitivos para enviar mensagens^{17,26,28,29}.

Para Segre e Ferraz³¹, é uma via a mais para externar a turbulência afetiva e tem sido essa via inconsciente buscada pelo sujeito, incapaz de harmonizar os seus conflitos interiores. Na opção final, culmina com o processo somático, a doença real no corpo real. Essa tendência pode ser manifestada em resposta a estresse psicossociais como eventos de vida, situações conflitivas ou traumatizantes que geram ansiedade e depressão^{17,29}.

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^{17,27,32}.

No adoecimento somático, o corpo é a grande referência do sujeito que sofre, a enfermidade que se apresenta coloca-se como ponto de estofa, regulando a vida e os pensamentos do paciente, atormentando-o³³.

Dantas²⁸, 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.

Para Ballone et al.¹⁷, o caminho somático não é mera expressão de conteúdos psíquicos ou sinais que um organismo não vai bem, é a manifestação de um modo de existir. Para esse autor o “nosso corpo vai até onde possa chegar nossa experiência de corporificar, é o meu próprio horizonte de ser-no-mundo”. Nesse sentido, o sofrimento corporal deve ser remetido ao sofrimento da pessoa; caracteriza-se mais pelo “ser doente” do que “estar doente”.

O paciente somático se diferencia dos demais pela pobreza do mundo simbólico, com pouca elaboração psíquica, predomínio do pensamento operatório, aprisionamento no concreto, com orientação pragmática e pobreza na ligação com o inconsciente^{26,34}. Na terapêutica além do tratamento clínico se faz necessário o trabalho psicoterapêutico; Ramos³⁴ e Gouveia e Ávila³⁰ sugerem técnicas de relaxamento no tratamento.

1.1.1.3. Ansiedade e Depressão em Pacientes com Doença de Crohn

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^{11,19,30,35}.

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^{11,17,25,36}.

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^{19,25}. Knowles et al.³⁷, 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 Retocolite Ulcerativa Inespecífica (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 doença³⁸.

Brandi et al.³⁹, em uma pesquisa envolvendo 110 pacientes com DC, revelaram que 25,4 % deles apresentavam estado de humor deprimido, 33,6% ansioso e 71,4%, depressão e ansiedade associadas, sendo que o estado de depressão se mostrou associado à atividade

da DC. Para estes autores, a depressão e a ansiedade são condições altamente concorrentes na atividade da DC; recomendam triagem rotineira destes sintomas como elemento da qualidade de atendimento e melhoria da sua qualidade de vida.

Iglesias et al.⁴⁰ estudaram 92 pacientes na fase de remissão da DC, e concluíram que 39% apresentavam sintomas de ansiedade e 24% sintomas depressivos. Também Evertsz et al.⁴¹ identificaram em um grupo de 228 pacientes com DC, alto nível de ansiedade, sendo 56,3% dos pacientes com a doença ativa e 31,8%, com doença em remissão. O mesmo grupo apresentou alto o nível de depressão: 41,9% dos pacientes com doença ativa e 21,1% dos pacientes em remissão.

Vários outros estudos associam o alto nível de ansiedade e depressão dos pacientes com DII, entre elas DC, com repercussões negativas na qualidade de vida^{25,35-37}. Outros autores incluem além da depressão e da ansiedade, a alexetímia, sendo que todos eles recomendam acompanhamento psicoterapêutico associado ao tratamento médico, para melhora da qualidade de vida destes pacientes^{38,42}.

1.1.1.4. Doença de Crohn e Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida surgiu a partir da década de 1970 e trouxe prolongamentos na expectativa de vida⁴³. É determinada por experiências e percepções pessoais, associadas ao contexto social e cultural do indivíduo, seus valores e objetivos de vida¹⁰.

As DII, entre elas a DC, são enfermidades crônicas que afetam a qualidade e a expectativa de vida dos pacientes. Ao mesmo tempo, a atividade da doença está intimamente relacionada com empobrecimento da qualidade de vida dos pacientes. Logo,

as consequências psicossociais e a qualidade de vida do doente com DC devem ser consideradas na terapêutica^{8,14,19,21,25}.

Ao avaliar a qualidade de vida em um grupo de 103 pacientes, Souza et al.¹⁰ concluíram que as DII afetam de forma acentuada e alteram permanentemente a qualidade de vida dos pacientes, tanto nos aspectos gerais como nos aspectos específicos relacionados à doença. Vários estudos sugerem além do acompanhamento médico, suporte psicológico, social e educacional para melhora da qualidade de vida nos pacientes com DC^{10,11,14,41}.

Estudo qualitativo com 44 pacientes com DC destaca a necessidade de processo educacional para obtenção de medidas efetivas no tratamento dos pacientes; apontou impacto dramático da DC incluindo o medo, a vergonha e a retenção de informações⁴⁴. Foram observadas as seguintes repercussões: a) grande impacto físico em virtude de dores abdominais e articulares, diarreia e flatulência; b) impacto na dieta alimentar com a retirada de certos alimentos ou grupos alimentares; c) impacto psicológico com aspecto constrangedor, embaraçoso e silencioso da DC; alteração da rotina no curso da doença; dificuldade para partilhar medos e inseguranças; grande preocupação com banheiro; d) impacto social com retração e evitação social; mudança no seu círculo de amigos, viagens, atividades de lazer com filhos e atividades esportivas; e) impacto na vida profissional com redução de jornada, desligamento, mudança na carreira; impacto na escolha da profissão e interesse em benefícios de saúde e liberdade para ir ao banheiro, consultas e exames; f) impacto na vida sexual, com redução da atividade sexual.

1.1.1.5. Doença de Crohn e Psicoterapia

Gouveia e Ávila³⁰ 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.⁴⁵; 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^{11,23,42}.

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 emoções⁴². Enquanto que Evertsz et al.⁴¹, 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 clínico¹¹.

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^{36,40}.

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. Pereira⁴⁶ 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 Kessler²⁴, 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.⁴⁷ 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 estudado²².

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 úteis²⁵.

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^{48,49}.

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 medicina⁵⁰.

Corroborando com tais princípios, Maslow¹⁵ 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 paciente⁴⁸.

Maslow¹⁵ 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 DC 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^{1,2,11,15,19,22-24,30,35-37,40-42,46-49}.

1.1.2. Psicologia e Saúde

O termo Psicologia, no qual reside a raiz etimológica *psyché* (alma) e *logos* (estudo), com a proposta original de estudar e compreender o *spiritus* (espírito), que significa literalmente respiração, surgiu no final do século XVI com Rodolfo Goelen na publicação *Psychologia, hoc est de hominis perfectione, animo et in primis ortu eius, commentationes ad disputationes*⁵¹.

Segundo o Conselho Federal de Psicologia⁵², a Psicologia emergiu no século XIX como disciplina científica, se desenvolveu e atualmente constata-se uma heterogeneidade de suas práticas psicológicas. Se firma como espaço transdisciplinar de construção do saber envolvendo dimensões ontológicas, estéticas, éticas e políticas da existência humana enquanto produção histórica de subjetividades. Suas práticas são comprometidas com o cuidado e processos de cura do ser humano, especialmente quando desenvolve atividade clínica. É a ciência dos fenômenos psíquicos e do comportamento⁵³.

O conceito de saúde é complexo e vem sofrendo atualizações ao longo do tempo. Para a Organização Mundial da Saúde implica em um estado de bem-estar físico, mental e social^{30,31,43}. Contudo, não se trata apenas de ausência de doença, mas a possibilidade do indivíduo demonstrar capacidades adaptativas, resiliência, esperança, sabedoria, criatividade, coragem e espiritualidade^{43,54}. Além disso, o conceito objetivo colide com o conceito subjetivo do paciente²⁹.

A Psicologia da Saúde, também chamada de Psicologia Hospitalar, vem conquistando cada vez mais espaço no Brasil. No âmbito internacional já se encontra consolidada. Seus objetivos visam compreender como fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam na saúde e na doença e o foco terapêutico não é a doença em si, mas a relação que o paciente tem com o seu sintoma^{50,55}.

O foco da Psicologia Hospitalar é o aspecto psicológico em torno do adoecimento em qualquer doença 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

envolvido⁵⁰. As relações na área da saúde representam o resgate do doente numa perspectiva de transpessoalidade⁵⁶.

1.1.3. Psicologia Transpessoal

William James foi o terceiro presidente da Associação Norte-Americana de Psicologia e definiu a Psicologia como ciência para a descrição e explanação dos estados alterados de consciência. Em função de sua definição e reflexões propostas, é considerado um dos grandes precursores da Psicologia Transpessoal (PT)⁵⁷⁻⁵⁹.

O termo transpessoal foi empregado pela primeira vez por Carl Gustav Jung utilizando a palavra *überperson* em 1916 e *uberpersönlich* em 1917, para incluir as necessidades de transcendência e metavalores como uma expressão saudável do ser humano^{53,59-61}.

A PT foi oficializada em 1968 nos Estados Unidos por Abraham Maslow, quando presidente da *American Psychology Association*, em reunião com Victor Frankl, Satanilav Grof e James Fadman. A primeira publicação se deu no mesmo ano no *Journal of Humanistic Psychology*, por Antony Sutich^{15,53,57,59-62}.

No Brasil, as primeiras inserções da PT aconteceram nos anos 1970, e entre muitos outros, se destacam como representantes pioneiros desta nova abordagem Pierre Weil, Eliezer Mendes, Leo Matos e Vera Saldanha⁶³.

Esta abordagem em Psicologia reconhece que estamos em constante crescimento e seus princípios ancoram-se no reconhecimento do potencial humano como variável a ser explorada^{53,59}. O processo de cuidado focaliza os aspectos saudáveis da pessoa e sua vivência; estimula a ampliação das capacidades de reestruturação e desenvolvimento por

meio do autoconhecimento, autorespeito, autocura e autocuidado nos processos de mudança, a partir do desenvolvimento da própria consciência⁵⁶.

Conceitualmente, a PT é o estudo e aplicação dos diferentes níveis da consciência em direção à unidade fundamental do Ser. Sua prática se volta para a saúde e bem-estar psicológicos. É uma disciplina que integra ciência e espiritualidade, sua visão de homem é a de um ser bio-psico-sócio-espiritual e encontra-se sob a égide da abordagem sistêmica, que favorece a compreensão de manifestações psicossomáticas e da abordagem transdisciplinar^{53,59,60,62}.

Estudos transpessoais têm suas raízes na Psicologia Humanista e o movimento ganhou força nos anos 1960. A Abordagem Transpessoal (AT) considera o indivíduo na sua integralidade e é uma estratégia metodológica para o cuidado profissional às pessoas, considerando a multidimensionalidade do Ser^{56,58,59,62,63}.

A relação se caracteriza eminentemente pela humanidade imbuída de empatia, sensibilidade, afeto, dinamismo, compreensão, criatividade, reciprocidade, solidariedade, ou seja, expressões saudáveis que promovem cuidado integral. Três habilidades se destacam na práxis transpessoal: a) capacidade de estar sozinho e acompanhado simultaneamente; b) capacidade de ouvir, sentir e assumir o processo de morfogênese do cuidado e da vida; c) capacidade de agir, mobilizar-se e resignificar o cuidado à vida do Ser⁵⁶.

O cuidado de si compõe a práxis do cuidador e daquele que é assistido, como elemento ontológico humano, o ser humano é visto como único, jamais comparado a outro^{53,56}.

O prefixo “trans” significa “através de”, “na inter-relação de” e “muito além de”, se refere ao princípio de transcendência, sentimento de pertencimento, ser parte de algo maior que nós próprios⁵⁹⁻⁶².

A Transpessoal surge em um momento de transição e integração do saber, em uma nova etapa da ciência e do conhecimento humano. Parece que, longe de ser uma teoria concluída, hermética, é ainda uma disciplina jovem que, sem dúvida, faz parte das pesquisas de ponta sobre desenvolvimento da mente humana, com perspectivas extremamente promissoras⁵⁹.

As pesquisas e aplicações da PT têm ocorrido em diferentes áreas; a partir das contribuições de Jean Watson, a AT tem sido utilizada em práticas de cuidados na área de enfermagem. Diversos autores apresentam estudos que revelam novas possibilidades de cuidado a partir dessa abordagem^{56,64-67}.

As aplicações na psiquiatria foram descritas em um trabalho de revisão no qual o autor ressalta benefícios das técnicas transpessoais na terapêutica e diagnóstico diferencial⁵⁸.

Haugam e Innstrand⁶⁸, com o objetivo de testar os efeitos da autotranscendência sobre a depressão, realizaram estudo com 212 pacientes idosos, com cognição preservada, e concluíram que a autotranscendência, princípio da PT, pode ter grande impacto no alívio da depressão e na promoção do bem-estar.

Saldanha sistematizou e desenvolveu em seu doutorado a Abordagem Integrativa Transpessoal (AIT), que em seu aspecto teórico apresenta visão de mundo e visão antropológica do homem; em seu aspecto prático apresenta recursos que permitem a aplicação da PT na saúde, educação, instituições e organizações^{59,62,69}.

1.1.4. Abordagem Integrativa Transpessoal

A AIT se baseia nos conceitos essenciais da PT organizados por Saldanha⁶² em dois aspectos integrados: aspecto estrutural e aspecto dinâmico.

1.1.4.1. Aspecto Estrutural

Na AIT o aspecto estrutural é constituído por cinco elementos:

- **1º. Conceito de Unidade:** Refere-se à transcendência da dualidade e das polaridades, um modelo no qual o todo contém as partes e as partes contêm o todo. Este conceito auxilia no desenvolvimento e construção do sentido da vida e sentimento de pertencimento. As crises humanas tendem a surgir quando o indivíduo ignora que é parte da unidade, desenvolve apegos ao prazer gerado por pessoas e objetos, passa a experimentar o temor por perdê-los ou ansiedade por não consegui-los; instala-se no psiquismo a fragmentação e surge o medo, os apegos, a ansiedade e a tensão; com consequências físicas, mentais e emocionais patológicas. A experiência da unidade promove a paz, a confiança e a entrega, o que por sua vez, resulta em desapego, ações adequadas, equilíbrio, serenidade, harmonia e saúde, com adequação ao nível da realidade;
- **2º. Conceito de Vida:** A caracterização de vida na PT é atemporal, é um pulsar contínuo, é eterna e ilimitada, pautada por duas etapas básicas, morrer e renascer. Assim é a psique, existe num espaço de não localidade e atemporal. Bem como o desenvolvimento humano, constituído a partir de mortes e renascimentos, transitando de uma condição para outra: deixamos o ventre materno para ganhar

outros espaços, deixamos de engatinhar para andar, saímos da condição de analfabeto para alfabetizado, e assim sucessivamente;

- **3º. Conceito de *ego* na PT:** O *ego* não representa a totalidade das experiências humanas, é uma construção mental necessária no desenvolvimento humano, a qual tende a “solidificar” a energia mental e promover separação entre o eu de si e o eu do outro. Quando adquire supremacia e controle da psique, a separação se cristaliza e reflete na experiência do indivíduo, comprometendo a qualidade do contato com a realidade e a adaptação. Surge um subproduto que é a autoimagem, a qual limita a capacidade de percepção e de apreciação de si mesmo, dos outros e do mundo. Surge o controle, a inibição e limitações no campo da espontaneidade e da criatividade. No *setting* terapêutico trabalha-se com a autoimagem, as emoções e com os pensamentos, redimensionando o *ego* para promover a vivência da unidade, ir além da dualidade. As funções de *ego* passam a ser um aspecto relativo e o indivíduo torna-se mais saudável e adaptado à realidade, a energia do *ego* pode ser direcionada para propósitos úteis, as motivações deixam de ser egocêntricas para se tornarem allocêntricas, com benefícios para si e de outros;
- **4º. Estados ou Níveis de Consciência:** É um padrão generalizado de funcionamento psicológico com sistemas, subsistemas e subestruturas, que sob a forma de atenção, mantém certo estado de consciência. Enquanto que a expansão da consciência é ampliação qualitativa no padrão comum de atividade da mente e o indivíduo constata a diferença. Entre os estados de consciência mais pesquisados temos: a) vigília: é o mais conhecido dos estados, nele permanecemos quando estamos acordados e desenvolvemos as atividades diárias; predominam as funções

de *ego*, dos cinco sentidos, expressões afetivas e cognitivas; b) devaneio: pode ser alcançado no relaxamento, na atenção é difusa, com total disponibilidade para o presente; favorece a associação livre, o trânsito de imagens e ideias desconexas ou criativas; c) sonho: atividade psíquica que ocorre durante o período onírico ou sono, gerado por conteúdo latente, constituído por pulsões, impulso, desejos, motivações do inconsciente individual e coletivo, conteúdos ontogenéticos, filogenéticos, dimensão arquetípica e do supraconscientes, e podem ser trazidos pelo sonhador ao estado de consciência de vigília; d) sono profundo: acontece durante a etapa de aprofundamento do sono quando a inconsciência é total, as funções de *ego* são suprimidas e ocorre revitalização física e psíquica; e) despertar: pode ser induzido no relaxamento, concentração, meditação e procedimentos que estimulam as funções psíquicas quando o indivíduo mantém a atenção sustentada e direciona conscientemente seus pensamento e motivações. Promove gradualmente a reflexão, percepção e consciência mais ampla da existência, é a saída do torpor e do automatismo, ocorre a desidentificação. Situa-se entre a consciência individual e a consciência cósmica; f) consciência cósmica ou plena consciência: é o retorno consciente ao estado de sono profundo, caracteriza-se pela ausência de sofrimento psicológico, as experiências são descritas com caráter de inefabilidade e paradoxal. Desaparece momentaneamente a dimensão de tempo-espço, ocorre a superação total da dualidade, sujeito-objeto, emerge o sentido de unidade. Emerge sentimento de paz, serenidade e bem-aventurança. As investigações destas experiências mostram que podem durar poucos minutos ou até uma hora;

- **5º. Cartografia da Consciência:** Refere-se os conteúdos autobiográficos, vivências intrauterinas, inclusive o nascimento, e aqueles que antecedem e precedem a

existência biológica. Nomeia a experiência para melhor entendimento do psicoterapeuta e os conteúdos podem ser classificados em: a) vigília: conteúdos usuais do cotidiano presente na consciência, regidos pelo pensamento analítico e causal, regidos pelo tempo linear: passado, presente e futuro; b) pré-consciente: conteúdos parcialmente ligados à vigília, facilmente acessados pela invocação direta; c) inconsciente psicodinâmico: conteúdos biográficos, relacionados às experiências, afetos e pulsões, de difícil acesso e que podem vir à tona sob a forma de sintomas; d) inconsciente ontogenético: conteúdos de uma zona de transição do período gestacional; e) inconsciente transindividual: conteúdos que transcendem os limites do *ego* e envolvem experiências ancestrais, da própria linhagem genética; paligenéticas, experiências dramáticas de um outro tempo; coletivas e raciais, de várias culturas; arquetípicas, conteúdos do inconsciente coletivo junguiano, constituídos por símbolos universal e imagens primordiais; f) inconsciente filogenético: conteúdos que envolvem experiências além das formas humanas, tanto orgânica quanto inorgânica; g) inconsciente extraterreno: conteúdos da consciência que se estende para além do planeta ou que experimenta o fenômeno da percepção extrassensorial como relatos de estar fora do corpo, telepatia, clarividências e fenômenos mediúnicos; h) supraconsciente ou superconsciente: nível diferenciado da consciência, com plena apreensão intuitiva da unidade. Os conteúdos revelam sentimentos e compaixão e equanimidade, sabedoria e *insights* criativos; i) vácuo: além do tempo e do espaço, estado além de qualquer conteúdo.

O corpo teórico da AIT oferece referenciais para compreensão e orientação do processo terapêutico na perspectiva da AIT, e a integração destes ocorre por meio do aspecto dinâmico descrito a seguir.

1.1.4.2. Aspecto Dinâmico: Eixo Experiencial e Evolutivo

Na AIT é no aspecto dinâmico que os elementos do aspecto estrutural se manifestam, por meio de uma dinâmica simbolicamente representada pelo eixo experiencial e evolutivo, indicando uma contínua integralização. Para melhor compreensão podemos representá-los graficamente:

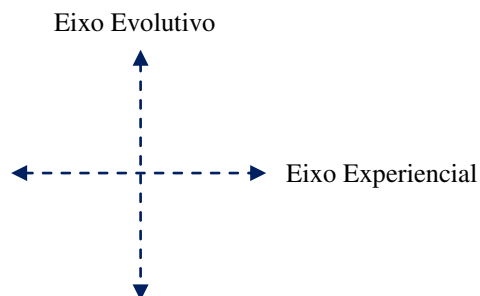


Figura 1. Eixo Experiencial e Eixo Evolutivo.

