

VIVENDO COM A DOENÇA DE CROHN

**Resiliência e estratégias de
enfrentamento
em pessoas com diagnóstico de doença
de Crohn**

Autoria e Organização:

Lorena Souza Andrade
Samara da Silva Mendes Pina
Soane Regina de Jesus Lima
Victor Gabriel Fontes Leão

Orientação: Prof. Dr. André Faro Santos

ÍNDICE

<u>Apresentação</u>	05
<u>Conceituação</u>	06
<u>Informações sobre a doença</u>	07
<u>Epidemiologia</u>	07
<u>Fatores associados ao desenvolvimento e agravamento da doença</u>	08
<u>Principais sintomas e fatores de risco</u>	09
<u>Tratamento</u>	10
<u>Relação com a Psicologia da Saúde</u>	11
<u>Estratégias de enfrentamento</u>	13
<u>Estratégias de enfrentamento observadas em pacientes</u>	14
<u>Atuação do psicólogo</u>	15
<u>O psicólogo pode incentivar o paciente a controlar aspectos que contribuem para a aceitação da doença</u>	16
<u>Atuação da equipe multidisciplinar</u>	17
<u>Atuação da família</u>	18
<u>Referências</u>	19

APRESENTAÇÃO

A presente cartilha refere-se a achados da literatura científica acerca da resiliência e das estratégias de coping em pessoas diagnosticadas com doença de Crohn e tem como objetivo trazer uma breve compreensão do paciente acometido por essa doença inflamatória intestinal.

Apresentando aspectos modificadores físicos, sociais e psicológicos, o material propõe expor informações que buscam avaliar as interferências condicionais da doença na vida de seus portadores, em busca de promover um melhor bem-estar subjetivo.

Além disso, a cartilha também atua como um mecanismo difusor de conhecimento sobre a doença, levando em consideração que para lidar com questões adversas no dia a dia devemos responder a fatores considerados estressores de maneira satisfatória, adotando, dessa forma, diversas estratégias de enfrentamento.

Nesse sentido, ela é imprescindível, pois informa sobre o grupo de doenças inflamatórias intestinais e aponta estratégias melhor adaptadas ao contexto.



CONCEITUAÇÃO

A doença de Crohn é uma das patologias que compõem o núcleo de doenças inflamatórias intestinais, juntamente com a Retocolite Ulcerativa.

Elas são enfermidades crônicas, e apesar de não apresentarem uma etiologia definitivamente esclarecida, possuem recorrência nos estudos como uma origem multifatorial, com participações de fatores genéticos, ambientais, microflora intestinal e resposta imune¹.



A DOENÇA DE CROHN TEM INCIDÊNCIA COMUM NA POPULAÇÃO BRASILEIRA*



*mais de 150 mil

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

EPIDEMIOLOGIA

Porção Ocidental do mundo



A doença de Crohn tem sido descrita com maior frequência nos países mais desenvolvidos do mundo ocidental².

Apesar disso, pode-se observar um aumento significativo em países da América Latina nas últimas décadas. Esta tendência ao aumento do número de casos pode ser atribuída ao aperfeiçoamento dos métodos diagnósticos ou a um real crescimento da população doente³. Essas mudanças no perfil epidemiológico têm se tornado cada vez mais evidentes devido aos novos hábitos de vida adotados pelas pessoas em todo o mundo, especialmente em países subdesenvolvidos.

Região Sudeste do Brasil

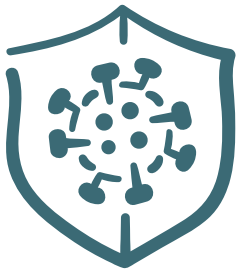
A nível do Brasil, tem-se que a doença apresenta o mesmo perfil dos outros países, sendo mais recorrente na região sudeste do país.⁴



FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO E AGRAVAMENTO DA DOENÇA



Herança genética: Sendo uma doença com diversas mutações que aumentam e contribuem para seu aparecimento, se torna mais comum em pessoas que já têm o histórico da doença na família. Sendo assim, se trata de um fator que aumenta o risco de desenvolvimento da doença⁵.



Fatores imunológicos: caracterizados por ter uma resposta inata, e a resposta adaptativa. Nesse caso, quando um indivíduo com a doença de Crohn apresenta uma resposta imune exacerbada, há o desenvolvimento de lesões auto imunes nos tecidos, enquanto uma deficiência nessa resposta pode favorecer o aparecimento de infecções⁶.