- **1º. Eixo Experiencial:** O eixo experiencial simboliza a integração de quatro elementos do desenvolvimento psíquico, Razão-Emoção-Intuição-Sensação (REIS), por meio dos quais a consciência obtém orientação nas experiências. Na AIT estas funções psíquicas são compreendidas conceitualmente como: a) razão: elemento de análise e julgamento, por meio de ideias, conceitos ou de atribuição de valor; correspondem ao pensamento e ao sentimento. Permitem ao indivíduo apreender a realidade interna ou externa, tem papel importante na compreensão, organização interna e viabiliza a reflexão. Sem supremacia, tem função muito importante e deve

ser integrada à emoção, sensação e intuição para o desenvolvimento pleno; b) emoção: se refere a gama de afetos experimentados visceralmente pelo indivíduo. Representa um elemento essencial ao seu desenvolvimento para conferir aspecto vivencial às situações, traz a energia necessária ao processo de desenvolvimento psíquico e favorece a aprendizagem. Torna-se danosa quando o indivíduo se mantém fragmentado e identificado com uma emoção, impedindo a integração dos demais elementos da psique; c) intuição: “ver por dentro, uma percepção imediata de um objeto presente, tomado em sua realidade individual”⁵⁹; na concepção transpessoal tem sua origem no supraconsciente, amplia a percepção da realidade para além dos aspectos racionais e emocionais; e) sensação: é a função dos cinco sentidos, percepção a partir da visão, audição, tato, olfato e paladar; é uma experiência do corpo e para se processar não envolve raciocínio. As percepções corporais resgatam, de alguma forma, a história do indivíduo; podem se unir à intuição nos aspectos ontogenéticos, filogenéticos e vivência da unidade. No enfoque transpessoal, as sensações tornam o corpo território do Sagrado, corporificando a transcendência, revelando a história oculta do sintoma, promovendo por vezes a remissão patológica do sintoma.

Estimular o eixo experiencial é um caminho de integração congruente dos elementos e funções psíquicas; favorece a conscientização dos pensamentos, sentimentos, emoções, intuições e sensações, o que por sua vez promove ampliação da percepção da realidade. Saldanha descreve como estes elementos são explorados na prática clínica:

Na clínica, no relato lógico e temporal (racional) do fato descrito pelo paciente, estimulam-se: a) o sensorial (cor, sentir, dar forma, entre outros); b) o emocional (identificar emoção e afeto); c) a dimensão do aqui e agora (diálogos no tempo

presente); d) sensação (localização das percepções no corpo, colocando palavras); e) a intuição (origem, retrospectiva do passado, a perspectiva do futuro e os *insights*)⁵⁹.

A vivência e integração do REIS na clínica psicológica promovem o *insight* terapêutico, se torna recurso valioso, cujos conteúdos emanam do supraconsciente, ampliando a percepção e favorecendo a emergência do eixo evolutivo, o qual permite expressões mais saudáveis da psique.

- **2º. Eixo Evolutivo:** Emerge com a integração do REIS, mediado por estados de consciência cada vez mais “despertos”, onde há resolução, prontidão e criatividade; surge uma percepção adequada à situação inesperada ou uma nova resposta para uma situação antiga.

Percorrer o eixo evolutivo é despertar a própria consciência, o indivíduo percebe a totalidade, desenvolve unidade, especificidade, interação com o momento presente, integrando a dimensão existencial do Ser na experiência. “Quanto mais o indivíduo estiver integrado, presente no seu aqui e agora, mais irá experienciar por completo, a situação em que está, e desfrutará de todas as possibilidades que ela lhe oferece”⁵⁹.

A integração do eixo experiencial e evolutivo pode ser representada graficamente da seguinte maneira:

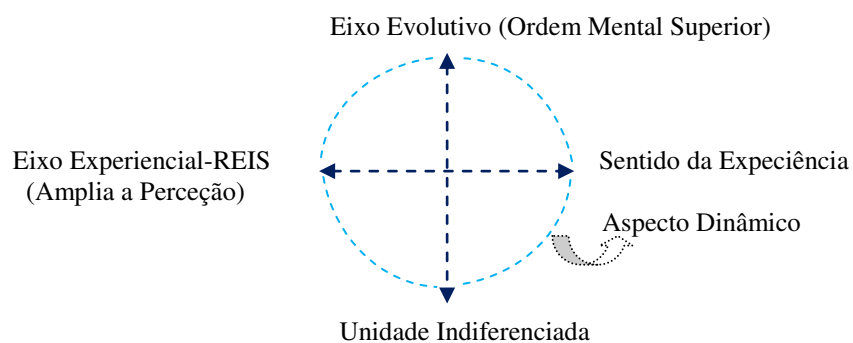


Figura 2. Integração do Eixo Experiencial e Eixo Evolutivo.

Esse processo é facilitado com os procedimentos técnicos da AIT apresentados a seguir.

1.1.4.3. Procedimentos Técnicos da AIT

Os procedimentos técnicos da AIT são instrumentos para: a) estimular e integrar o REIS; b) promover mudanças comportamentais, de relacionamento consigo e com outros; c) possibilitar mudanças na consciência; d) desenvolver prontidão ao desenvolvimento saudável; e) favorecer a emergência da consciência desperta, desenvolvimento mais pleno do ser humano e integridade na ação terapêutica e profilática.

Na utilização dos procedimentos técnicos da AIT a postura do profissional é fundamental: a) ser comprometido; b) estar em constante aprimoramento pessoal e profissional; c) cultivar a transcendência; d) sustentar a atenção no trabalho terapêutico; e) desenvolver a arte da escuta incondicional; f) acolher experiências e conhecimentos; g) não favorecer a inflação egóica e idealizações. Exige não só aquisições teóricas e técnicas, mas o próprio trabalho pessoal. Todo conteúdo trazido pelo paciente compõe o universo de sua vida e deve ser acolhido sem preconceitos ou interpretações.

Na aplicação clínica dos procedimentos técnicos da AIT este processo é articulado a fim de promover desenvolvimento, bem-estar e equilíbrio. Estes procedimentos estão classificados em cinco categorias:

- **1º. Intervenção Verbal:** Representa toda gama de verbalizações produzidas pelo psicoterapeuta para: a) explorar detalhes; b) estimular a reflexão; c) confirmar ou retificar conceitos; d) relembrar pontos essenciais do processo; e) evidenciar relações entre dados; f) explicitar sequências significativas e capacidades; g) favorecer a própria interpretação dos dados e significado das experiências; h)

estabelecer vínculo terapêutico e foco para o processo; i) clarear e aprofundar conteúdos facilitando o *insight*. Não tem supremacia sobre os demais procedimentos, mas é utilizada para articulá-los, bem como para a estimulação do REIS. A comunicação deve ser clara, simples e objetiva (APÊNDICE 13);

- **2º. Imaginação Ativa:** São práticas estruturadas na AIT a partir da possibilidade do inconsciente desenvolver imagens que podem parecer aleatórias, mas são criadas e contornadas por motivações profundas dos diferentes níveis de consciência do indivíduo que as gera. Potencializam aspectos da consciência de vigília e atualizam estados expandidos, com caráter atemporal e intuitivo; ativam a percepção; favorecem processos de compreensão e síntese; estimulam aspectos saudáveis; removem obstáculos à criatividade, intuição e favorece *insights*. Inicia-se com uma sensibilização corporal, harmonizando a respiração e relaxando o corpo, a seguir são propostas aproximações sucessivas com imagens simbólicas que se apresentarão segundo possibilidades do inconsciente do paciente, e finaliza ancorando a experiência no momento presente (APÊNDICE-08);
- **3º. Reorganização Simbólica:** Facilitam a organização de certos conteúdos, numa sequência lógica e adequada na psique, no tempo e no espaço. Sua aplicação requer descrição minuciosa e manejo dinâmico adequado. Os conteúdos são trabalhados pela dramatização, imaginação ativa, escrita, entre outros; articulados pela intervenção verbal o terapeuta sugere novos passos para despertar novas percepções, ativação da intuição e processos psíquicos do inconsciente para transformar os desejos em realidade, por meio de objetivos, metas e atitudes no cotidiano (APÊNDICE-09);

- **4º. Dinâmica Interativa:** Possibilita trabalho intenso, profundo e significativo com os conteúdos psíquicos por meio de sete etapas que se interpenetram e se repetem continuamente no processo terapêutico e na vivência do indivíduo: a) reconhecimento: pode ser desencadeado por fatores intrínsecos ou extrínsecos; é o momento da mobilização interna, um olhar ao redor, os questionamentos podem emergir. O indivíduo experimenta “lacunas” na psique e mobiliza-se para acolher o novo. No trabalho terapêutico é momento de acolher as verbalizações, repetir ideias significativas, oferecer estímulos para reflexão, motivação interna e externa que alimentam o processo; b) identificação: só ocorre se houver ressonância com a necessidade do momento em que o indivíduo se encontra, e se houver envolvimento. Sensações físicas, sentimentos e pensamentos são vivenciados; a participação emocional aliada ao processo cognitivo, sensorial e intuitivo mobilizam novas aquisições. No trabalho terapêutico contextualiza-se o quê, quando, como, onde, com quem, para quê? Abrindo espaço psíquico para a dúvida e o questionamento, os conflitos e obstáculos internos são vivenciados; c) desidentificação: esta etapa depende da anterior, não há como desidentificar do que não foi identificado. Caracteriza-se pelo “ver de fora”, emerge a análise, o discernimento crítico e a reflexão. Corre-se o risco da cristalização intelectual, processo de racionalização. No trabalho terapêutico os opostos são focalizados para favorecer o desapego, o desidentificar-se por meio do discernimento entre o Ser e o Estar. Por exemplo, o paciente está com a DC, mas ele não é a DC, traz-se à tona a amplitude do Ser diferenciado da condição circunstancial do Estar; d) transmutação: ativa-se o processo de transcendência, a dinâmica psíquica se amplia, inicia a transição em direção ao supraconsciente. A percepção mais ampliada favorece e cria

espaço para novas inter-relações, entre a dualidade e a unidade. Nada é inteiramente bom ou mau, certo ou errado, aspectos funcionais e disfuncionais fazem parte de uma mesma realidade. As aquisições adquirem significados pessoais, aspectos positivos e negativos, fáceis ou difíceis, incitam a luta entre querer ir mais fundo ou abandonar. O indivíduo vivencia o conflito e a possível solução. A percepção tem função concreta e abstrata. No trabalho terapêutico são explorados os aspectos multiparadigmáticos, são valorizados aspectos pessoais e no REIS a intuição e a sensação são estimuladas mais intensamente para promover expansão da consciência; e) transformação: a dinâmica psíquica apresenta forma e contextualização diferenciadas, não fragmentada; ocorre a aquisição de um novo repertório, há uma nova ou adequada resposta para a situação antiga ou novos desafios. No trabalho terapêutico os aspectos de mudança são explorados a partir do referencial da individualidade; f) elaboração: o estado mental é outro, a situação é outra. Os *insights* se manifestam e há apreensão global do conhecimento, da situação e da possibilidade de articulação do saber na vida do indivíduo. No trabalho terapêutico os *insights*, o sentido da experiência e a autonomia são estimulados e explorados; g) integração: há uma nova percepção e um novo fazer, as perspectivas se ampliam e o indivíduo integra a mudança no seu cotidiano. No trabalho terapêutico são estimuladas as relações entre compreensão, vivência e objetivos de vida e integrados;

Durante as duas primeiras etapas, o reconhecimento e a identificação, o eixo experiencial é trabalhado; a partir da terceira etapa, a desidentificação, inicia-se o trabalho com o eixo evolutivo.

No trabalho terapêutico estas etapas são sensibilizadas por meio do imaginário vivencial, diálogos internos, psicodrama, representação simbólica, grafismo, trabalho corporal e sensorial inclusive, estas etapas podem ser utilizadas para nortear o processo terapêutico breve (APÊNDICE-07).

- **5º. Recursos Auxiliares ou Adjuntos:** São práticas complementares que podem ser breves ou não, de fácil assimilação e com efeito benéfico à saúde física e psíquica. Facilitam a expansão da consciência, rebaixam o nível de tensão e ansiedade, e promovem clareza mental. Entre elas podemos citar: a) relaxamento: são técnicas que combinam exercícios de respiração, contração e descontração do corpo. Pacifica o corpo, a mente e as emoções, promovendo quietude, sensação de alívio e bem-estar; b) concentração: ato de dirigir e fixar a atenção em um foco interno ou externo; traz grandes benefícios físicos e psíquicos, favorece a observação interna e externa, melhora a percepção e amplia a consciência de si, do outro, das vivências e do próprio desenvolvimento; c) contemplação: estágio que precede a concentração e antecede a meditação; sua prática promove grande interiorização e aprofundamento mental. O indivíduo deve observar e concentrar-se em um elemento externo, de preferência um elemento da natureza ou imagens arquetípicas e fundir-se a ele; d) meditação: pode ser promovida a partir dos recursos auxiliares anteriores, mas não é a prática destes e sim seu resultado. Consiste em o indivíduo experimentar o estado de inação, observar a própria consciência, estado espontâneo, totalizador, de puro ser e saber; e) atividades complementares: sugestões de acordo com as características do paciente, com teor positivo e educativo, direcionadas ao seu cotidiano para melhorar a qualidade de vida e promover bem-estar. Refere-se a atividades nas quais a pessoa desenvolve autonomia e habilidades adaptativas como

desenho, pintura, atividades manuais, jardinagem, atividade física, dança, trabalho com sonhos, entre outras que promovem bem-estar e alívio de tensão.

No contexto terapêutico, os recursos adjuntos são normalmente utilizados associados aos demais procedimentos técnicos. Por ser de fácil assimilação, o paciente tem possibilidade de continuar praticando de maneira independente e autônoma em seu cotidiano, mesmo após o encerramento do processo terapêutico. Figueiredo et al.⁷⁰ recomendam o uso do relaxamento e da meditação no apoio psicológico na área da saúde, e especificamente, no ambiente hospitalar.

A AIT em seu aspecto estrutural oferece princípios teóricos para fundamentação e compreensão de conteúdos e experiências humanas, enquanto que o aspecto dinâmico, oferece recursos para articulação terapêutica em benefício da integração psíquica, autoconhecimento, autodesenvolvimento, equilíbrio e bem-estar do Ser.

1.1.5. Psicoterapia

As psicoterapias se apresentam historicamente para a Psicologia e para a sociedade como uma prática de grande relevância. Possuem caráter sapiencial e metodológico, que as aproxima tanto de sabedorias antigas quanto da ciência; exige uma articulação de saberes. Suas epistemologias associadas a um estatuto antropológico se caracterizam por uma ação de cuidado⁵².

Segundo Peres⁵¹, surgiram no ocidente em meados do século XIX com objetivo de tratar, remover ou modificar sintomas de natureza emocional e promover crescimento e desenvolvimento da personalidade. Variam em relação às escolas filosóficas, perspectivas epistemológicas, teorias e métodos utilizados nas intervenções práticas.

Nenhuma psicoterapia é igual à outra, os terapeutas não trabalham todos de igual maneira, nem é razoável supor que todos os pacientes devam ser tratados da mesma forma. A centralização em uma só abordagem pode gerar o empobrecimento da ação terapêutica e seus fins^{52,71}.

Independente de sua orientação teórica, a psicoterapia tem como principais objetivos levar o paciente ao conhecimento de si, ações que favoreçam o próprio crescimento e equilíbrio no processo de cura^{70,72}. É uma oportunidade de transformação saudável na relação consigo mesmo, com o corpo e com o mundo³⁰.

O processo terapêutico se caracteriza por um enquadre. Toda psicoterapia tem uma sequência no tempo com horário combinados e com certa regularidade, fatores que dão suporte ao relacionamento. Exige técnicas apropriadas e corretamente empregadas, e a relação existe para instruir, motivar, formular e separar problemas de soluções. Porém, cada sujeito é singular e a psicoterapia não se reduz apenas à técnica^{52,71,73}.

Tem como principal característica o fato de ter seu início determinado pelo paciente. Ao decidir pelo processo terapêutico o paciente já realizou um processo inicial e introspectivo para reconhecer suas necessidades e as implicações do tratamento em sua vida⁷².

É pelas palavras que o psicólogo faz o seu trabalho e a “conversa” é a porta de entrada para o mundo de significados e de sentidos; é um processo de escuta que sustenta a angústia o tempo suficiente para que haja a elaboração. Trabalha com o sentido das coisas e não com a verdade das coisas, com planejamento consciente das ações terapêuticas a partir do amor e do saber⁵⁰.

É fundamental desenvolver modelos colaborativos, voltar-se para as necessidades do paciente e seus respectivos sistemas de crenças, mobilizar suas inteligências intrínsecas para encontrar soluções⁵¹.

A boa formação e o desenvolvimento pessoal se fazem necessários ao exercício profissional, pois esse relacionamento é mais que atitudes; envolve um modo de ser, ver e estar no mundo, é como uma abertura à alteridade⁵².

O relacionamento profissional entre terapeuta e paciente é uma parceria imbuída de confiança recíproca, afeto e acolhimento incondicional que empreende uma ação de saúde^{31,73}. A finalidade do relacionamento é o tratamento, no qual o paciente caminha sob sua responsabilidade num *setting* terapêutico, onde cada pessoa deve ser vista como única e deve ser encorajada a autonomia no processo de cura^{34,71-72}.

A qualidade do vínculo terapêutico pode influenciar os resultados da psicoterapia. Marcolino⁷⁴ avaliou o impacto da aliança terapêutica em Psicoterapia Breve (PB) e concluiu que os pacientes percebem quando seus terapeutas apresentam maior capacidade de compreensão e envolvimento, e quando isso acontece, há maior redução nos sintomas depressivos.

A psicoterapia é uma das técnicas ou estratégias mais utilizadas pelos psicólogos; como qualquer outra ação em saúde, não é capaz de suprir todas as necessidades ou exigências dos problemas psicológicos ou sofrimento humano, mas pode contribuir e é utilizada para esses fins⁵². O ambiente hospitalar e ambulatorial exige psicoterapeutas experientes, com conhecimentos específicos e técnicas adequadas ao contexto⁷⁵.

1.1.5.1. Psicoterapia Breve

A PB é um tratamento por meio da comunicação e do relacionamento sistematizados entre terapeuta e paciente; tem por objetivo possibilitar ao paciente identificar, compreender e redimensionar seus conflitos, desenvolver sua percepção e relações interpessoais; reduzir angústia, solucionar problemas, promover acesso ao inconsciente e desenvolver a personalidade. Podem ser classificadas como mobilizadoras, de apoio ou resolutivas^{76,77}.

Teve início com o trabalho de Sigmund Freud em meados de 1906, e inicialmente foi desenvolvida com pacientes adultos, depois expandidas para outras idades^{71,77-79}. Vem se ampliando de forma considerável com respeito e credibilidade, e diferentes abordagens já foram testadas dentro do modelo empírico: terapia interpessoal de Klerman, terapias cognitivas de Beck e comportamental, psicoterapia breve psicodinâmica ou psicanalítica, psicodramática; em caráter individual, casal, familiar ou grupal; em consultórios, hospitais ou instituições diversas; com pacientes de todas as idades^{50,71,76}.

Os psicólogos têm muito a contribuir com intervenções, pesquisas e publicações nesse setor. Estudos demonstram que a PB tem sido objeto de prática e pesquisa por médicos e psicólogos, principalmente com pacientes ambulatoriais desde 1950, com maior ascensão a partir de 1970. Contudo, foi claramente definida e pesquisada a partir de 1980^{79,80}.

Recentemente, apresentam grande expansão de alternativas técnicas para atender diferentes doenças e 91% das aplicações ou indicações ocorreram em terapias individuais, com ausência de terapia breves em grupo com temas referentes à saúde e qualidade de vida, temas tão necessários às demandas atuais⁷⁹.

Permite bons resultados terapêuticos em poucas sessões, a partir de um modelo que focaliza no atendimento questões atuais e a vivência de experiências emocionais corretivas nas sessões terapêuticas; sintomas, crise, características de personalidade ou algum tipo de compreensão. Proporciona continência, compreensão do processo de adoecer e possíveis interações psicossomáticas envolvidas; alívio da ansiedade e aspectos sintomáticos^{30,71,77,78}.

Sua indicação atende melhor processos de tratamento-padrão, com proposta na qual a sessão se estenda para além do *setting* terapêutico, com ferramentas que o paciente leva para seu cotidiano. A psicoterapia é um saber que transcende as paredes dos consultórios ou serviços de atendimento psicoterápico, é uma práxis transformadora do sujeito^{52,71}.

Com objetivos e tempo delimitados, a atenção do terapeuta deve estar voltada para o foco, situação problema ou queixa; a partir destes, se estabelece o foco terapêutico. Em geral, a crise é o foco quando ela está acontecendo; fora dela, o foco são as características de personalidade^{71,75,77-79}.

Pode se dar em algumas sessões ou em alguns meses, em média varia de 12 a 20 o número de sessões e não deve ultrapassar um ano. A frequência e o tempo do encontro também podem variar; pode acontecer em vários encontros breves, de 15 minutos num único dia, ou encontros de 50 minutos uma vez por semana, ou intervalos maiores^{71,73}.

No contato inicial, paciente e terapeuta entram num acordo sobre a duração do processo, cabe ao terapeuta tarefas como a compreensão do paciente, a escuta, selecionar foco para o trabalho, planejar o processo e analisar necessidade da continuidade da psicoterapia^{71,78}.

O papel do terapeuta na PB é mais amplo, livre e responsável, exige experiência e requer combinação de procedimentos oriundos de diversas especialidades; é mais abrangente, é realizar mais com menos; é mobilizar recursos para que o maior número de

insights aconteça o mais frequentemente possível. As sessões terapêuticas podem ser agentes catalisadores que aceleram e tornam possíveis relações e experiências mais saudáveis^{71,73,77,78}.

Cape⁸¹, em estudo de revisão sistemática, meta-análise e meta-regressão, analisou 34 estudos envolvendo 3.962 pacientes com quadros de ansiedade, depressão e mistos. Comparou a eficácia de diferentes tipos de PB em comparação com tratamento usual, na atenção primária e confirmou a eficácia da PB e aconselhamento.

1.1.5.2. Psicoterapia Transpessoal

A Psicoterapia Transpessoal é o conjunto de métodos de restabelecimento da saúde pela progressiva redução de um “eu” separado; visa o tratamento das neuroses pelo despertar e a exteriorização do transpessoal semi potencializado nas psicoses. Tem como objetivos: a) conscientizar o paciente de seu desalinhamento emocional; b) estimular, desenvolver e oferecer recursos de expressão das potencialidades e capacidades inatas; c) localizar e situar as dificuldades no ambiente afetivo, social, familiar, profissional, espiritual, etc.

Amplia a concepção do humano para além dos aspectos individuais e biográficos de sua consciência e personalidade; reconhece estudos e intervenções sobre a consciência e orienta-se para a autotranscendência^{53,82}.

Na AIT, o terapeuta não interpreta os conteúdos, é um facilitador que acompanha, acolhe e estimula o eixo experiencial e evolutivo por meio dos procedimentos técnicos para que o paciente acesse seus conteúdos em sua consciência para promoção de seu desenvolvimento, conscientização da natureza e extensão de seus conflitos, capacidades e potencialidades. O terapeuta auxilia o paciente a localizar, mapear e situar suas dificuldades e propiciar resiliência e adaptação^{59,61,62}. Nesta abordagem, o espaço terapêutico é um

ambiente para o paciente viver e projetar sua realidade subjetiva, em condições promovidas pelo terapeuta que estimulam o “abrir-se” para que sua consciência se manifeste⁵³.

Kaspro e Asotton⁵⁸, em estudo de revisão, analisaram as contribuições da PT na terapêutica da psiquiatria e demonstraram que: a) a PT oferece uma visão ampliada do que significa ser humano; b) descreve que estágios de desenvolvimento humano que se estende para além da identidade pessoal; c) a pesquisa e a prática transpessoal exploram o uso terapêutico de estados alterados de consciência para facilitar a ligação com os níveis da psique que muitas vezes não disponíveis exclusivamente por meio de abordagens racionais ou cognitivos; d) o uso de imagens, a meditação, a respiração e recursos adjuntos, podem desempenhar um papel significativo no avanço da psicoterapia.

A PT, a AIT e as PB se aplicam e podem favorecer pacientes acometidos por enfermidades orgânicas, e tendo em vista as necessidades psicológicas apresentadas pelos pacientes de DC, a Psicoterapia Breve Transpessoal (PBT) pode beneficiar esses doentes para acolhimento da dor e do sofrimento, equilíbrio psíquico, superação da ansiedade e depressão, conscientização, melhora adaptativa e na qualidade de vida.



2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar os efeitos da PBT em pacientes com DC.

2.2. Objetivos Específicos

- A. Analisar os resultados da PBT em pacientes com DC quanto à saúde geral, qualidade de vida, ansiedade, depressão e estados de desesperança;
- B. Observar possíveis correlações entre as condições psicológicas e a atividade da doença em pacientes com DC.



3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1. População de estudo

Pacientes com DC acompanhados no Centro de Diagnóstico de Doenças do Aparelho Digestivo (GASTROCENTRO) – Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais “Prof. Dr. Juvenal Ricardo Navarro Góes” – da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

3.1.1. Fatores de Inclusão

Pacientes de ambos os sexos com diagnóstico confirmado para DC, idade entre 25 anos e 55 anos, residentes em cidades da Regional de Saúde de Campinas e com disponibilidade de horário para comparecer ao GASTROCENTRO semanalmente, durante aproximadamente quatro meses.

3.1.2. Fatores de Exclusão

Foram excluídos pacientes portadores de estomas intestinais, doentes com indicação de tratamento cirúrgico, grávidas, mulheres em fase de amamentação, diagnóstico prévio ou evidente de psicose, aqueles que se encontravam em processo de psicoterapia individual ou de grupo, ou com tratamentos alternativos como acupuntura. Também foram excluídos pacientes com perda de seguimento.

3.1.3. Casística

No período de janeiro de 2010 a outubro de 2010, a partir dos critérios de inclusão e exclusão, o projeto foi apresentado aos pacientes com perfil para participar do estudo. A amostra foi constituída por 11 doentes que voluntariamente manifestaram disponibilidade e motivação em participar.

3.1.4. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Atendendo às exigências do Ministério da Saúde, o presente projeto foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, com parecer registrado sob nº 953/2010 (ANEXO-01 e 02).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE-01).

3.2. Métodos

Optou-se pelo método clínico com estudo prospectivo, por ser indicado para ampliar conhecimentos no campo da Psicologia, o qual permite um recorte pessoal e individual da vivência sobre uma questão específica, e é caracterizado pela adoção de certas técnicas: entrevistas, observações, testes psicométricos, questionários e provas projetivas.

3.2.1. Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram questionários, testes psicológicos, roteiro de anamnese, formulário para registro das sessões de PBT e práticas previamente planejadas para o processo terapêutico.

3.2.1.1. Questionário Sociodemográfico (QSD)

O QSD foi elaborado pela autora da pesquisa com intuito de obter informações sociodemográficas dos pacientes (APÊNDICE-02).

Possui quatro subdivisões: a primeira parte são perguntas que se referem aos dados de identificação como nome, sexo, idade, estado civil, cidade em que reside, telefone de contato, se possui ou não filhos e religião. A segunda aborda nível de escolaridade; a

terceira, situação profissional atual e renda familiar; enquanto que a última parte está relacionada aos dados clínicos: tempo de evolução da doença, idade de início da mesma, tempo de acompanhamento no Serviço, tratamentos realizados, associação entre aparecimento da doença e crises com dificuldades psicológicas, interesse pela psicoterapia, expectativa quanto ao processo terapêutico, autoavaliação no início e ao final da pesquisa para investigar as próprias condições psicológicas e investigação do que obteve com o processo terapêutico.

3.2.1.2. Índice de Atividade da Doença de Crohn (IADC)

O IADC foi utilizado para avaliar a atividade da doença antes e depois do processo terapêutico (ANEXO-03).

É um instrumento desenvolvido e validado para caracterização da atividade da DC, permitindo a classificação dos pacientes segundo a intensidade da atividade inflamatória: doença em remissão, atividade leve a moderada, moderada a grave e grave a fulminante⁷.

Possui oito variáveis que investigam sinais e sintomas apresentados pelos pacientes nos últimos sete dias, avaliando-se o número de evacuações líquidas ou pastosas; ocorrência de dor abdominal; sensação de bem-estar; presença de complicações (artrite ou artralgia, irite ou uveíte, eritema nodoso, pioderma gangrenoso ou estomatite aftóide, fissura anal, fístula ou abscesso perianal, febre acima de 37,8°C); presença ou não de massa abdominal palpável; valores do hematócrito; peso e uso ou não de opiáceos ou antidiarreicos.

3.2.1.3. Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)

O IBDQ é um instrumento para avaliar a qualidade de vida em pacientes com DII. Desenvolvido e validado nos Estados Unidos em 1988, por Mitchell e cols da *McMaster University*. Foi traduzido, adaptado à cultura brasileira e validado por Pontes et al.⁸³ como instrumento específico para avaliação de qualidade de vida em pacientes brasileiros com DII (ANEXO-04).

O questionário contém 32 itens que avaliam quatro dimensões: sintomas intestinais e sistêmicos, aspectos sociais e emocionais. No questionário, estes itens estão distribuídos de forma aleatória para evitar viés nas respostas. Cada questão apresentada contém sete possibilidades de respostas, na qual se deve escolher uma. Cada opção varia de um (pior qualidade de vida) a sete (melhor qualidade de vida). A soma de todos os domínios resulta no escore total.

3.2.1.4. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG)

O QSG é um questionário de saúde geral; foi desenvolvido e validado por Goldberg em 1972 para identificar problemas de saúde geral, avaliar distúrbios psiquiátricos não psicóticos, e com indicação de uso na clínica⁸⁴.

É composto por 60 itens distribuídos aleatoriamente no questionário que avaliam estado de saúde geral (fator geral) e cinco fatores específicos: estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios de sono e distúrbios psicossomáticos.

A apresentação do material conta de um folheto acompanhado da folha de respostas, na qual os itens são respondidos em uma escala tipo *Likert*, que varia de um ponto (menor severidade do sintoma) a quatro pontos (maior severidade do sintoma). A apuração é

baseada na somatória destes pontos, tanto para fator geral quanto para os fatores específicos (ANEXO-05).

3.2.1.5. Escalas de Beck

As Escalas de Beck foram desenvolvidas por Beck e colaboradores no *Center for Cognitive Therapy* da Universidade da Pensilvânia, na Filadélfia, nos Estados Unidos. No desenvolvimento da versão em português buscou-se formulação consensual com equivalência conceitual e semântica com a versão em inglês⁸⁵.

Possui quatro medidas escalares e neste estudo foram utilizadas três destas escalas: Inventário de Depressão (BDI), Inventário de Ansiedade (BAI) e Inventário de Desesperança (BHS):

- **1ª BDI:** Utilizada para avaliar a depressão; é composta por 21 itens, com quatro alternativas e graus crescentes de gravidade da depressão, sendo zero a ausência de depressão e três, indicando depressão severa. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais, o que permite classificação do nível de intensidade da depressão. São explorados temas como tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, culpa, punição, autoaversão, autoacusações, ideias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na autoimagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda da libido (ANEXO-06);
- **2º BAI:** É uma escala com 21 itens, que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade. São afirmações descritivas de sintomas de ansiedade que devem ser avaliadas pelo sujeito em relação a si mesmo numa escala de um (ausência de ansiedade) a quatro pontos (nível máximo de ansiedade). As temáticas se referem a

dormência ou formigamento, sensações de calor, tremores nas mãos e pernas, incapacidade de relaxar, medo que aconteça o pior, de morrer ou perder o controle, sensação de estar atordoado ou tonto, palpitação ou aceleração do coração, dificuldade de respirar, falta de equilíbrio, estar aterrorizado, nervoso, sensação de sufocação, indigestão ou desconforto no abdômen, sensação de desmaio, rosto afogueado e suor (não devido ao calor). Na avaliação, o escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais (ANEXO-07);

- **3º BHS:** Trata-se de uma escala dicotômica, com afirmações que envolvem cognições sobre desesperança. São apresentados 21 itens, que o sujeito ao concordar (CERTO) ou discordar (ERRADO) descreve sua atitude, permitindo que seja possível avaliar suas expectativas a respeito do futuro imediato e remoto. O escore total é obtido com a soma dos itens individuais baseado em um crivo que aponta as respostas indicativas de desesperança (ANEXO-08).

3.2.1.6. Roteiro de Anamnese

Utilizado para obter informações sobre a história de vida do paciente com propósito de se obter informações de suporte ao processo psicoterapêutico. Foram investigados aspectos relativos ao contexto da família original e atual, gestação, dados do desenvolvimento, infância, adolescência, vida escolar, vida profissional e financeira, vida afetiva, sexualidade, saúde, alimentação, sono e sonhos, esporte e atividade física, lazer e *hobby*, amizades, espiritualidade, rotina atual e autoavaliação (APÊNDICE-03).

3.2.1.7. Mapa do Momento Atual

Elaborado pela autora para explorar a rotina de vida atual e autoavaliação, sensibilizando o paciente para o processo terapêutico. O paciente constrói um gráfico das atividades desenvolvidas ao longo da semana e caracteriza cada atividade com qualidades que representam estados afetivos e valores pessoais. A seguir, é solicitado para escrever no verso completando a seguinte frase: “Ao observar esse mapa eu percebo que nesse momento...”, e estabelecer as relações com a DC (APÊNDICE-04).

3.2.1.8. Protocolo de Atendimento

Elaborado pela pesquisadora para registro escrito de cada atendimento para padronizar a conduta nas sessões. No cabeçalho, contém a identificação do paciente, data da sessão, autoavaliação de como o doente se sente no dia, percepção do terapeuta e relato do atendimento (APÊNDICE-05).

3.2.1.9. Exercício da Excelência

Prática elaborada a partir de subsídios da Programação Neurolinguística e Psicologia Positiva, adaptada à AIT para estimular processo de reconhecimento das questões a serem trabalhadas no processo terapêutico⁸⁶. Consiste de três etapas com uma folha de protocolo para cada etapa: a) o paciente escreve em uma folha, dividida em quatro quadrantes, o que gosta e faz, o que gosta e não faz, o que não gosta e faz, o que não gosta e não faz; b) o paciente escreve em uma folha, dividida em quatro quadrantes, o que não está bom, mas pode melhorar no futuro, o que considera saudável e feliz em sua vida, o que se encontra sem perspectiva e o que lhe oferece satisfação e motivação; c) analisando os registros, amplia-se a reflexão, faz uma constatação das questões mais relevantes a serem

trabalhadas no momento atual, classificadas em urgente, importante, essencial e desnecessário (APÊNDICE-06).

3.2.1.10. Heurística da Emoção e Grafismo

Realizou-se a integração de duas práticas, Heurística da Emoção e Grafismo⁵⁹, baseado na técnica de utilização de símbolos da natureza de Assagioli⁸⁷, para promover a identificação da emoção que frequentemente provoca desequilíbrio e desconforto.

Num primeiro momento, o paciente é estimulado por meio da reflexão a identificar a emoção; a seguir, é solicitado que represente esta emoção graficamente simbolizada em um elemento da natureza e escrever seus atributos. Num segundo momento, solicita-se a representação gráfica de um elemento que simbolize o oposto do primeiro e escrever seus atributos. A última etapa, com registro escrito pelo próprio paciente, consiste em um diálogo entre os elementos. Para concluir, o terapeuta estimula por meio da intervenção verbal, uma reflexão pessoal sobre o texto produzido e suas relações com momento atual de vida e a DC (APÊNDICE-07).

3.2.1.11. Exercício da Fonte

Baseado na técnica de utilização de símbolos da natureza de Assagioli⁸⁷ e contribuições de Saldanha⁵⁹, a técnica foi utilizada para promover desidentificação dos obstáculos emocionais e desconforto físico.

Inicialmente faz-se uma sensibilização induzindo estado de relaxamento e serenidade interior, e o indivíduo é orientado para que se coloque mentalmente em um lugar da natureza no qual entra em contato com uma fonte de águas puras e cristalinas. São

sugeridas aproximações sucessivas à fonte possibilitando a desidentificação dos obstáculos emocionais, desconforto físico, visando plasticidade psíquica.

Ao final é solicitada uma representação gráfica da experiência com registro escrito das percepções do paciente, suas relações com seu momento atual de vida e com a DC (APÊNDICE-08).

3.2.1.12. Diálogos Internos

Utilizando-se de metáforas, símbolos e elementos da natureza, animais e aqueles criados pelo homem sugeridos por Assagioli⁸⁷, e exercício de imaginação ativa proposto por Saldanha⁵⁹, a técnica foi elaborada para trabalhar a transmutação, integrando duas técnicas: revendo metas existenciais e exercício do sábio.

Realiza-se inicialmente uma sensibilização corporal, convidando o paciente ao estado de relaxamento e serenidade, sugerindo a seguir, que se coloque mentalmente em meio a natureza onde se vê caminhando, e é proposta uma jornada interior na qual irá se deparar com alguns elementos. A seguir, sugere-se a aproximação com uma árvore, a roseira, o leão e a coruja e com cada um é estimulado um diálogo. E finalmente, em meio a um campo de flores, é sugerido caminhar por uma trilha em direção a um templo, no qual se estimula o diálogo com o um ser sábio que oferece um presente.

Para o diálogo são propostas questões de autoconhecimento e cura, e ao final é sugerido representar graficamente o presente, escrever seus atributos e relacionar com processo de cura, bem-estar e a DC (APÊNDICE-09).

3.2.1.13. Os Sete Eu's

Baseando-se na técnica de modelos ideais de Assagioli⁸⁷, trabalha-se estimulando repetidas identificações e desidentificações para a ativação do eixo evolutivo e a etapa da transformação, para que o paciente possa se perceber e fazer escolhas mais saudáveis para si mesmo⁵⁹.

É estimulada uma reflexão por meio de sete perguntas que inicialmente são respondidas com uma imagem e depois se escreve livremente a respeito: Como eu me vejo? Como os outros me veem? Como eu gostaria de ser? Como os outros gostariam que eu fosse? Como eu não gostaria de ser? Como os outros não gostariam que eu fosse? O que realmente sou? (APÊNDICE-10).

3.2.1.14. As Quatro Portas

Elaborado para promover processo de elaboração, focalizando as principais etapas da vida: infância, adolescência, vida adulta e momento atual; fortalecendo conexão saudável com o momento atual⁵⁹.

Inicialmente, realiza-se uma sensibilização corporal e a seguir, utilizando-se dos recursos da imaginação ativa, é sugerido ao paciente caminhar por uma estrada que o leva até uma casa. Nesta casa há quatro portas representando etapas distintas da própria vida: infância, adolescência, vida adulta e momento atual.

É sugerido explorar cada espaço e mudar o que desejar, sendo que na última sala é realizada uma projeção para os próximos cinco anos de vida. A seguir, é sugerido o retorno ao momento atual com elaboração de um desenho simbolizando cada uma das etapas de vida e partilha verbal da experiência estabelecendo relações com momento atual e a DC (APÊNDICE-11).

3.2.1.15. Exercício de Amor ao Próprio Corpo

Técnica elaborada para promover integração e fortalecimento da autoestima, utilizando-se dos recursos da imaginação ativa. Iniciando com sensibilização corporal e diálogo interno, no qual o paciente é convidado mentalmente a entrar em contato com seu corpo e conceber o seu ser como uma unidade bio-psíquica-social-espiritual. O exercício é finalizado com a mentalização de cores sobre o próprio corpo⁵⁹.

Solicita-se que a experiência seja representada por uma imagem e anotações de como se percebe, sensações, sentimentos, pensamentos, intuições, etc; além de estabelecer relações com momento atual de vida e com a DC (APÊNDICE-12).

3.3. Ambiente

Os pacientes foram atendidos pela pesquisadora no Ambulatório de DII-GASTROCENTRO – UNICAMP, em Campinas/SP, em sala privativa. Inicialmente nos dias de consulta ou de administração de medicamentos (infiximabe) e posteriormente, adotou-se como procedimento padrão atendê-los com hora marcada, com permanência inicial na sala de espera.

3.4. Procedimento

Durante o período de janeiro de 2010 a outubro de 2010 a pesquisadora acompanhou os pacientes para conhecimento da população, delineamento dos instrumentos para Avaliação Inicial (AI) e Avaliação Final (AF), elaboração e submissão, e aprovação do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Inicialmente realizou-se análise das fichas dos pacientes acompanhados no ambulatório levando em consideração fatores de inclusão e exclusão.

O projeto foi apresentado aos pacientes com perfil para constituir a casuística da pesquisa, os quais foram esclarecidos dos objetivos e finalidade do estudo. A inclusão se deu mediante disponibilidade e motivação do paciente, com adesão voluntária.

Os dados foram coletados em sala privativa no Ambulatório, no período de novembro de 2010 a maio de 2012, em entrevistas individuais, bem como as sessões de PBT. O registro destes se deu ora pelo próprio paciente, no preenchimento de formulários, elaboração de imagens, ou na transcrição livre de sua experiência nas atividades que foram desenvolvidas durante o processo terapêutico, ora pela autora da pesquisa, na transcrição da fala espontânea do paciente durante as sessões de psicoterapia breve, gerando relatórios de atendimento. Os pacientes foram atendidos individualmente uma vez por semana, por 14 semanas, em encontros com duração de 50 minutos.

Inicialmente, foi realizada uma entrevista de triagem, com o preenchimento do QSD, exploração do histórico da doença, queixa principal e assinatura do TCLE.

Num segundo momento realizou-se AI, na qual o paciente preencheu os seguintes questionários: IBDQ, QSG, BDI, BAI e BHS e foi encaminhado a um médico do ambulatório para preenchimento do IADC.

Num terceiro momento, utilizando-se de três sessões, realizou-se uma investigação da história de vida do paciente por meio de uma anamnese (APÊNDICE-03). E no último encontro destinado à anamnese, realizou-se a autoavaliação, retomando aspectos relevantes da queixa e história de vida, contextualizando o momento atual (APÊNDICE-04). Para esta etapa foram necessários três encontros com cada paciente.

Do sexto ao décimo segundo encontros foram realizadas sessões de PBT. Os pacientes foram acompanhados individualmente e semanalmente, em sessões de

aproximadamente 50 minutos, com foco em questões relativas ao seu momento atual, relacionadas ou não ao quadro clínico.

No 13º encontro realizou-se a AF na qual o paciente respondeu BAI, BHS, BDI, IBDQ, QSG, duas últimas perguntas do QSD e foi encaminhado a um médico do ambulatório para preenchimento do IADC.

No 14º encontro ocorreu a entrevista devolutiva, na qual a pesquisadora apresentou individualmente aos pacientes os dados principais dos resultados, relevantes em relação à queixa inicial e colheu depoimento de autoavaliação do processo terapêutico (ANEXO-09). Todas as etapas do processo da PBT estão apresentadas a figura 3.

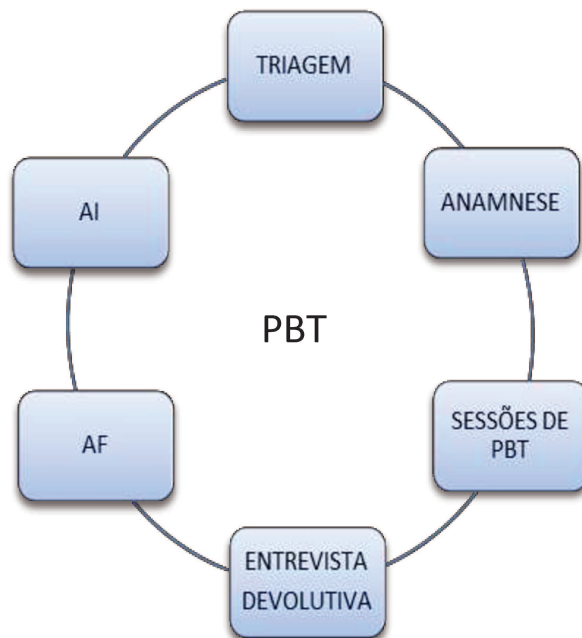


Figura 3. Etapas da PBT.

Para garantir procedimento científico ao processo terapêutico alguns critérios foram estabelecidos:

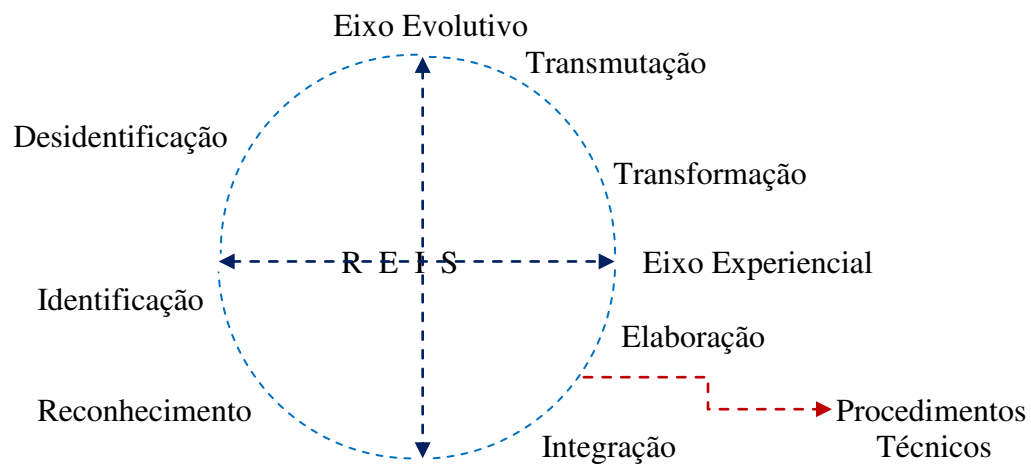
- Utilizar protocolo de atendimento em todas as entrevistas (APÊNDICE-05);
- A duração do processo terapêutico foi pré-estabelecida em 14 sessões, de 50 minutos, com a frequência de uma vez por semana;
- Processo terapêutico com sessões individuais;
- Posição do terapeuta mais ativa que em psicoterapias tradicionais, sustentando foco nas questões atuais, estimulando posição ativa do paciente em relação às suas dificuldades, conflitos e necessidades, favorecendo sua pró-atividade;
- Não interpretar e utilizar intervenções para promover conscientização, compreensão, clarificação e percepção de componentes do inconsciente pelo próprio paciente;
- Padronização das intervenções verbais, que visam identificar, qualificar, quantificar e localizar finalidades das situações; para o quê e quem se dirigem; meta e objetivo que se pretende atingir (APÊNDICE-13);
- Utilizar os mesmos instrumentos padronizados na AI e AF.

A fundamentação teórica e a metodologia estabelecida para a PBT fundamentou-se nos princípios da AIT, em seus aspectos estrutural e dinâmico, e procedimentos técnicos, com princípios das PB apresentados na introdução deste trabalho. O Processo terapêutico foi norteado pela dinâmica interativa da AIT, com as sete etapas aplicadas no processo de PBT. Para trabalhar cada etapa, elegeu-se um instrumento para cada etapa, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Planejamento dos atendimentos com as sete etapas da AIT.

Etapa	Instrumento	Apêndice	Procedimento Técnico da AIT
Reconhecimento	Exercício da Excelência	06	Reorganização Simbólica
Identificação	Heurística da Emoção e Grafismo	07	Dinâmica Interativa
Desidentificação	Exercício da Fonte	08	Imaginação Ativa
Transmutação	Diálogos Internos	09	Reorganização Simbólica
Transformação	Os Sete Eu's	10	Dinâmica Interativa
Elaboração	As Quatro Portas	11	Dinâmica Interativa
Integração	Exercício de Amor ao Próprio Corpo	12	Imaginação Ativa

A articulação dinâmica do processo terapêutico com as sete etapas da AIT está representada na figura 4.

**Figura 4.** Articulação da PBT com as sete etapas da AIT.

Todos os procedimentos técnicos da AIT descritos da tabela 1, permitiram a estimulação do REIS nas sete etapas da AIT aplicadas à PBT.

O aspecto estrutural da AIT, constituído por seu corpo teórico, ofereceu embasamento para compreensão psicodinâmica e estratégias para trabalhar nas sete etapas da AIT. Todos os procedimentos técnicos possibilitaram trabalhar com diferentes estados de consciência para acessar conteúdos de diferentes cartografias da consciências, ampliando a percepção. Desta forma, trabalharam trabalhados aspectos de ego que estavam interrompendo fluxos na experiência de vida, gerando fragmentação e bloqueando a experiência da unidade (Figura 5).

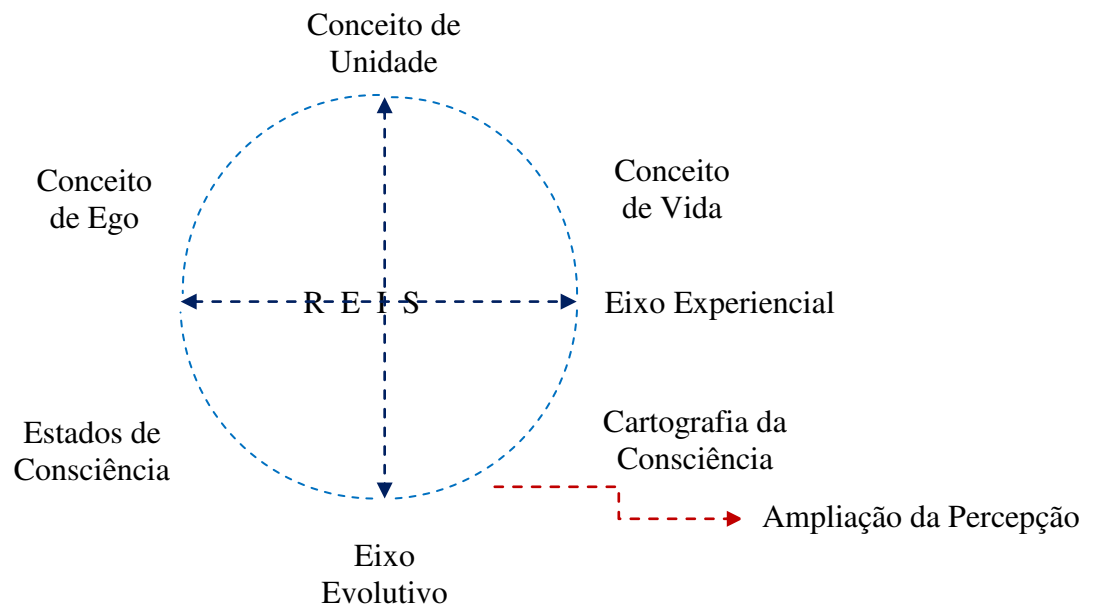


Figura 5. Aspecto estrutural da AIT na PBT.

No método adotado para a PBT, embora os instrumentos foram padronizados para todos os pacientes, foi respeitado sua subjetividade de cada pessoa por meio da intervenção verbal, a terapeuta/pesquisadora norteou o processo segundo a necessidade de cada paciente em todos os encontros seguindo os seguintes passos:

- Escuta atenta da fala inicial e identificando se o conteúdo é relativo a aspectos da razão, emoção, sensação ou intuição;
- Seleção dos aspectos significativos do discurso para intervenção verbal adequada;
- Aplicação do instrumento previsto para o encontro segundo procedimento descrito anteriormente, estabelecendo correlações com a fala inicial do paciente;
- Observação de conteúdos relativos à queixa principal com uso da intervenção verbal para promover conscientização, tomada de decisão adequada e assertividade;
- Atenção contínua ao relato para identificar crenças e atitudes relacionadas à doença, autoimagem e autocuidado, com intervenção verbal para validar as posturas saudáveis ou promover reflexão, e oferecer orientação quanto à posturas pouco assertivas ou destrutivas;
- Encerramento da sessão reafirmando os aspectos mais relevantes trazidos pelo paciente, relacionando-os com seu cotidiano e elementos já trabalhados no processo terapêutico.

Cada paciente foi acompanhado aproximadamente por quatro meses, e durante o período de realização da pesquisa não houve mudança no acompanhamento clínico do paciente, ou seja, foram mantidas as rotinas de consultas, exames e as mesmas medicações utilizadas; nenhum paciente foi internado ou submetido a intervenção cirúrgica entre a AI e AF.

3.5. Análise Estatística

Utilizou-se a análise descritiva com apresentação de tabelas de frequências para variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão para variáveis numéricas, e

metodologia estatística para comparação de medidas numéricas na AI e AF, com o teste de Wilcoxon⁸⁸, para amostras relacionadas. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

Os dados caracterizam o grupo estudado, descrevem e comparam os resultados dos instrumentos de avaliação aplicados na AI e AF.



4. RESULTADOS

4.1. Caracterização da Amostra

A amostra foi composta por 11 pacientes portadores de DC e com acompanhamento no Ambulatório DII – GASTROCENTRO – UNICAMP.

A média de idade do grupo estudado foi de 40,5 anos, com amplitude de 21 anos, sendo o paciente mais novo com 29 anos e o mais velho com 50 anos. Os primeiros sintomas surgiram em média aos 27,3 anos, no entanto, o desvio foi alto (DP=11,4). Para um dos pacientes, os primeiros sintomas surgiram aos sete anos de idade. O tempo médio para o diagnóstico foi de 9,7 anos, sendo o mínimo igual a seis meses e o máximo à 20 anos, apresentando uma alta amplitude de tempo de diagnóstico (DP=5,5). O tempo médio de acompanhamento no Ambulatório de DII – GASTROCENTRO – UNICAMP foi de 6,8 anos, variando de um a 16 anos (Tabela 2).

Tabela 2. Dados relativos à idade, idade de início dos sintomas, tempo de diagnóstico e tempo de acompanhamento.

Atributos	Desvio				
	Média	Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade	40,5	6,9	29,0	38,0	50,0
Idade de Início dos Sintomas	27,3	11,4	7,0	23,0	41,0
Tempo de Diagnóstico	9,7	5,5	0,5	10,0	20,0
Tempo de Acompanhamento	6,8	4,8	1,0	7,0	16,0

A maioria dos pacientes era do gênero feminino (72,7%), casado (63,6%), com filhos (72,7%) e ensino médio completo (45,4%) (Tabela 3).

Tabela 3. Dados relacionados ao gênero, estado civil, filhos e escolaridade.

Atributos		N	%
Gênero	Masculino	3	27,3
	Feminino	8	72,7
Estado Civil	Solteiro	2	18,2
	Casado	7	63,6
	União Estável	1	9,1
	Divorciado	1	9,1
Filhos	Com Filhos	8	72,7
	Sem Filhos	3	27,3
Escolaridade	Ensino Médio Incompleto	3	27,3
	Ensino Médio Completo	5	45,4
	Ensino Médio Profissionalizante	1	9,1
	Ensino Superior Incompleto	1	9,1
	Ensino Superior Completo	1	9,1

No que se refere à religiosidade, constatou-se que a maioria dos pacientes possuía alguma religião (90,9%) e se considerava praticante (72,7%) (Tabela 4).

Tabela 4. Religião.

Atributos		N	%
Possui Religião	Sim	10	90,9
	Não	1	9,1
Pratica a Religião	Sim	8	72,7
	Não	3	27,3

Em relação à ocupação atual, todos os pacientes se mostravam ativos de alguma forma, e a maioria (72,7%) tinha alguma atividade, remunerada ou não. Entre aqueles que estão com benefício do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), todos (27,3%) apresentavam uma rotina adaptada e com independência (Gráfico 1).

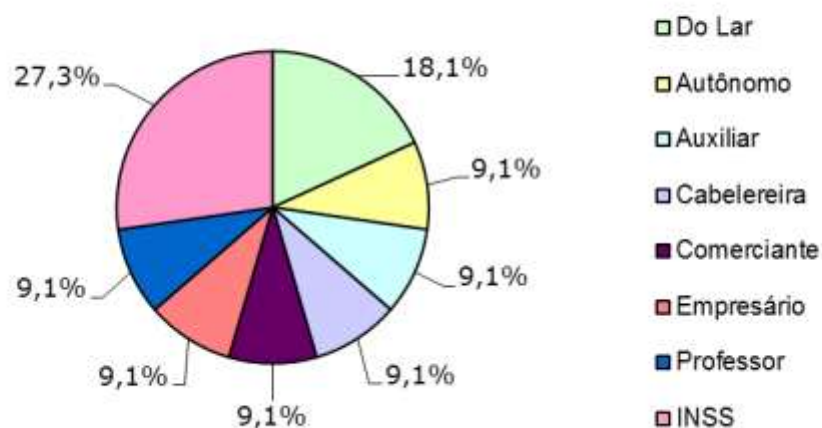


Gráfico 1. Ocupação atual.

Todos tinham alguma renda familiar, com predomínio de rendimentos entre R\$ 511,00 à R\$ 3.060,00 (63,7%) (Gráfico 2).

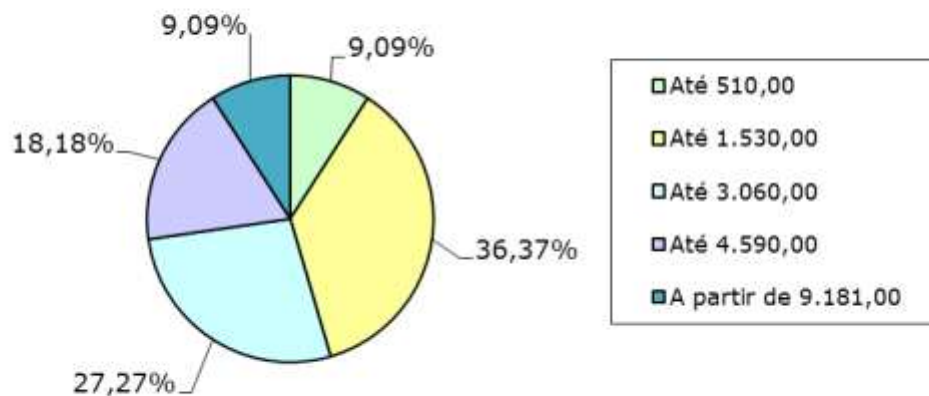


Gráfico 2. Renda familiar.

Todos os participantes estavam em acompanhamento no Ambulatório de DII-GASTROCENTRO – UNICAMP, e com uso de algum tipo de medicação. Nenhum dos pacientes se encontrava internado ou com agendamento para procedimento cirúrgico. Os medicamentos em uso estão listados na Tabela 5.

Tabela 5. Medicação atual.

Tipo de Medicação	N	%
5-ASA	4	36,3
Terapia Biológica	3	27,3
Imunossupressor	2	18,2
Terapia Biológica e Imunossupressor	2	18,2

Observou-se que maioria dos pacientes já havia se submetido a algum procedimento cirúrgico prévio (54,5%) e/ou internação para compensação clínica (27,3%) (Tabela 6).

Tabela 6. Tratamento prévio.

Tipo de Tratamento	N	%
Cirúrgico, Clínico com Internação e Ambulatorial	6	54,5
Clínico com Internação	3	27,3
Clínico Ambulatorial	2	18,2

Realizou-se um estudo preliminar para caracterização dos participantes a respeito do contexto psicológico em torno da doença, e verificou-se que a grande maioria (90,1%), indicou que no período em que a doença se manifestou, houve vivência de dificuldade psicológica, trauma, fato marcante, sofrimento, estado de impotência, etc. Todos associam as crises, que denotam atividade da doença, as quais tiveram ao longo da evolução do quadro clínico, com dificuldades psicológicas (Tabela 7).

Tabela 7. Contexto psicológico em torno da doença.

Atributo		N	%
No período em que a doença se manifestou houve vivência de dificuldade psicológica, fato marcante, de sofrimento, trauma, estado de impotência, etc?	Sim	10	90,9
	Não	1	9,1
Você associa o aparecimento das crises com dificuldades psicológicas?	Sim	11	100,0
	Não	0	0,0

4.2. Análise Descritiva e Resultados dos Instrumentos

Os resultados descrevem e comparam os dados obtidos nos instrumentos utilizados na avaliação em dois momentos (AI e AF).

4.2.1. BDI

No BDI o resultado obtido na AF, apresenta uma significativa melhora dos sintomas depressivos, com redução de -76,8%, quando comparados com resultados obtidos na AI (Tabela 8).

Tabela 8. BDI.

BDI	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	% de Variação	p-valor
Inicial	27,8	12,9	3,0	29,0	51,0		
Final	6,5	5,1	1,0	7,0	19,0		
Diferença	-21,4	10,3	-33,0	-24,0	-2,0	-76,8	0,001*

* significativo ao nível de 0,1% (teste de Wilcoxon).

Ao compararmos o resultado obtido com a classificação da depressão padronizada no BDI, observamos que dois pacientes graves, cinco pacientes moderados e dois pacientes leves passaram a ser mínimos após a intervenção e um paciente grave passou a ser classificado como leve após a intervenção (Tabela 9).

Tabela 9. BDI inicial e final.

		BDI Final		
		Leve	Mínimo	Total
BDI Inicial	Grave	1	2	3
	Moderado	0	5	5
	Leve	0	2	2
	Mínimo	0	1	1
	Total	1	10	11

4.2.2. BAI

No que se refere à ansiedade, também apresentou significativa diferença (-62,0%) após a intervenção (Tabela 10).

Tabela 10. BAI.

BAI	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	% de Variação	p-valor
Inicial	31,6	15,5	5,0	31,0	52		
Final	12,0	9,7	0,0	7,0	34,0		
Diferença	-19,6	10,7	-41,0	-18,0	-5,0	-62,0	0,001*

* significativo ao nível de 0,1% (teste de Wilcoxon).

Em relação ao inventário de ansiedade, quando comparamos o resultado com a tabela de classificação de ansiedade na padronização do BAI, notamos que dos sete pacientes com avaliação grave, um passou a ser moderado, três passaram para leve e dois passaram para mínimo após a intervenção; apenas um continuou com a avaliação grave. Pacientes com avaliação moderada ou leve passaram para avaliação mínima após a intervenção (Tabela 11).

Tabela 11. BAI inicial e final.

		BAI Final				
		Grave	Moderado	Leve	Mínimo	Total
BAI Inicial	Grave	1	1	3	2	7
	Moderado	0	0	0	1	1
	Leve	0	0	0	2	2
	Mínimo	0	0	0	1	1
	Total	1	1	3	6	11

4.2.3. BHS

No BHS intervenção apresentou redução de -61,2% nos níveis de desesperança dos pacientes estudados (Tabela 12).

Tabela 12. BHS.

BHS	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	% de Variação	p-valor
Inicial	7,7	4,3	2,0	7,0	16,0		
Final	3,0	3,0	0,0	2,0	11,0		
Diferença	-4,7	5,1	-14,0	-5,0	1,0	-61,2	0,020*

* significativo ao nível de 5% (teste de Wilcoxon).

Quando o resultado foi comparado com a classificação padrão do BHS, observamos significativa redução no estado de desesperança: um paciente grave, três moderados e três leves passaram a apresentar sintomas mínimos de desesperança após a intervenção. Apenas um paciente permaneceu moderado após a intervenção (Tabela 13).

Tabela 13. BHS inicial e final.

		BHS Final		
		Moderado	Mínimo	Total
BHS Inicial	Grave	0	1	1
	Leve	0	3	3
	Moderado	1	3	4
	Mínimo	0	3	3
	Total	1	10	11

4.2.4. QSG

Os resultados do QSG demonstraram significativa diferença em todos os itens avaliados. Apresentou no total uma diferença de -40,4%, denotando melhora na saúde geral dos pacientes (Tabela 14).

Tabela 14. QSG.

QSG		Desvio			% de			p-valor
		Média	Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	Varição	
Distúrbios	Inicial	2,9	0,7	1,5	3,1	3,7		
	Final	1,8	0,4	1,2	1,8	2,2		
	Diferença	-1,1	0,7	-2,1	-1,3	-0,2	-39,0	0,001**
Desconfiança	Inicial	2,9	0,5	1,8	2,8	3,7		
	Final	1,7	0,4	1,1	1,8	2,2		
	Diferença	-1,2	0,6	-2,4	-1,1	-0,2	-40,1	0,001**
Distúrbios	Inicial	3,2	0,6	1,7	3,2	3,8		
	Final	1,7	0,5	1,0	1,7	2,7		
	Diferença	-1,5	0,7	-2,5	-1,7	-0,3	-46,5	0,001**
Estresse	Inicial	3,2	0,6	1,9	3,4	3,9		
	Final	1,8	0,4	1,1	1,8	2,6		
	Diferença	-1,4	0,7	-2,3	-1,6	-0,1	-44,8	0,001**
Desejo	Inicial	2,0	0,7	1,0	2,0	2,9		
	Final	1,2	0,3	1,0	1,1	1,9		
	Diferença	-0,9	0,6	-1,6	-1,0	0,0	-42,9	0,004*
Total	Inicial	2,8	0,5	1,6	3,0	3,5		
	Final	1,7	0,3	1,2	1,6	2,2		
	Diferença	-1,2	0,6	-2,2	-1,1	-0,2	-40,4	0,001**

** significativo ao nível de 0,1%; *significativo ao nível de 1% (teste de Wilcoxon).

O fator que apresentou melhora mais significativa foi o distúrbio de sono, com uma redução de -46,5% nas dificuldades relacionadas ao sono, seguido de dois fatores que apresentaram melhora bastante significativa: estresse psíquico (-44,8%) e redução no

desejo de morte (-42,9%). Não distante destes índices estão os fatores com menor redução: desconfiança no próprio desempenho (-40,1%) e distúrbios psicossociais (-39,0%).

A média do percentil padronizado para este instrumento em cada um dos fatores, quando comparado os resultados da AI com a AF, apresentou significativa diferença para saúde geral e nos cinco fatores analisados (Gráfico 3).

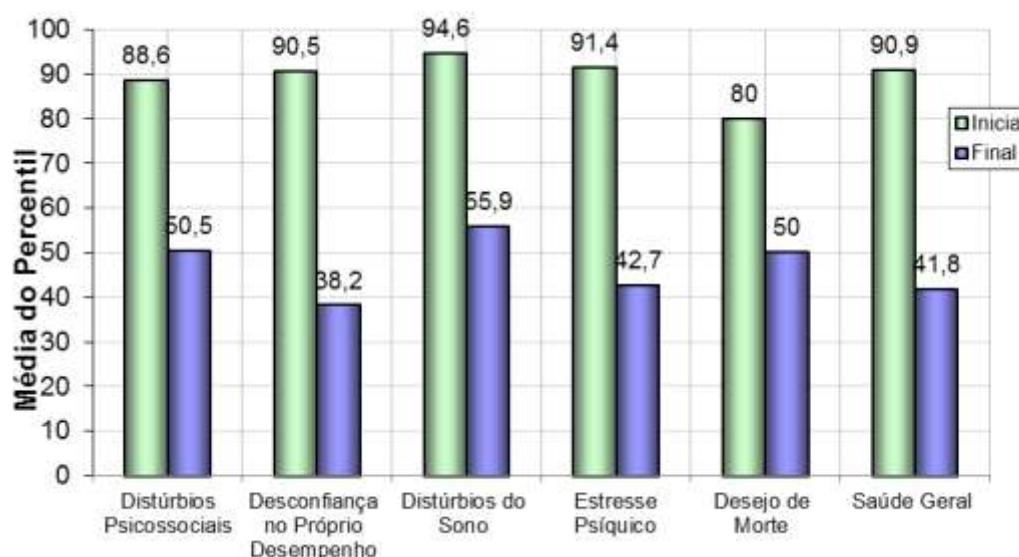


Gráfico 3. QSG inicial e final.

4.2.5. IBDQ

O IBDQ apresentou resultado significativo na sua totalidade, bem como em todas as suas categorias, evidenciando melhor qualidade de vida no que se referem aos aspectos intestinais, sintomas sistêmicos, aspectos sociais e emocionais (Tabela 15).

Tabela 15. IBDQ.

IBDQ		Desvio			% de			p-valor
		Média	Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	Variação	
Aspectos Intestinais	Inicial	44,5	7,1	32,0	45,0	53,0		
	Final	57,1	7,8	41,0	59,0	67,0		
	Diferença	12,6	6,7	5,0	11,0	23,0	28,4	0,001*
Sintomas Sistêmicos	Inicial	17,0	4,7	10,0	16,0	27,0		
	Final	25,6	6,0	17,0	26,0	35		
	Diferença	8,6	5,5	2,0	8,0	18,0	50,3	0,001*
Aspectos Sociais	Inicial	21,7	5,9	15,0	23,0	33,0		
	Final	29,1	5,5	19,0	32,0	35,0		
	Diferença	7,4	4,6	2,0	6,0	18,0	33,9	0,001*
Aspectos Emocionais	Inicial	11,7	3,8	5,0	13,0	16,0		
	Final	16,7	4,2	9,0	19,0	21,0		
	Diferença	5,0	2,8	1,0	5,0	11,0	42,6	0,001*
Total	Inicial	94,9	17,8	71,0	94,0	129,0		
	Final	128,5	21,8	89,0	134,0	155,0		
	Diferença	33,6	13,4	18,0	33,0	63,0	35,3	0,001*

* significativo ao nível de 0,1% (teste de Wilcoxon).

A diferença na percentagem de variação em relação a AI em comparação com a AF, mostrou-se significativa na sua totalidade (35,3%), bem como em todos os aspectos avaliados, especialmente para sintomas sistêmicos (50,3%), acompanhado dos aspectos emocionais (42,6%). A menor diferença foi observada para aspectos intestinais (28,4%), enquanto os aspectos sociais apresentaram índice intermediário (33,9%) (Gráfico 4).

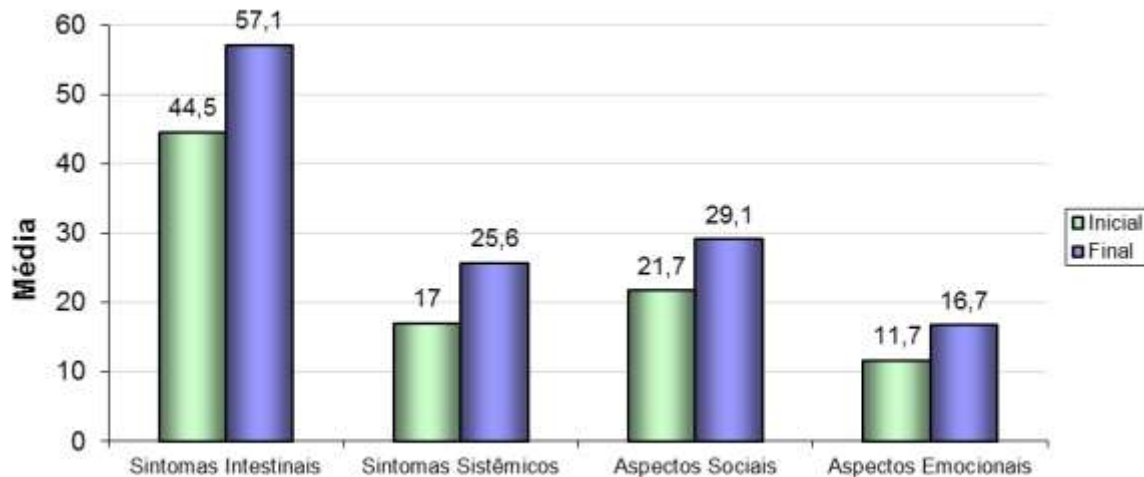


Gráfico 4. IBDQ inicial e final.

4.2.6. IADC

O resultado comparativo entre AI e AF para IADC, apresentou variação de -38,1%, evidenciando significativa redução na atividade da doença após a intervenção (Tabela 16 e Gráfico 5).

Tabela 16. IADC.

IADC	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	% de variação	p-valor
Inicial	187,4	92,9	84,0	161,0	356,0		
Final	116,0	93,7	25,0	80,0	315,0		
Diferença	-71,4	46,5	-181,0	-65,0	-20,0	-38,1	0,001*

* significativo ao nível de 0,1% (teste de Wilcoxon).

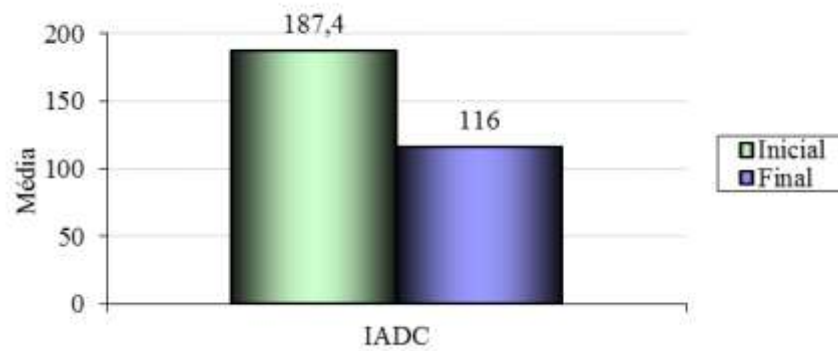


Gráfico 5. IADC inicial e final.

Ao relacionar os resultados obtidos na avaliação com a classificação do IADC nota-se que todos os pacientes que apresentavam alguma atividade da doença foram beneficiados com a intervenção (Tabela 17).

Os resultados demonstraram que após a intervenção, dois pacientes que apresentavam doença leve a moderada passaram para remissão sintomática, dois pacientes que tinham doença moderada a grave passaram para leve a moderada e um outro passou para remissão sintomática.

Todos os cinco pacientes que se encontravam em remissão sintomática assim permaneceram após acompanhamento psicológico.

Tabela 17. IADC inicial e final.

		IADC Final			
		Remissão Sintomática	Doença Leve a Moderada	Doença Moderada a Grave	Total
IADC Inicial	Remissão Sintomática	0	0	5	5
	Doença Leve a Moderada	0	0	2	2
	Doença Moderada a Grave	2	1	1	4
	Total	8	2	1	11

Os resultados apontaram que a intervenção mostrou-se significativamente eficaz para todos os instrumentos avaliados ($p < 0,05$).

A análise com cruzamento entre AI e AF demonstra que a intervenção favoreceu a melhora da saúde geral e qualidade de vida dos pacientes, com redução significativa nos sintomas de ansiedade, depressão, estado de desesperança e diminuição na severidade da DC.



5. DISCUSSÃO

A DC representa na atualidade um problema de saúde pública mundial. É uma enfermidade crônica, com tratamento contínuo e prolongado visando melhora na qualidade de vida dos pacientes. Além do tratamento farmacológico, e eventualmente cirúrgico, a doença exige acompanhamento psicológico, e às vezes psiquiátrico, para reduzir tensão, ansiedade, depressão e receber suporte emocional para lidar com perdas, melhorar a adaptação e reduzir o estresse^{1-7,9-11}.

Trabalhos na literatura demonstram que os pacientes portadores de DII são mais vulneráveis a desenvolver desordens psicológicas e que a tensão emocional e a ansiedade podem influenciar no curso e na evolução da DC^{10,17,21,22}.

Outros estudos examinam a questão psicológica e recomendam a psicoterapia como parte do tratamento para melhor controle da doença, redução nos níveis de ansiedade e depressão^{11,15,19,25,30,35-42}. Contudo, poucos trabalhos têm sido realizados para avaliar os resultados de psicoterapia, os quais mencionam benefícios de bem-estar, alívio do estresse, redução nos níveis de ansiedade e depressão, possibilidades mais adequadas no enfrentamento da doença, entre outros benefícios, que refletem na qualidade de vida^{22,24,47}.

No presente estudo sobre a influência da PBT em pacientes com DC, estes se submeteram a um processo de PBT sob as referências da AIT; considerou-se a abordagem sistêmica e transdisciplinar, com visão de homem na qual o ser humano é bio-psico-socio-espiritual, o que favorece a compreensão de manifestações psicossomáticas^{53,59,60,62,83}.

Tal como demonstrado por diversos estudos epidemiológicos, a maioria dos pacientes deste trabalho tiveram os primeiros sintomas da doença na segunda década de vida, com tempo médio de dez anos para diagnóstico conclusivo desde o aparecimento dos primeiros sintomas^{1-7,12}.

É possível que, devido à multiplicidade de apresentações clínicas e semelhanças com outras enfermidades, o diagnóstico da DC pode tornar-se difícil, principalmente em fases iniciais, impossibilitando o controle adequado da doença, implicando em longos períodos de sofrimento, com desconforto físico e psíquico^{2-5,7}.

Embora este estudo não tenha tido por objetivo pesquisar dados de etiologia da DC, 90,9% dos pacientes indicaram que no período em que a doença se manifestou houve vivência com dificuldade psicológica, trauma, fato marcante, sofrimento ou estado de impotência. Todos associaram as crises, que denotam atividade da doença, com dificuldades psicológicas.

A depressão e a ansiedade estão presentes em 70% nos pacientes com DII³⁶. Neste estudo, com a utilização do BDI, constatou-se na AI que 27,3% dos pacientes apresentavam depressão grave, 45,4% moderada, 18,2% leve e 9,1% mínima; em relação à ansiedade, o BAI na AI, foi respectivamente de 63,6%, 9,1%, 18,2% e 9,1%. Níveis estes, semelhantes aos observados em vários estudos que pesquisaram índices de depressão e ansiedade nessa população: Brandi³⁹, 25,4% e 33,6%; Iglesias et al.⁴⁰, 24% e 39%; Vidal et al.³⁶, 11,6% e 17,9%; Häuser et al.³⁵, 16,6% e 33,7%; Knowles et al.³⁷, 41% e 41%; Evertsz et al.⁴¹, 43% e 43% e Thabet et al.³⁸, 44% e 52%.

Contudo, a PBT teve influência significativa sobre a depressão e a ansiedade, com uma redução de -76,8% e -62%, resultados estes mais significativos do que os apresentados por Detter et al.²² e Keller et al.⁴⁷, ao utilizar o BDI para avaliar a depressão.

É possível que a diferença entre os resultados obtidos no BDI deste estudo, quando comparados com os trabalhos de Detter et al.²² e Keller et al.⁴⁷, tenha sido influenciada pelo método adotado. Ambos foram estudos multicêntricos, com critérios de inclusão e abordagem terapêutica distintas.

No trabalho de Deter et al.²², os pacientes foram acompanhados em psicoterapia breve dinâmica básica de grupo, com treinamento autógeno de relaxamento associado. Foram estabelecidos objetivos prévios para psicoterapia verbal: proporcionar educação para comportamento promotores de saúde; dar aos pacientes maior responsabilidade e controle sobre o seu tratamento; melhorar as suas habilidades de enfrentamento e adaptação em relação à doença; aliviar sofrimento psíquico relacionado à doença e padrões adaptativos das relações interpessoais.

Já no estudo de Keller et al.⁴⁷, a inclusão dos pacientes foi aleatória; tinham acompanhamento ambulatorial ou estavam hospitalizados; não houve padronização no modelo de atendimento nos centros; foi utilizada psicoterapia individual, de grupo ou família, com mínimo 20 de encontros, sem determinar o máximo. Foi adotada a abordagem da psicologia profunda orientada para a psicoterapia verbal, associada ou não à musicoterapia e treinamento autógeno de relaxamento, com objetivo pré-estabelecido de trabalhar o estresse psicossocial atual relacionado à história de vida e que podem estar relacionados à doença.

Neste estudo, a adesão foi voluntária; todos os pacientes foram acompanhados com a mesma abordagem terapêutica (AIT) e houve padronização do método e das intervenções verbais. Os objetivos foram estabelecidos individualmente, segundo a queixa principal apresentada por cada paciente, com acolhimento de necessidades apresentadas em cada encontro.

Não foram encontrados na literatura estudos que avaliaram níveis de desesperança em pacientes com DC. Na presente casuística, os resultados obtidos no BHS demonstraram uma melhora de -61,2%, significando importante melhora nos níveis de esperança dos pacientes, o que pode ser bastante favorável à adesão ao tratamento.

Vários estudos também evidenciaram que a doença afeta a qualidade e expectativa de vida dos pacientes e sugerem além do acompanhamento médico, suporte psicológico, social e educacional; no entanto, nenhum destes autores apresentaram resultado da psicoterapia^{8,10,11,14,19,21,25,41,44}. Outros trabalhos, ao avaliar resultados de psicoterapia em pacientes com DC mencionam benefícios de bem-estar, enfrentamento da doença, alívio de estresse, entre outros benefícios na qualidade de vida^{24,25,47}. Contudo apresentam avaliação subjetiva, enquanto que nesse trabalho utilizou-se instrumentos padronizados como o IBDQ e o QSG.

Com a metodologia utilizada nesta pesquisa evidenciou-se que a PBT contribuiu para melhora da qualidade de vida dos pacientes, com uma melhora de 35,3% demonstrada nos resultados do IBDQ. A intervenção se mostrou mais relevante para os sintomas sistêmicos (50,3%) e aspectos emocionais (42,6%) do que para os aspectos intestinais (38,4%) e sociais (33,9%); fator este que pode ser um reflexo dos aspectos crônicos da DC como descrito também por outros autores^{1-7,9}.

Na revisão da literatura não foram identificados trabalhos que avaliaram estado de saúde geral em pacientes com DC. Nessa pesquisa, considerou-se relevante utilizar o QSG por avaliar questões psicológicas e qualidade de vida a partir de um referencial que não focaliza especificamente aspectos da DII, como acontece no IBDQ. Pela significativa melhora observada (-40,4%), observou-se que a DC também compromete aspectos de saúde geral como sono, estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho e distúrbios psicossociais; nos quais se obteve uma melhora de -46,5%, -44,8%, -42,9%, -40,1 e -39,0%, respectivamente, evidenciando que a PBT reduziu os sintomas apresentados na AI.

Além dos benefícios relacionados aos aspectos psicológicos, de saúde geral e qualidade de vida descritos acima, observamos na AF menor atividade da DC no grupo estudado, o IADC apresentou uma redução de -38,1%. Na AI os pacientes apresentavam 45,4% de remissão sintomática, 18,2% de doença leve a moderada e 36,4% de doença moderada a grave. Na AF os pacientes passaram a apresentar índices de 72,7%, 18,2% e 9,1%, respectivamente. É possível que esta melhora esteja relacionada aos resultados favoráveis principalmente na redução dos estados de ansiedade, depressão e desesperança, que também podem ter influenciado a melhora da saúde geral e qualidade de vida, uma vez que não houve mudança no tratamento farmacológico. Deter et al.²² também demonstraram que o curso da DC é influenciado com a psicoterapia e vários outros estudos associam o alto nível de ansiedade e depressão à atividade da doença e perdas na qualidade de vida^{25,35-37,40,41}.

Os resultados deste estudo corroboram com os trabalhos de Weitersheim e Kessler²⁴ e Keller et al.⁴⁷, os quais 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. Tal como este estudo, esses trabalhos indicaram benefícios aos pacientes com a intervenção psicoterapêutica.

É relevante ressaltar que essa melhora poder refletir um conjunto de processos associados. Ao longo do acompanhamento psicológico os pacientes foram sensibilizados ao autocuidado, estimulados a manter escolhas e posturas assertivas quanto ao seu estado mental, emocional, qualidade de vida e disciplina na adesão ao tratamento clínico.

Porém, Lima et al.¹³, observaram que 58% dos pacientes com DC apresentam alta oscilação de humor, sendo recomendável constante avaliação com acompanhamento

psicológico, pois mesmo em período de remissão, os doentes tendem a apresentar sintomas de depressão, ansiedade, culminando na perda da qualidade de vida e bem-estar.

Este estudo, embora possa diferir no que diz respeito aos métodos, critérios de inclusão, avaliação e resultados, encontra-se em consonância com outros trabalhos que avaliaram resultados de psicoterapia em pacientes com DII, entre elas a DC^{22,24,47}, e estudos que preconizaram os benefícios da psicoterapia independente da abordagem utilizada, no sentido em que a Psicologia e a ação terapêutica se colocam a serviço do bem-estar humano^{52,71,72}. Ao finalizar o processo terapêutico com a PBT, todos os pacientes relatam terem se beneficiado; com ganhos no plano pessoal, profissional, nas relações, nos aspectos emocionais, de saúde, enfrentamento das dificuldades, maior compreensão de si e do outro.

Os resultados demonstraram que a AIT é um referencial possível em PBT, e que influencia positivamente no estado psicológico do paciente com DC no que tange a depressão, ansiedade, estados de desesperança, qualidade de vida, estresse, distúrbios do sono, autoconfiança, relações interpessoais e capacidade de lidar com a doença. Seus procedimentos técnicos possuem ação psicológica eficaz em pacientes acometidos por doenças físicas, como preconizado por Figueiredo et al.⁷⁰ e Elias et al.⁸⁹, ao relatar que técnicas de relaxamento e recursos de visualização são instrumentos poderosos e importantes para promover qualidade de vida em pacientes com enfermidades orgânicas.

Estes dados estão coerentes com outros estudos que utilizaram os mesmos instrumentos ou instrumentos similares^{22,24,25,35-41,47} e a PBT, se aplicada de maneira sistemática, e conforme procedimento desta pesquisa, é uma abordagem possível em PBT com algumas características relevantes: a) enfatiza uma perspectiva interacional e contextual na qual o terapeuta se mostra ativo (uso de recursos e técnicas terapêuticas) e diretivo (organiza o processo e propõe reflexões e metas para os intervalos entre as

consultas); sustenta a relação terapêutica (oferece acolhimento, apoio e demonstra empatia) e busca colaboração ativa do paciente; b) compreende que as queixas e demandas no pedido de ajuda aparecem quando as pessoas se sentem incapazes, estão fragilizadas e necessitam de sentido para suas vidas; c) trabalha com objetivos delimitados que visam recuperar sensação de autoeficácia, bem-estar, autoconhecimento e expansão de consciência; d) enfatiza possibilidades de contato, conscientização e desenvolvimento das competências e atributos saudáveis do paciente; f) entende a psicoterapia como uma ação conjunta.

No entanto, faz-se necessário destacar as limitações deste estudo como a casuística ser pequena e quanto à subjetividade da avaliação, uma vez que cada sujeito interpreta suas percepções internas, faz uma avaliação de si mesmo e escolhe alternativas que melhor se aproximam do estado observado na autoavaliação.



6. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que:

- O processo psicoterapêutico trouxe benefícios aos pacientes com DC.
- A PBT 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, de maneira significativa.
- Houve uma melhora nas condições psicológicas dos pacientes e uma redução na atividade da DC, demonstrando a correlação direta entre aspectos psicológicos e a atividade da doença.



7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jones FA, Gummer JW, Jones JEL. Gastroenterologia clínica. 2ª Ed. México: Interamericana, 1971. 685p.
2. Laudanna AA. Gastroenterologia clínica. São Paulo: Santos, 1990. 550p.
3. Gordon PH. Principles and practice of surgery for the colon rectum and anus. Third Edition. New York London: Informa Helthcare, 2006. 1370p.
4. Steinwurz F. Doença de Crohn na prática médica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 112p.
5. Moraes Filho JPP. Manual de gastroenterologia. São Paulo: Rocca, 1993. 617p.
6. Robbins SY, Cotran RS, Kumar V, Collins T. Patologia estrutural e funcional. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2001. 766p.
7. 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.
8. Kleinubing-Junior H, Pinho MSL, Ferreira LC, Bachtold GA, Merki A. Perfil dos pacientes ambulatoriais com doenças inflamatórias intestinais. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2011;24(3):200-03.
9. 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.
10. 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.

11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Casellas F. Enfermedad de Crohn, ¿encontrarse bien o sentirse sano? *Rev Esp Enferm Dig.* 2010;102(11):621-23.
15. Maslow A H. *Introdução à Psicologia do Ser.* Rio de Janeiro: Eldorado, 1969. 279p.
16. Damásio A. *O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si.* São Paulo: Companhia das Letras, 2000. 474p.
17. Ballone GJ, Ortolani IV, Pereira Neto E. *Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática.* Barueri/SP: Manole, 2007. 315p.
18. Maslow A H. *El hombre autorrealizado: hacia una psicología del ser.* Barcelona: Editorial Kairós, 2009. 292p.
19. Mikocka-Walus AA. Treatment of psychological co-morbidities in common gastrointestinal and hepatologic disorders. *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* 2010;1(2):64-71.
20. 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.

21. 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.
22. 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.
23. Dias CC. Evidências de validade da escala de depressão (EDEP) em uma amostra no contexto hospitalar [Dissertação]. Itatiba (SP): Universidade São Francisco; 2008.
24. Wietersheim JV, Kessler HP. Psychotherapy with chronic inflammatory bowel disease patients: a review. *Inflamm Bowel Dis.* 2006;12(12):1175-84.
25. 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 I):36-58.
26. Castro MG, Andrade TM, Muller MC. Conceito mente e corpo através da história. *Psic Estud.* 2006;11(1):39-43.
27. Rosa CP, Rosa JT. A psicoterapia na clínica psicossomática. *Mudanças-Psicol Saúde.* 2007;15(2):178-184.
28. Dantas JB. Corpo e existência: outro modo de compreensão da psicossomática. *Interação Psicol.* 2010;15(1):71-80.
29. Coelho CLS, Ávila LA. Controvérsias sobre a somatização. *Rev Psiq Clín.* 2007;34(6):278-284.

30. Gouveia EC, Ávila LA. Aspectos emocionais associados a disfunções gastroenterológicas. *Psicol Estud.* 2010;15(2):265-73.
31. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Públ.* 1997;31(5):538-42.
32. Czeresnia D. Interfaces do corpo: integração da alteridade no conceito de doença. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10 (1):19-29.
33. Nicolau RF. A psicossomática e a escrita do real. *Rev Mal-Estar Subj.* 2008;8 (4):959-90.
34. Ramos, DG. *A psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença.* São Paulo: Summus, 1994. 133p.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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.
39. Brandi MT, Ribeiro MS, Chebli LA, Franco MB, Pinto ALT, Gaburri PD et al. Psychological diestresse in Brazilian Crohn's disease patients: screening, prevalence, and risk factors. *Med Sci Monit.* 2009;15(8):101-08.

40. Iglesias M, Acosta MB, Vázquez I, Figueiras A, Nieto L, Lorenzo A, et al. Impacto psicológico de la enfermedad de Crohn em pacientes en remisión: riesgo de ansiedad y depresión. *Rev. Esp Enferm Dig.* 2009;101(4):249-57.
41. 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.
42. Guimarães LPM, Yoshida EMP. Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica: alexitimia e adaptação. *Psicol Teor Prat.* 2008;10(1):52-63.
43. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev Psiq Clín.* 2007;34 (1):105-115.
44. Norton BA, Thomas R, Iomas KG, Dudley-Brown S. Patient perspectives on the impact of Crohn's disease: results from group interviews. *Patient Prefer Adherence.* 2012;2(6):509-20.
45. Sarbo RS, Barreto CR, Domingues TAM. Compreendendo a vivência do paciente portador da doença de Crohn. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(4):629-35.
46. Pereira IC. Aspectos emocionais associados da doença de Crohn: estudo clínico-qualitativo de pacientes ambulatoriais [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2000.
47. 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.
48. 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.

49. 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.
50. Simonetti A. *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 200p.
51. Peres JFP, Simão JP, Nasello AG. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Rev Psiq Clin*. 2007;34(1):136-45.
52. Conselho Federal de Psicologia. *Ano da psicoterapia: gestão 2008-2010*. XIV Plenária. Grupo de trabalho do ano da psicoterapia. 2009.
53. Simão MJP. Psicologia transpessoal e a espiritualidade. *O Mundo da Saúde*. 2010;34(4):508-319.
54. Marques LF. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. *Psicol Ciênc Prof*.2003;23(2):56-65.
55. Castro EK, Bornholdt E. Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar. *Psic Ciênc Prof*. 2004;24(3):40-57.
56. 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.
57. Fadiman J, Frager R. *Teorias da personalidade*. São Paulo: Editora Harbra Ltda, 1986. 393p.
58. Kaspro M, Asotton BW. A review of transpersonal theory and its application to the practice of psychotherapy. *J Psychother Pract Res*. 1999;8(1):12-23.
59. Saldanha V. *Psicologia transpessoal: um conhecimento emergente em Psicologia da consciência*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2008. 344p.

60. Descamps M-A, Alfillé L, Nicolescu B. O que é o transpessoal. Lisboa: Editora Temática, 1997. 136p.
61. Simão MJP, Saldanha V. Resiliência e psicologia transpessoal: fortalecimento de valores, ações e espiritualidade. *O Mundo da Saúde*. 2012;36(2):291-302.
62. Saldanha VP. Didática transpessoal: perspectivas inovadoras para uma educação integral [Tese - Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.
63. Saldanha V. História de psicologia transpessoal no Brasil in Tavares MFA, Azevedo CRF, Bezerra MA. *Tratado de Psicologia Transpessoal: antigos ou novos saberes em psicologia?* Natal. Editora UFRN, 2012a. 67-99.
64. Favero L, Meier MF, Lacerda MR, Mazza VA, Kalinowski LC. Aplicação da teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):213-18.
65. Nascimento KC e Erdmann AL. Understanding the dimensions of intensive care: transpersonal caring and complexity theories. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(2):215-21.
66. Silva CMC, Valente GSC, Titencourt GR, Brito LN. A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem: análise segundo Meleis. *Cogitare Enferm*. 2010;15(3):548-51.
67. Urra ME, Jana AA, García MV. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciën Enferm*. 2011;17(3):11-22.
68. Haugam G, Innstrand ST. The effect of self-transcendence on depression in cognitively intact nursing home patients. *ISRN Psychiatry*. 2012;ID301325:1-10.

69. Saldanha V. Antigos e novos terapeutas: reflexões para a clínica contemporânea in Ferreira AL, Acioly-Régnier N, Tavares MFA, Bezerra MA. Psicologia transpessoal: reflexões e pesquisas no campo acadêmico brasileiro. Recife. Top Produções Gráficas, 2012b. p. 11-20.
70. Figueiredo JE, Giglio JS, Botega NJ. Tratamentos psicológicos: psicoterapia de apoio, relaxamento, meditação in Botega NJ. Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência. São Paulo: Artmed, 2002. 405-28p.
71. Hegenberg M. Psicoterapia Breve. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. 249p.
72. Agerami-Camon VA. Tendências em Psicologia Hospitalar. São Paulo: Thomson, 2004. 195p.
73. Lazarus AA. Psicoterapia breve e abrangente: o sistema multimodal. São Paulo: Andrei, 1998. 203p.
74. Marcolino JAM, Iacoponi E. The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. Rev Bras Psiquiatr. 2003;25(2):78-86.
75. Penna TIM. Psicoterapias breves em hospitais gerais in Mello Filho J. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 362-384p.
76. Mello, MF. Terapia interpessoal: um modelo breve e focal. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26 (2):124-30.
77. Ferreira-Santos, E. Psicoterapia breve: abordagem sistematizada de situações de crise. 2ª Edição. São Paulo: Editora Ágora, 1997. 122p.
78. Lemgruber VB. Psicoterapia breve: a técnica focal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. 100p.
79. Yoshida EMP. Significância clínica de mudança em processo de psicoterapia psicodinâmica breve. Paidéia. 2008;18(40):305-316.

80. Ferreira NS, Yoshida EMP. Produção científica sobre psicoterapias breves no Brasil e demais países latino-americanos (1990-2000). *Psicol Estud.* 2004;9(3):523-31.
81. Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Med.* 2010;8(38):1-13.
82. Souza AF, Branco PCC, Sales YN, Cavalcante Junior FS, Barrocas RLL. Redimensionando conceitos e territórios contemporâneos entre duas forças da psicologia; as fronteiras atuais que distinguem experiências no humanismo e no trans-humanismo in Tavares MFA, Azevedo CRF e Bezerra MA. *Tratado de psicologia transpessoal: antigos ou novos saberes em psicologia?* Natal. Editora UFRN, 2012. 102-134.
83. Pontes RMA, Miszputen SJ, Ferreira Filho OF, Miranda CF, Marcos B. Quality of live with inflammatory bowel diseases: translation to Portuguese language and validation of the “Inflammatory Bowel Disease Questionnaire” (IBDQ). *Arq Gastroenterol.* 2004;41:137-43.
84. Goldberg DP. *Questionário de saúde geral: manual técnico QSG: adaptação brasileira.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. 45p.
85. Cunha JA. *Manual da versão em português das escalas de Beck.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 171p.
86. Seligman MEP. *Felicidade autêntica: usando a nova Psicologia positiva para a realização permanente.* RJ: Objetiva, 2009. 459p.
87. Assagioli R. *Psicossíntese.* São Paulo: Cultrix, 1997. 325p.
88. Volpato G, Barreto R. *Estatística sem Dor!!!* Botucatu: Best Writting, 2011. 64p.

89. Elias ACA, Giglio JS. Intervenção psicoterapêutica na área de cuidados paliativos para ressignificar a dor simbólica da morte de pacientes terminais através de relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Rev Psiquatr Clín.* 2002;29(3):116-29.



8. ANEXOS

ANEXO-01. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



COMITE DE ETICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 23/11/10
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 953/2010 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0743.0.146.000-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “INFLUÊNCIA DA PSICOTERAPIA BREVE DE ORIENTAÇÃO TRANSPESSOAL EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN”
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Arlete Silva Acciari
INSTITUIÇÃO: GASTROCENTRO / UNICAMP
APRESENTAÇÃO AO CEP: 04/10/2010
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 23/11/11 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II - OBJETIVOS

Verificar se há mudança de atitude no âmbito pessoal, profissional ou familiar do paciente com Doença Crohn (DC) quando submetido à psicoterapia breve.

III - SUMÁRIO

Visa o acompanhamento psicológico com base na psicoterapia breve para resultar em melhor controle clínico na qualidade de vida para pacientes crônico da DC.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

- 1 -



O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII- DATA DA REUNIÃO

Homologado na X Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de outubro de 2010.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM/UNICAMP

ANEXO-02. Parecer



**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

CEP, 22/05/12
(PARECER CEP: Nº 953/2010)

PARECER

I – IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO: “INFLUÊNCIA DA PSICOTERAPIA BREVE DE ORIENTAÇÃO
TRANSPESSOAL EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN”**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Arlete Silva Acciari

II – PARECER DO CEP

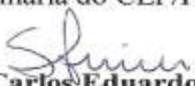
O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP aprovou o Relatório Final, apresentado em maio de 2012, do protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

Recomendação: quando da publicação enviar cópia ao CEP/FCM.

III – DATA DA REUNIÃO

Homologado na V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de maio de 2012.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO-03. Índice de Atividade da Doença de Crohn (IADC)

Variável	Fator Multiplicador	Subtotal
Média do número de evacuações líquidas ou pastosas por dia nos últimos 7 dias	x 2	
Dor abdominal, em média nos últimos 7 dias (0-sem dor, 1-dor leve, 2-dor moderada, 3-dor acentuada)	x 5	
Sensação de bem-estar, média dos últimos 7 dias (0-bom, 1-um pouco abaixo da média, 3-ruim, 4-muito ruim, 5-terrível)	x 7	
Número de complicações 1 – artrite ou artralgia 2 – irite ou uveíte 3 – eritema nodoso ou pioderma gangrenoso ou estomatite aftóide 4 – fissura anal, fístula ou abscesso perirretal 5 – febre acima de 37,8°C	x 20	
Massa abdominal (0-não, 2-questionável, 5-definida)	x 10	
Hematócrito (homens: 47 menos Ht; mulheres: 42 menos Ht em %)	x 6	
Percentual acima ou abaixo do peso corporal habitual (1 menos [peso/peso habitual] x 100 (o resultado deve ser somado ou diminuído ao restante de acordo com o sinal)	X 1	
Uso de opiáceo ou antidiarreico (sim/não)	X 30	
Total do IADC		

ANEXO-04. Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)**QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA PARA PACIENTES COM DOENÇA
INTESTINAL INFLAMATÓRIA**

Este questionário tem por objetivo avaliar como você tem se sentido durante as últimas 2 semanas. Perguntaremos sobre sintomas resultantes da doença inflamatória intestinal, como se sente em geral e como tem estado seu humor.

1. Com que frequência você tem evacuado nas últimas duas semanas? Por favor, indique com que frequência tem evacuado nas últimas duas semanas, escolhendo uma das seguintes opções:
 - 1 EVACUAÇÃO MAIS FREQUENTE DO QUE NUNCA
 - 2 EXTREMAMENTE FREQUENTE
 - 3 MUITO FREQUENTE
 - 4 MODERADO AUMENTO NA FREQUÊNCIA DE EVACUAÇÃO
 - 5 ALGUM AUMENTO NA FREQUÊNCIA DE EVACUAÇÃO
 - 6 LEVE AUMENTO NA FREQUÊNCIA DE EVACUAÇÃO
 - 7 NORMAL, SEM AUMENTO NA FREQUÊNCIA DAS EVACUAÇÕES

2. Com que frequência se sentiu cansado, fatigado e exausto, nas últimas 2 semanas? Por favor, indique com que frequência a fadiga e o cansaço tornaram-se um problema para você nas últimas 2 semanas, escolhendo uma das opções.
 - 1 SEMPRE
 - 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
 - 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
 - 4 ALGUM TEMPO
 - 5 POUCO TEMPO
 - 6 RARAMENTE
 - 7 NUNCA

ANEXO-05. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG)

Questionário de Saúde Geral de Goldberg

CADERNO DE APLICAÇÃO

Q S G
(Adaptação Brasileira)


**POR FAVOR,
LEIA COM ATENÇÃO**

Neste questionário é apresentada uma série de 60 (sessenta) afirmações sobre o estado de saúde das pessoas em geral. Sua tarefa consiste em dizer se as afirmações se aplicam ou não a você. RESPONDA, por obséquio, A TODAS AS PERGUNTAS nas páginas que se seguem, escrevendo, no quadrinho da Folha de Respostas correspondente à questão que está sendo respondida, o número que corresponde à alternativa que você acha que se aplica a você.

É NECESSÁRIO QUE VOCÊ RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES. Se porventura nenhuma das quatro alternativas corresponderem à resposta que você gostaria de dar, mesmo assim escolha aquela que mais se aproxime você. Mas lembre-se que o interesse está em saber como você tem se sentido ultimamente e não como você se sentia no passado.

É importante que você procure responder a todas as perguntas.

PODE COMEÇAR

 Casa do Psicólogo® © 2008
 É proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem
 a autorização expressa da Casa do Psicólogo.
 Rua Serra Azules, 1000 - Vila Marliana - São Paulo/SP
 CEP: 04611-010 - Tel.: (11) 5034-2022 - www.casado psicologo.com.br

Você ultimamente:

1. *Tem se sentido perfeitamente bem e com boa saúde?*
 1. melhor do que de costume
 2. como de costume
 3. pior do que de costume
 4. muito pior do que de costume

2. *Tem sentido necessidade de tomar fortificantes (vitaminas)?*
 1. não, absolutamente
 2. não mais do que de costume
 3. um pouco mais do que de costume
 4. muito mais do que de costume

ANEXO-06. Inventário de Depressão (BDI)



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

- 1** 0 Não me sinto triste.
 1 Eu me sinto triste.
 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
- 2** 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 2 Acho que nada tenho a esperar.
 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

- 8** 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
- 9** 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 2 Gostaria de me matar.
 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

ANEXO-07. Inventário de Ansiedade (BAI)



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Dificilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensação de calor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tremores nas pernas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO-08. Escala de Desesperança (BHS)

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na **última semana, incluindo hoje**, escureça o círculo com "C", indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com "E", indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. **Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.**

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ANEXO-09. Depoimentos: Autoavaliação da Psicoterapia

- P-01: Bom, acho que obtive melhora no meu modo de ser e agir, também penso antes de fazer as coisas. Na família ainda preciso caminhar mais. Na saúde parece que não tenho crohn, não tenho diarreia, estou dormindo bem e melhor para comer.
- P-02: Mais harmonia entre eu e as pessoas que convivem ao meu lado. No lado profissional estou tentando por em prática muitas dicas e principalmente ser mais organizada. A doença de crohn está + clama, ta controlada.
- P-03: Hoje posso dizer que mudei em alguns aspectos como encarar os problemas por exemplo, penso primeiro o quanto o problemas me fará mal e tento não levar tão a sério, antes tinham coisas que eu não conseguira encarar de outra maneira e acabava me fazendo mal e hoje já melhorou e muito. Hoje consigo me colocar, falar não. Isso me ajudou bastante porque estou pensando primeiro em mim.
- P-04: Um pouco mais de auto conhecimento em relação a comportamento. Serviu para entender melhor as pessoas e percebi que tenho força, amor próprio e não espero pelos outros. Isso é muito importante em relação a doença, depende muito de mim, meu bem-estar, não posso me dobrar por poucas coisas.
- P-05: Realmente, fiquei muito admirado pelo seu trabalho (Arlete). Me fez abandonar ideias do passado que atrapalhavam minha vida – consegui abandoná-las. Hoje tenho mais esperança, segurança na vida. O trabalho foi focado na ansiedade e teve resultados muito bons, sou mais flexível, aprendi a analisar os dois lados de qualquer coisa da vida, antes de tomar decisões. Suas ferramentas, idéias, dicas serão úteis por muito tempo.
- P-06: Mudei meus sentimentos, aprendi a lidar com as coisas que me bate de frente. Por exemplo com minha irmã, aprendi me impor. Agora to tendo paciência, não adianta me desesperar. Com relação ao Crohn to consciente, tenho mais consciência do meu limite, eu em primeiro lugar, to aprendendo a me cuidar mais. Exemplo, as vezes tenho um tempo de uma hora, aproveito para descansar, ir ao banheiro com calma, vou para casa almoçar. Não to mais desesperada.
- P-07: Estou mais feliz. Busco sempre o que realmente é necessário para mim, não sofrer por pessoas ou coisas que não vala a pena. Aprendi a valorizar cada dia junto com meu marido e meus filhos. E procurar falar que não perco a fé, com certeza que na hora certa Deus sempre nos mandará um anjo pra nos ajudar.
- P-08: Maior racionalidade para lidar com as questões afetivas, encontrei melhor forma de me equilibrar perante os problemas do dia a dia.
- P-09: A terapia está me ajudando muito porque a gente tem muito esclarecimento em relação a doença, orienta o dia a dia; relacionamento pessoal, ajuda a conviver com a doença.

P-10: No ambiente de trabalho aprendi que pedir a conta como eu queria não resolvi os meus problemas, só ia piorar. Com a família é só eu ter mais paciência com todos e com tudo. Quanto a doença eu procuro deixar ela sempre dormindo. Quanto minha vida social, bem com todo mundo: antes ficava muito sozinha, evitava as pessoas no trabalho e agora não quero mais ficar sozinha.

P-11: Foi Excelente para mim, me ajudou muito cada vez que vim aqui, consegui até perder o medo de entrar aqui. Familiar, social, também aprendi com relação a tomar decisões ou seja de deixar pra lá o que não importa. Sobre minha saúde aprendi muito sobre isso, que as vezes é preciso aceitar porque não tem jeito mesmo



9. APÊNDICES

APÊNDICE-01. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Pesquisa de Mestrado:

INFLUÊNCIA DA PSICOTERAPIA BREVE DE ORIENTAÇÃO TRANSPESSOAL EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN

Pesquisadora: Arlete Silva Acciari

Função: Psicóloga clínica e voluntária no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais “Prof. Dr. Juvenal Ricardo Navarro Góes” - GASTROCENTRO – UNICAMP

Local de trabalho: Rua Lotário Novaes 273 – Taquaral – Campinas/SP.

CEP: 13076-150 - Telefone: (19) 3386-3060

Orientador: Profa. Dra. Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono

Função: Profa. Dra. MS3

Local de trabalho: Departamento de Cirurgia – FCM – UNICAMP

Rua Alexandre Fleming, 40 – Barão Geraldo – Campinas/SP. Caixa Postal 6111.

CEP: 13083-970 – Telefone (19) 3521-9450/3521-9447.

Esta é uma pesquisa científica, que tem por objetivo investigar possível influência de processo psicoterapêutico em pacientes com doença de Crohn e não oferece nenhum risco aos seus participantes.

A coleta de dados e os atendimentos serão realizados no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais Prof. Dr. “Juvenal Ricardo Navarro Góes” – GASTROCENTRO – UNICAMP, em sala privativa. As entrevistas serão individuais, uma vez por semana e com duração de cinquenta minutos.

No primeiro encontro será realizada uma entrevista de triagem com o preenchimento do Questionário Sociodemográfico, exploração do histórico da doença, queixa principal e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, no segundo encontro será realizada avaliação na qual o participante irá responder por escrito os seguintes questionários: Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ); Inventário de Depressão (BDI), Inventário de Ansiedade (BAI) e Escala de Desesperança (BHS) e Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). Será encaminhado para consulta com médico do Ambulatório para que seja realizado o Índice de Atividade da Doença de Crohn (IADC).

A seguir o participante será acompanhado semanalmente em Atendimento de Psicoterapia Breve de Orientação Transpessoal, cujo foco será questões relativas ao seu momento atual e que podem estar relacionadas ao seu quadro clínico. Estão previstas 10 encontros.

Após dez semanas de atendimento será agendado um encontro para ser realizada uma nova avaliação, na qual o participante irá responder por escrito os seguintes questionários: IBDQ; BDI, BAI, BHS e QSG. O paciente será encaminhado a um médico do Ambulatório para que seja realizado o IADC.

Os pacientes que manifestarem interesse em dar continuidade ao processo terapêutico serão incluídos em programa com estagiários sob supervisão da pesquisadora.

Após análise dos dados, os participantes receberão uma devolutiva do processo e os dados obtidos receberão citação e divulgação anônima e estarão disponíveis aos interessados, inclusive para publicação.

Ao assinar este Termo de Consentimento **estou ciente** que:

1. Recebi todas as informações e esclarecimentos necessários para decidir conscientemente sobre a participação na pesquisa;
2. Concordo em participar voluntariamente da pesquisa acima citada;
3. Aceito comparecer voluntariamente para os atendimentos no horário agendado;
4. Concordo em não receber ajuda de custo para despesas com transporte, alimentação, etc.;
5. Terei liberdade para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento;
6. Se for necessário interromper minha participação na pesquisa, nenhum prejuízo será acarretado ao meu cuidado e tratamento realizado no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais “Prof. Dr. Juvenal Ricardo Navarro Góes” – GASTROCENTRO – UNICAMP;
7. Os dados pessoais serão mantidos em sigilo absoluto, os resultados serão utilizados de forma anônima apenas para alcançar os objetivos da pesquisa, exposto acima, incluindo sua publicação;
8. Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP pelo telefone (19) 3521-8936, para apresentar reclamações em relação à pesquisa;
9. Este documento é feito em duas vias: uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Portanto, eu.....
 idade..... anos, RG..... endereço.....

 concordo em participar do projeto de pesquisa citado nos termos acima descritos.

Dando ciência de conhecimento de todas as informações acima assinam este termo:

 Arlete Silva Silva Acciari
 Pesquisadora

 Participante

Campinas, de 20.....

Observações:

Elaborado a partir das Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96. <http://www.ufrgs.br/bioetica/Res19696.htm>, acesso em 08/02/2010.

APÊNDICE-02. Questionário Sociodemográfico (QSD)

Paciente N°: _____

Data: ____/____/____ Duração: _____ min. (das: _____ às _____ hs.)

1. Identificação

1.1. Nome completo: _____

1.2. Cidade em que reside: _____ Estado: _____

1.3. Fone para contato: fixo () _____ celular () _____

1.4. Sexo: F () M () Data de nascimento: ____/____/____ Idade atual: _____ anos

1.5. Estado civil: solteiro () casado () união estável () divorciado ()
separado () viúvo ()

1.6. Possui filhos: sim () Quantos: _____ não ()

1.7. Possui religião?: sim () não () Qual? _____ Pratica? sim () não ()

2. Escolaridade

2.1. Ensino fundamental () completo () incompleto

2.2. Ensino médio () completo () incompleto

2.3. Ensino técnico/profissionalizante () completo () incompleto

2.4. Ensino superior () completo () incompleto

Outros: _____

3. Aspecto Profissional e Renda

3.1. Situação ocupacional: () trabalha () não trabalha () Afastado pelo INSS

Profissão: _____ Ocupação Atual: _____

- 3.2. Renda Familiar: () Até R\$ 510,00
 () Até R\$ 1.530,00
 () Até R\$ 3.060,00
 () Até R\$ 4.590,00
 () Até R\$ 6.120,00
 () Até R\$ 7.650,00
 () Até R\$ 9.180,00
 () A partir de 9.181,00

4. Dados Clínicos

4.1. Há quanto tempo tem doença de Crohn? _____

4.2. Primeiros sintomas com que idade: _____ anos.

4.3. No período em que a doença Crohn se manifestou você havia vivenciado ou estava vivenciando alguma situação ou fato marcante, traumático, situação de sofrimento ou estado de impotência contínua? () sim () não Qual (is)?

4.4. Após diagnóstico e tratamento você voltou a ter crises? () sim () não

4.5. Associa este período da crise com situação ou fato marcante, traumático, situação de sofrimento ou estado de impotência contínua? () sim () não Qual (is)?

4.6. Você associa o aparecimento ou as crises da doença com dificuldades psicológicas? (preocupações, ansiedades, medos, dificuldades de relacionamento, perdas, etc)

() sim () não Qual (is)? (faça um relato para cada situação):

4.7. Tratamentos realizados:

Clínico sim () não () Quanto tempo? _____

Internações sim () não () Quantas? _____

Cirurgias sim () não () Quantas? _____

4.8. Neste momento encontra-se em tratamento clínico? sim () não ()

4.9. Neste momento faz uso de algum medicamento? sim () não () Qual?

() corticóides

() derivados de 5-ASA (sulfassalazina, mesalazina)

() imunossupressor (azatioprina, metotrexato)

() terapia biológica (infliximabe, adalimumabe)

() outros: _____

4.10. Há quanto tempo é paciente do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais “Prof, Dr. Juvenal Ricardo Góes” - GASTOCENTRO – UNICAMP: ____ anos.

4.11. Tem interesse realizar psicoterapia? () sim não () Por que?

4.12. Como se sente neste momento? (como se percebe em relação a si, a doença, aspecto pessoal, profissional, familiar, etc.)

4.13. O que espera da terapia?

Após concluir processo terapêutico:

4.14. Como se sente neste momento? (como se percebe em relação a si, a doença, aspecto pessoal, profissional, familiar, etc.)

4.15. O que obteve com a terapia no âmbito pessoal, profissional, familiar ou social?

APÊNDICE-03. Roteiro de Anamnese

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1. Contexto da família original e atual | 10. Saúde |
| 2. Gestação | 11. Alimentação |
| 3. Dados do Desenvolvimento | 12. Sono e sonhos |
| 4. Infância | 13. Esporte e atividade física |
| 5. Adolescência | 14. Lazer/ <i>Hobby</i> |
| 6. Vida Escolar | 15. Amizades |
| 7. Vida Profissional/Financeiro | 16. Espiritualidade |
| 8. Vida Afetiva | 17. Rotina atual |
| 9. Sexualidade | 18. Auto avaliação |

APÊNDICE-04. Mapa do Momento Atual

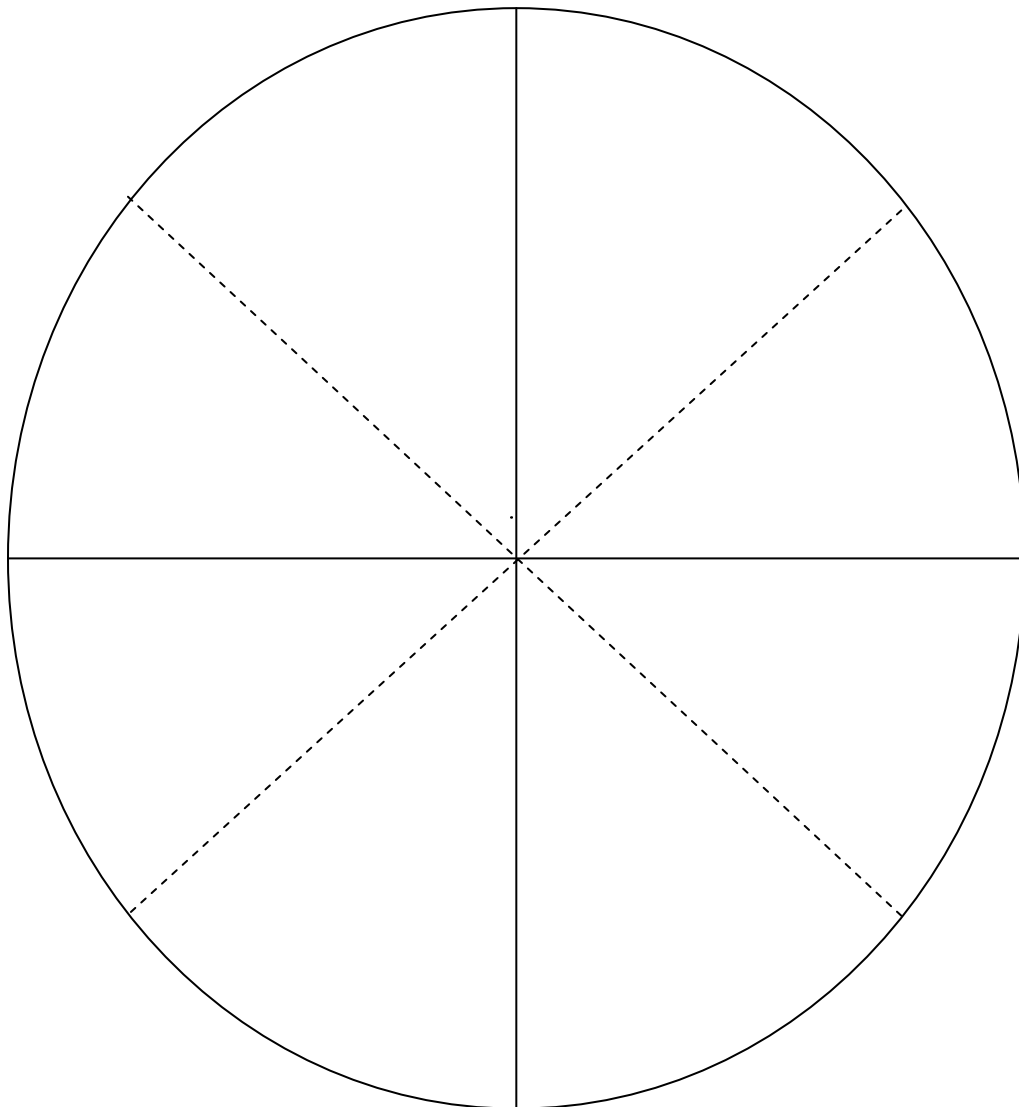
Material: folha protocolo do mapa, giz pastel, canetinhas coloridas e caneta ou lápis.

Instruções:

- Observe que nesta folha na primeira coluna você encontra uma lista de atividades;
- Leia atentamente e identifique quais atividades fazem parte do seu cotidiano, você também pode acrescentar atividades à lista;
- Escolha uma cor para cada atividade da lista que você desenvolve atualmente colorindo o retângulo da legenda;
- Abaixo você visualiza um círculo com divisões. Preencha partes do círculo com as cores das atividades de seu cotidiano, de forma que no final tenhamos um gráfico com as atividades que desenvolve atualmente. Você deve calcular a porcentagem aproximada do quanto dedica a cada atividade e pintar proporcionalmente;
- Após colorir fazendo gráfico das atividades, observe as outras duas listas. Nelas você encontra uma lista de atributos. Você também pode acrescentar outros atributos;
- Leia esta lista, observe seu gráfico. Indique quais atributos estão presentes em cada atividade. Basta colorir o retângulo da qualidade presente em cada atividade. Podem ser escolhidas várias qualidades para uma mesma atividade;
- Observe esse desenho como um mapa de seu momento atual. Vire a folha e complete a frase: Ao observar esse mapa eu percebo que nesse momento... Estabeleça relações com a doença de Crohn.

MAPA DO MOMENTO ATUAL

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trabalho | <input type="checkbox"/> Satisfação | <input type="checkbox"/> Insatisfação |
| <input type="checkbox"/> Estudo | <input type="checkbox"/> Realização | <input type="checkbox"/> Frustração |
| <input type="checkbox"/> Lazer | <input type="checkbox"/> Tranquilidade | <input type="checkbox"/> Tensão |
| <input type="checkbox"/> Atividade física | <input type="checkbox"/> Agradável | <input type="checkbox"/> Desagradável |
| <input type="checkbox"/> Consultas, exames e medicação | <input type="checkbox"/> Paciência | <input type="checkbox"/> Irritabilidade |
| <input type="checkbox"/> Afazeres domésticos | <input type="checkbox"/> Equilíbrio | <input type="checkbox"/> Ansiedade |
| <input type="checkbox"/> Sono | <input type="checkbox"/> Felicidade | <input type="checkbox"/> Tristeza |
| <input type="checkbox"/> Namoro e sexo | <input type="checkbox"/> Motivação | <input type="checkbox"/> Desmotivação |
| <input type="checkbox"/> Dedicção à familiares | <input type="checkbox"/> Conforto | <input type="checkbox"/> Desconforto |
| <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Outro |



APÊNDICE-05. Protocolo de Atendimento

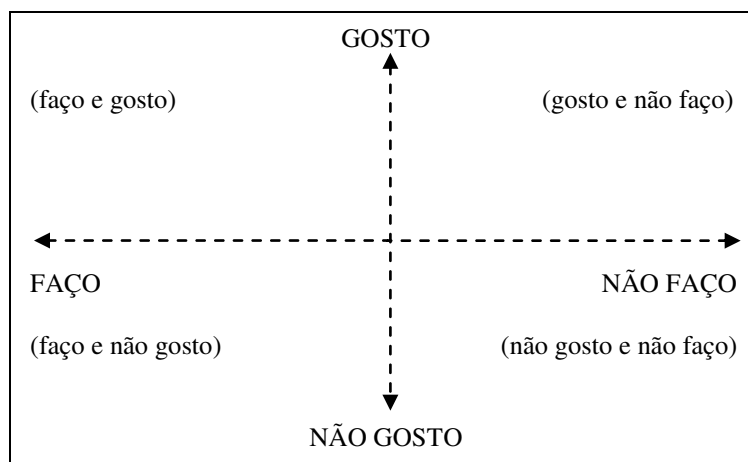
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO				
P-(nº do paciente) – (nome do paciente)			data: __/__/__	
Sessão nº _____			(atividade desenvolvida)	
Como se sente?				
MUITO BEM	BEM	MAIS OU MENOS	NÃO MUITO BEM	MAU
Impressões do terapeuta:				
Relato do atendimento:				

APÊNDICE-06. Em Busca da Excelência

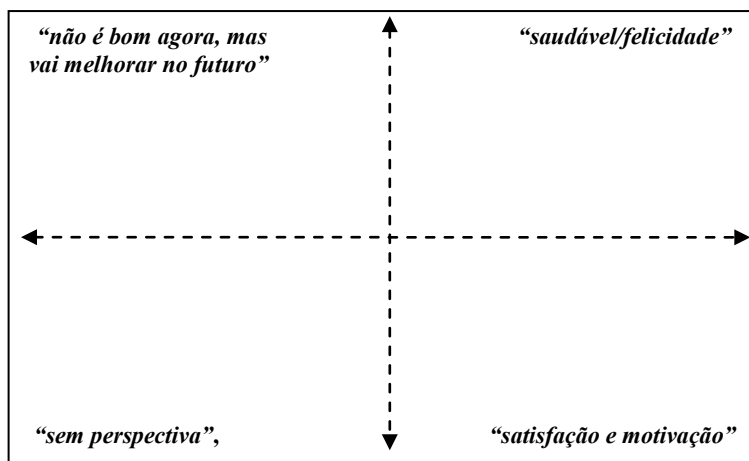
Material: folhas protocolo, caneta ou lápis.

Instruções:

1. Preencha os quadrantes da primeira folha da seguinte maneira:
 - No quadrante entre gosto e faço escreva tudo que faz atualmente e gosta de fazer;
 - No quadrante entre gosto e não faço escreva tudo que faz atualmente e gosta de fazer e não está fazendo;
 - No quadrante entre faço e não gosto escreva tudo que faz atualmente e não gosta de fazer;
 - No quadrante entre não gosto e não faço escreva tudo que não gosta e não faz atualmente.



2. Observando a primeira folha reflita sobre as informações e escreva na segunda folha:
 - No quadrante em que está escrito “*não é bom agora, mas vai melhorar no futuro*”, escreva tudo que lhe vier à mente que agora não está bom, mas que pode melhorar no futuro;
 - No quadrante em que está escrito “*saudável/felicidade*”, escreva tudo que neste momento você considera saudável e te faz feliz nesse momento;
 - No quadrante em que está escrito “*sem perspectiva*”, escreva tudo que neste momento você considera sem perspectiva, ou seja, está de certa forma e você não vê perspectiva de mudança;
 - No quadrante em que está escrito “*satisfação e motivação*”, escreva tudo que neste momento você lhe dá satisfação e motivação.



3. Observando a primeira e a segunda folha reflita sobre as informações e preencha as colunas da terceira folha da seguinte maneira.
- **Urgente:** escreva tudo que no seu momento atual é urgente, ou seja, assuntos que precisam ou dependem de sua ação agora;
 - **Importante:** escreva tudo que no seu momento atual considera importante, ou seja, assuntos ou questões que precisam ou dependem de sua atenção ou cuidado para que sua vida tenha uma boa base;
 - **Essencial:** escreva tudo que no seu momento atual você identifica como essencial em sua vida, ou seja, aspectos de sustentação de sua vida;
 - **Descartável:** escreva tudo que neste momento é desnecessário à sua qualidade de vida, ou seja, ações e assuntos que são desnecessários porque não colaboram positivamente e até pode te prejudicar de alguma forma.

URGENTE	IMPORTANTE	ESSENCIAL	DESNECESSÁRIO

APÊNDICE-07. Heurística da Emoção e Grafismo

Material: giz pastel, caneta ou lápis e cinco folhas de sulfite.

Instruções:

Sente-se confortavelmente e feche os olhos, respire profundamente e relaxe.

Solte todas as tensões, coloque toda sua atenção na respiração e respire o mais lento e suave que puder. Fique calmo (a) e tranquilo (a).

Reflita por alguns instantes e procure identificar:

- Qual emoção que sempre está presente quando você não está bem?
- Qual emoção você percebe que está sempre presente nos seus períodos de crise da doença de Crohn?

Quando identificar permaneça de olhos fechados e respirando lentamente. Procure observar:

- Normalmente em que tipo de situação surge?
- Com que tipo de pessoa ou situação?
- Quanto tempo dura?
- Qual a intensidade?
- Por quê?
- Para que?

Agora, imagine que é possível representar essa emoção por um elemento da natureza. O que poderia ser? Pode ser um elemento mineral, vegetal ou animal. Qual elemento da natureza que pode representar essa emoção?

Em silêncio e com movimentos suaves, você vai abrir os olhos e fazer um desenho colorido que simboliza esse elemento.

Olhe para o desenho que você fez e escreva seus atributos. Atributos são qualidades como: grande ou pequeno, bonito ou feio, etc.

Agora observe o desenho e imagine: se existe na natureza um elemento que seja o oposto deste. Qual é o elemento oposto a este? Faça um desenho colorido que simboliza o oposto desse.

Olhe para o desenho que você fez e escreva seus atributos.

Você vai imaginar que um diálogo entre os elementos, eles conversam entre si e você apenas escreve. Procure sentir/intuir qual deles inicia o diálogo. Fique em pé na frente do desenho, quando o outro elemento responde você muda de posição; fica em pé na frente do outro elemento e escreve o que ele está dizendo. Assim sucessivamente.

Após concluir o diálogo reflita e responda:

- O que você conclui sobre seu momento atual?
- Que relação estabelece com a doença de Crohn?

APÊNDICE-08. Exercício da Fonte

Material: giz pastel, caneta ou lápis e uma folha de sulfite.

Instruções:

Deite-se confortavelmente e feche os olhos, respire profundamente e relaxe.

Solte todas as tensões, coloque toda sua atenção na respiração e respire o mais lento e suave que puder. Fique calmo (a) e tranquilo (a).

Sinta a temperatura do ar que entra e sai de suas narinas. Relaxe todo o corpo e solte todas as tensões.

Você permanece consciente, acompanhando sons e ruídos à sua volta, mas sua atenção é em seu corpo, na sua respiração.

Respire calmamente e sinta-se em estado de profunda paz e tranquilidade.

Imagine uma linda paisagem e nessa paisagem sinta-se estar em um lugar calmo e tranquilo. Observe os detalhes, as cores, as formas, os sons. Tudo que você vê e toca é saudável e perfeito; as plantas, as flores, a temperatura do sol é agradável e o céu tem um azul calmante.

Explore cada detalhe com calma e tranquilidade. Em meio a essa linda paisagem, veja uma fonte. Uma fonte com águas cristalinas e puras, brilhando ao sol, banhando, em silêncio, tudo que a rodeia.

Relaxe-se... Sinta esse lugar especial onde tudo é mais claro, mais puro, mais essencial e mais saudável.

Aproxime-se da fonte e, com as mãos, apanhe um pouco de água. Beba dessa fonte, sinta que é benéfica, o (a) faz sentir-se mais leve.

Coloque os pés na água, sinta alívio e frescor, liberto (a) dos pesos e do cansaço. A temperatura é agradável, refresca e conforta ao mesmo tempo.

Comece a banhar-se da cabeça aos pés. Sinta-se leve, limpando-se, purificando-se, aliviando-se; refrescando-se nas águas dessa fonte.

Sinta que essa água tem o poder de fluir pelas células do corpo e entre elas também, levando embora as dores e os desconfortos. A água flui atravessando seu corpo e levando embora todas as impurezas; ela banha seu abdômen e intestinos, retirando o desconforto e a dor; retirando as impurezas e tornando-os saudáveis. Veja seu intestino saudável.

Imagine também que a água flui por cada uma das matizes dos seus sentimentos, de suas emoções; você se sente cada vez mais calmo (a) e relaxado (a). A água leva embora a ansiedade, os medos, a angústia, a tristeza... Você se sente leve e em paz.

Inspire e relaxe profundamente, sinta a água flui por sua mente e inteligência, te libertando das preocupações, deixando a sua mente limpa e aberta ao melhor e saudável.

Essa água flui por todo seu ser e te liberta de todos os desperdícios psíquicos que você vem acumulando dia após dia: frustrações, arrependimentos, temores, pensamentos de todas as classes.

Você está no plano do imaginário e tudo é possível, transforme-se em uma gotinha de água dessa fonte, sinta-se ser uma gotinha de água dessa fonte, vivencie essa experiência.

Agora, seja a própria fonte, vivencie essa experiência da forma mais real que puder. Experimente gradualmente como a pureza da fonte se faz sua pureza. Você é a fonte na qual tudo é possível e a vida nasce, renova e renasce sempre.

Volte a ser você novamente e contemple mais uma vez a fonte... Novamente imagine-se ser uma gotinha de água dessa fonte... E depois, a própria fonte...

Finalmente, sinta-se ser você novamente, contemple a fonte e tudo que existe a volta dela, perceba a unidade e a integração entre água, terra, ar, sol, plantas...

Lentamente e consciente de tudo que faz você se retira da água. Sinta-se fora da fonte...

- Como você se percebe?
- Existe algo que ainda queira fazer aí? Se houver faça.

Respire profunda e lentamente, integre, harmonize em todo o seu ser a renovação.

Aos poucos retorne para essa sala, venha voltando para o aqui e agora, sentindo-se perfeitamente bem. Integrando todo seu ser físico, emocional, mental e espiritual. Faça os movimentos que seu corpo estiver pedindo e quando estiver se sentindo perfeitamente bem, abra os olhos.

Gentilmente, vá tocando seu corpo, se acolhendo, se percebendo.

- Em silêncio, faça um desenho que simbolize a sua experiência;
- Olhando para o desenho e refletindo sobre a experiência escreva:
- Qual a relação com seu momento atual?
 - Qual a relação com a doença de Crohn?

APÊNDICE-09. Diálogos Internos

Material: giz pastel, caneta ou lápis e uma folha de sulfite.

Instruções:

Deite-se confortavelmente e feche os olhos, respire profundamente e relaxe. Solte todas as tensões, coloque toda sua atenção na respiração e respire o mais lento e suave que puder. Fique calmo (a) e tranquilo (a). Sinta a temperatura do ar que entra e sai de suas narinas. Relaxe todo o corpo e solte todas as tensões.

Você permanece consciente, acompanhando sons e ruídos à sua volta, mas sua atenção é em seu corpo, na sua respiração. Respire calmamente e sinta-se em estado de profunda paz e tranquilidade. Imagine uma linda paisagem, um lindo prado verde.

Veja-se caminhando e admirando a beleza de tudo que encontra pelo caminho, estamos iniciando uma jornada na qual você irá encontrar elementos carregados de significado. Sinta-se realmente nesse lugar, consciente de seus passos e tudo que vê e ouve. Enquanto caminha você visualiza uma **árvore**. Aproxime-se dela, observe-a detalhadamente, seu tronco, galhos, folhas. Perceba se há frutos, procure intuir se é jovem ou velha. No seu íntimo indague:

- O que eu tenho a aprender com essa árvore?
- O que ela tem a me ensinar?
- Se ela pudesse lhe transmitir uma mensagem o que seria? Ouça, sinta, intua qual é a mensagem que essa árvore lhe transmite.

No seu íntimo agradeça a árvore pela experiência e continue sua jornada, volte a caminhar. Você se encontra com uma **roseira**, observe detalhadamente como ela é, observe o caule, as folhas, espinhos e flores. Como se apresentam? No seu íntimo indague:

- O que tenho a aprender com a roseira?
- O que ela tem a me ensinar?
- Se ela pudesse lhe transmitir uma mensagem o que seria? Ouça, sinta, intua qual é a mensagem que essa roseira lhe transmite.

Agradeça e continue sua jornada, volte a caminhar, levando consigo a experiência do encontro com a árvore e com a roseira. Ao longe você vê um **leão**, é um leão amigo disposto a contribuir com seu caminho evolutivo. Observe-o detalhadamente, seu porte físico, expressão, maneira de se comportar e como reage à sua presença. No seu íntimo indague:

- O que tenho a aprender com esse leão?
- O que ele tem a me ensinar?
- Se ele pudesse lhe transmitir uma mensagem o que seria? Ouça, sinta, intua qual é a mensagem que esse leão lhe transmite.
- Se desejar converse com ele.

Quando sentir que compartilhou o que é possível para esse momento, agradeça e continue sua jornada, volte a caminhar, levando consigo mais essa experiência. Volte a caminhar.

Ao longe você vê uma **coruja**, olhe para ela, observe-a e aos poucos se aproxime. Observe-a detalhadamente, eu porte físico, expressão, maneira de se comportar e como reage à sua presença. No seu íntimo indague:

- O que tenho a aprender com essa coruja?
- O que ele tem a me ensinar?
- Se ela pudesse lhe transmitir uma mensagem o que seria? Ouça, sinta intua qual é a mensagem que essa coruja lhe transmite.
- Se desejar converse com ela.

Quando sentir que partilhou o que é possível para esse momento, agradeça e continue sua jornada, volte a caminhar, levando consigo mais essa experiência. Enquanto caminha você perceber em meio a um lindo campo de flores multicoloridas. Você segue por uma trilha que te leva a um templo. Na medida em que se aproxima pode perceber como é o templo, do que é feito...

Dentro deste templo o sábio te espera, é um ser de muita luz, que acumulou muitas experiências e que está aí para te auxiliar. Pode ser uma figura conhecida ou não.

Vá em direção ao templo e entre observando cada detalhe do seu interior, é um lugar sagrado para você, um lugar de paz e tranquilidade.

No interior do templo você se encontra com esse ser sábio e luminoso que está aí para te ajudar. Você é acolhido (a) com afeto e alegria. Se não conseguir visualizar sinta a presença desse ser luminoso e sábio te acolhendo.

A comunicação entre vocês pode ser verbal ou não, pode ser pelo olhar ou até telepaticamente, vocês estão no plano do imaginário e tudo é possível.

Pergunte a esse ser o que mais deseja saber de você mesmo. Dialoguem... O Que mais deseja saber? Pergunte sobre seu caminho de cura e bem-estar.

Esse ser agora pega uma pequena caixa de madeira e lhe dá de presente. Veja o que tem dentro dela. É um presente para você.

Agora seja o presente, torne-se ele, viva essa experiência da forma mais real que puder.

- O que você, presente deseja transmitir a quem você foi dado?
- Quais são seus atributos e como podem ajudar a pessoa para a qual foi dado?

Volte a ser você novamente, observe seu presente que agora está em suas mãos. Medite sobre a experiência de ser o presente, seus atributos e o que ele pode lhe transmitir.

Se desejar pergunte algo mais para o sábio sobre o seu presente. Relaxe.

Agora se despeça sabendo que poderá reencontrá-lo sempre que desejar e a cada reencontro será mais fácil, mais intenso, melhor e mais produtivo e benéfico.

É hora de voltar, o sábio lhe acompanha até a saída do templo e ao se despedir deixa uma mensagem com você. Ouça, sinta, intua o que lhe é transmitido.

Você retorna trazendo consigo o seu presente. Imagine-se caminhando em meio ao campo de flores multicoloridas. Aos poucos vá cessando a visualização, respirando suavemente, percebendo seu corpo e sua respiração.

Silenciosamente, no seu tempo, no seu momento, faça os movimentos que seu corpo esta pedindo, abra os olhos.

- Expresse com uma imagem o presente que recebeu;
- Após desenhar o presente escreva seus atributos;
- Como esses atributos podem lhe ajudar rumo ao bem-estar e a felicidade?
- Estabeleça relações com seu momento atual e a doença de Crohn.

APÊNDICE-10. Os Sete Eu's

Material: giz pastel, caneta ou lápis e sete folhas de sulfite.

Instruções:

Vou lhe apresentar uma série de questões, para cada questão formulada observe a primeira imagem que vier à sua mente em resposta desenhe na folha que estará à sua frente. Após desenhar escreva no verso o que desejar a respeito.

- Eu, como eu me vejo?
- Como os outros me veem?
- Como eu gostaria de ser?
- Como os outros gostariam que eu fosse?
- Como eu não gostaria de ser?
- Como os outros não gostariam que eu fosse?

Olhe atentamente para estas imagens, reflita e me diga o que percebe e com o que associa.

Agora se desprenda de tudo isso, feche os olhos, respire profundamente algumas vezes e reflita:

- O que eu sou? O que realmente sou?

A primeira imagem que lhe vier à mente represente no papel e depois escreva no verso tudo que desejar a respeito.

Observando os desenhos e refletindo sobre a experiência estabeleça relações com seu momento atual e com a doença de Crohn.

APÊNDICE-11. As Quatro Portas

Material: giz pastel, caneta ou lápis e uma folha de sulfite.

Instruções:

Numa posição confortável, feche os olhos. Sinta que partes do corpo se fazem presentes e que partes você percebe menos... Sinta sua respiração, observando os detalhes da maneira como você respira...

Agora se imagine andando por uma estrada... Observe e sinta a paisagem a sua volta... Continue caminhando... Ao poucos você avista uma casa... E à medida que você caminha mais se aproxima dela... Até que você chega à porta e alguém te recebe, esta pessoa será seu guia na jornada que vamos realizar.

Essa pessoa então o encaminha até o *hall* da casa... Neste *hall* você vê Quatro Portas... Na primeira delas está escrita palavra INFÂNCIA. Tudo que houve atrás desta porta se refere à sua infância. Você entra por essa porta e vê o que referente à palavra infância você encontra nesse lugar... E observe como você se sente corporalmente nesse espaço, explore cada detalhe... Observe seus pensamentos e sentimentos... Fique bem consciente de suas percepções, cores, formas, sons, aromas... E procure sentir, intuir se você quer mudar algo nesse ambiente. Se desejar alguma mudança faça antes de sair. Lembre-se, você está no plano no imaginário e tudo é possível.

Agora você pode sair desse lugar e voltar para o *hall*... De volta ao *hall* o guia te conduz até a segunda porta, onde está escrita a palavra ADOLESCÊNCIA. Entre nesse lugar e veja o que referente à palavra adolescência... Perceba como se sente corporalmente nesse espaço... Observe seus pensamentos e sentimentos... Fique bem consciente de suas percepções, cores, formas, sons, aromas... E procure sentir, intuir se você quer mudar algo nesse ambiente. Se desejar alguma mudança faça antes de sair.

Agora, volte novamente para o *hall* e seu guia lhe conduz a uma terceira porta onde está escrito a palavra VIDA ADULTA. Entre nesse lugar e veja o que referente à palavra vida adulta você encontra nesse espaço... Observe como você se sente corporalmente nesse lugar... Observe seus pensamentos e sentimentos... Fique bem consciente de suas percepções, cores, formas, sons, aromas... E procure sentir, intuir se você quer mudar algo nesse ambiente. Se desejar alguma mudança faça antes de sair.

Agora, volte novamente para o *hall*, e mais uma vez seu guia lhe conduz até uma porta onde está escrita a palavra MOMENTO ATUAL e veja o que referente ao seu momento atual você encontra nesse espaço... Dedique algum tempo para observar cada detalhe e reflita sobre o que encontra... Fique bem consciente de como você sente corporalmente nesse lugar... Seus pensamento e sentimentos... O valor e a importância do que encontra.

Busque um lugar para se acomodar confortavelmente e vislumbre os próximos momentos de sua vida... Avance no tempo e visualize os desdobramentos das questões atuais... O tempo passa... Passa... O que se mantém? O que muda? Deixe o tempo passar e se imagine no futuro, daqui a cinco anos. Observe como está sua vida daqui a cinco anos e como você se sente com ela. Projete o seu futuro segundo a sua escolha.

Lentamente saia desse lugar e volte para o *hall* e pense sobre o seu maior DESEJO nesse momento... Visualize no *hall* uma poltrona dourada. Quando lhe ficar claro o seu desejo você vai sentar na poltrona, e ao sentar sinta-se realizando esse desejo... Imagine em detalhes seu desejo realizado.

O guia lhe ajuda a levantar-se da poltrona, te acolhe carinhosamente. Se desejar você pode conversar com ele agora, pergunte o que desejar e sinta, intua o que lhe é respondido.

Agora lentamente você vai sair do *hall* da casa, voltando pela mesma estrada e conscientize-se de como se sente agora... Voltando com a sensação do desejo realizado...

Aos poucos vá retornando para essa realidade física, sentindo seu corpo, mexendo lentamente as mãos, os pés e aprofundando a respiração.

Agora abra os olhos e fique com a experiência.

Ainda em silêncio, na folha que está na sua frente, faça um desenho simbolizando cada uma das salas que você entrou.

A seguir solicita-se que o paciente relate toda a experiência e ao final estabeleça relações com o momento atual e com a doença de Crohn.

APÊNDICE-12 - Exercício de Amor ao Próprio Corpo

Material: giz pastel, caneta ou lápis e uma folha de sulfite.

Instruções:

Sente-se ou deite-se confortavelmente, relaxe o corpo e coloque a atenção na respiração. Respire lento e suavemente, soltando todas as tensões do corpo. Relaxe ainda mais.

Você permanece consciente, acompanha sons e ruídos á sua volta, mas o seu foco é em sua respiração. Mentalmente repita:

“Eu te amo meu corpo, sei o quanto tens passado por causa de minhas tensões, maus tratos, preocupações, emoções de raiva, tristeza... Eu te amo pelo teu grande esforço para descansar, respirar, se nutrir... Eu te amo apesar de meus vícios, momentos de esquecimentos, maus tratos... E reconheço tua luta para me harmonizar, para me restaurar. Hoje compreendo que tens limites e te peço perdão pelos maus tratos, abandono... Mesmo que te sintas vivendo a tua própria sorte eu sei que dependes de mim e agora compreendo o quanto preciso de ti para minha evolução”.

Respire lentamente algumas vezes, solte o corpo e relaxe profundamente. Concentre-se em seus pés e mentalmente repita:

“Amo meus pés, benditos pés. Base que me conduzem na caminhada da vida... Amo minhas pernas, colunas de sustentação do meu corpo, suportam meu peso e me auxiliam nos movimentos para que eu possa alcançar meu destino em busca da saúde, da paz e da harmonia”.

“Amo meus quadris, que me dão molejo no andar, que se curvam para eu sentar, para me levar ao descanso”.

Relaxe profundamente todo seu corpo, solte as pernas, quadris e pés.

Tome consciência da energia do amor circulando pelo seu corpo, subindo em direção ao seu tronco e envolvendo todos os seus órgãos internos: aparelho genital, aparelho digestivo, fígado, rins, pulmões... Solte toda a região do abdômen... Descanse e repita mentalmente:

“Sinto amor e gratidão por meu corpo, meus órgãos e intestinos... Sei que meus melhores pensamentos e sentimentos fazem com que meu corpo seja capaz de cumprir suas funções em harmonia. Posso sentir a vibração do amor no fluxo de minha circulação, percorrendo todo o meu corpo ao som das batidas de meu coração, onde meu amor tem sua morada... tomo consciência que meu corpo abriga a vida que é dádiva divina”.

Este amor agora segue penetrando em seus pulmões e sinta sua respiração tranquila e estável... Tranquila e estável... Tranquila e estável...

Inspire amor, retenha força vital e exale padrão inarmônico... Inspire amor, retenha força vital e exale padrão inarmônico... Inspire amor, retenha força vital e exale padrão inarmônico naturalmente...

Sinta a energia amorosa envolvendo seu pescoço, garganta, cordas vocais, faringe, laringe... Todo seu aparelho fonador...

“De hoje em diante, minhas palavras serão sempre empregadas com amor... Palavras só de amor... Palavras só de amor.”

Este grande amor se torna forte e soberano, envolvendo meu rosto, minha boca, olhos, ouvidos, narinas... Atinge o alto de minha cabeça, envolvendo meu cérebro, couro cabeludo...

Sou agora puro amor e conscientizo-me de ti meu amado corpo, sabendo que a partir de ti minha vida flui e age que contigo posso entrar em contato com o mundo e evoluir meu espírito.

Tenho humildade de perdoar por minhas imperfeições e passo a me apoiar ao invés de pedir aprovação do mundo... Vejo um mundo real, percebo meus limites, mas também vejo as infinitas alternativas de me superar, de me tornar mais saudável a cada dia que passa... Aceito que sou responsável por minha felicidade, paz e harmonia...

Começo a ouvir vozes saudáveis que habitam em meu interior e aceito minha posição de um ser que passa por este planeta tal qual um a viagem com provas, tormentos e alegrias... “Percebo que sou meu maior amigo e aprendo agora a estar ao meu lado.”

Respire profundamente... Relaxe... Descanse...

Imagine que seu corpo está envolto em luz magenta (rosa forte)... Lentamente seu corpo vai absorvendo toda essa luz. Quando tudo for absorvido imagine que seu corpo está envolto em luz amarela... A seguir azul, verde e vermelho.

Agora seu corpo está todo colorido... Observe as cores e perceba que aos poucos uma delas predomina... Imagine seu corpo envolto por esta cor que você percebe... Essa cor adere ao seu corpo como uma segunda pele... Veja-se nesta cor.

Lentamente abra os olhos sem mover o corpo. Observe como se sente... Observe o ambiente à sua volta.

Se levante muito lentamente e usando cores faça uma imagem que simbolize essa experiência.

Após concluir o desenho, usando a folha de sulfite registre sua experiência (como se percebe, sensações, sentimentos, pensamentos, intuições, etc) e estabeleça relações com seu momento atual de vida e com a doença de Crohn.

APÊNDICE-13. Intervenções Verbais Utilizadas na Pesquisa

TIPO DE INTERVENÇÕES	EXEMPLOS
Favorecer ao paciente a própria interpretação do significado dos comportamentos, motivações e finalidades latentes, em particular os conflituosos.	Como você percebe... Como lhe parece...
Solicitar informações necessárias.	Você me disse que não está se sentindo bem. O que está sentindo?
Validar a postura adotada pelo paciente e explorar o oposto na vivência.	Compreendo que é difícil para você, mas se você estivesse no lugar dessa pessoa como seria? Compreendo que está esta situação é limitante, mas como seria sua rotina se ela não existisse?
Recapitular, resumir pontos essenciais surgidos no processo exploratório de cada sessão e do conjunto do tratamento.	Você tem demonstrado que esta situação não é interessante para você. O que te motiva permanecer nela?
Assinalar relações entre dados, sequências, constelações significativas, capacidades manifestas e latentes.	Lembro-me que você já ter manifestado interesse...
Confirmar ou retificar os conceitos sobre sua situação, expectativas, escolhas, etc.	Você está me dizendo que...
Dar enquadramento.	O que você percebe que é melhor para você neste momento?...
Viabilizar experiências congruentes com Ser saudável.	O que de melhor você pode fazer em relação a esta situação?
Estabelecer objetivos, estabelecer pequenas metas cotidianas.	Muito bem, para a próxima semana o que você pode modificar na sua rotina para melhorar sua qualidade de sono?
Metas-intervenções: comentar ou aclarar o significado de haver recorrido a qualquer das intervenções anteriores.	Você percebe que não é a primeira vez que tocamos nesse assunto? Na outra vez...
Contextualizar “SER” – “ESTAR”	Compreendo isto que me coloca e o quanto te faz sofrer, mas você é isto? Existem outros aspectos?
Exercícios psicográficos. Traduzir a fala, emoções, pensamentos, situações em imagens, histórias, etc.	Se você fosse representar esta emoção em um desenho o que seria?
Estimular autoconhecimento para favorecer fluxo de informações do inconsciente para o consciente.	Quando se sentir assim novamente observe como está seu dia, como foi a rotina de seu dia anterior... e perceba se algo diferente lhe aconteceu?
Viabilizar ampliação da consciência, desenvolvimento da intuição e enriquecimento cultural.	Você já colheu informações a respeito? O que tem refletido a respeito?
Explorar REIS.	Como sente esta experiência no seu corpo? Que sensações tem? E o que sente? Que tipo de pensamentos tem a respeito? E que o a sua intuição lhe diz?