Não adesão ao tratamento recomendado pelos profissionais: o que piora o quadro geral de saúde do indivíduo. Essa não adesão se percebeu em muitos estudos como frequente em 20% de tratamentos de curta duração e 50% nos de longa duração⁷. Essa não adesão pode ser de ordem intencional ou não-intencional, caso mais frequente, pode refletir questões como a falta de informação sobre a doença, falta de motivação para manter o tratamento ou a dificuldade de acesso aos medicamentos considerados de alto custo⁷.

PRINCIPAIS SINTOMAS



Dor abdominal:

É caracterizada por uma dor na parte inferior do abdômen, muito similar a uma apendicite⁵;



Febre:

É causada por uma resposta inflamatória exacerbada aos antígenos⁸;



Diarréia:

É comum a diarréia ou fezes semissólidas com presença de muco, pus ou, em casos raros, sangramento de longa duração⁵;



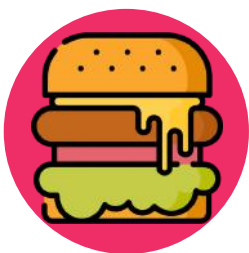
Perda de peso e desnutrição:

Esse fator ocorre devido a uma má absorção dos nutrientes pela mucosa do intestino delgado. Pode gerar o surgimento de outros casos associados à doença⁵.

PRINCIPAIS FATORES DE RISCO

Alimentação:

Gorduras totais, ácidos gordos, ômega 6 e carne vermelha são associados ao aumento no risco de desenvolver a doença, já os vegetais e frutas a diminuição do risco⁶;



AINE's:

São responsáveis por inibir enzimas importantes, induzindo uma inflamação na mucosa gastrointestinal⁹



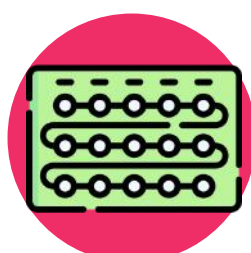
Tabagismo:

Pode agravar o quadro, atuando como supressor da atividade microbiana e a resposta imune⁶;



Contraceptivos Orais:

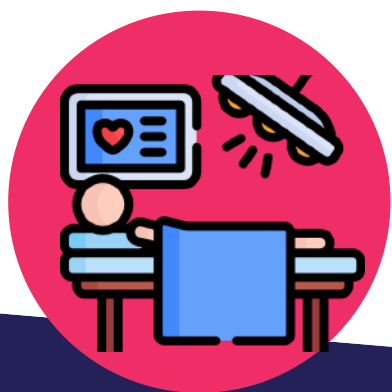
Aumentam o risco de desenvolver a doença, ao agir como potencializador imunológico, além da grande capacidade de produzir trombos⁹.



TRATAMENTO

A doença de Crohn é marcada por períodos em que se manifestam os sintomas e períodos em que há uma remissão⁷.

O tratamento é direcionado apenas para manter a doença sob controle e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.




Os pacientes possuem altas necessidades de intervenções cirúrgicas, que pretendem o alívio dos sintomas e a redução da inflamação¹⁰.

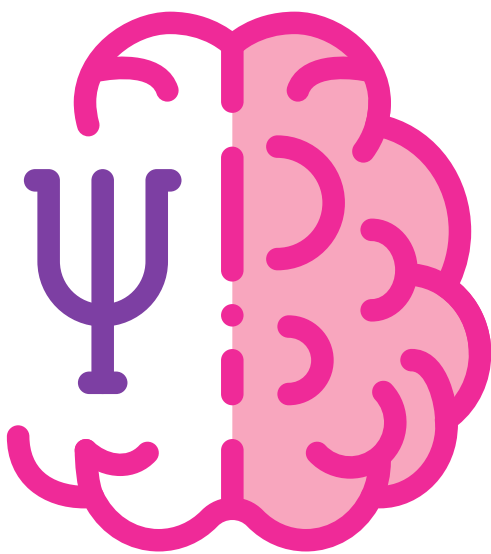
Em geral o tratamento da é realizado a partir de medicações anti-inflamatórias e imunossupressoras, que tentam melhorar a qualidade de vida do paciente⁵.



RELAÇÃO COM A PSICOLOGIA DA SAÚDE



É importante destacar que a Psicologia da Saúde pode ser entendida como um campo interdisciplinar que usa o conhecimento psicológico no campo da saúde¹¹.



Nesse sentido, buscamos trazer dois conceitos bastante estudados nessa área, os quais correspondem a resiliência e ao coping (estratégias de enfrentamento) para explicar como eles influenciam na forma com que o sujeito lida com a doença.

Como sabemos, o tratamento para essa doença envolve uma intervenção medicamentosa e muitas vezes até cirúrgica. Todavia, apesar de trazer uma normalidade para a vida, a medicalização não suprime o fato da doença existir, realidade que causa estresse e penalidades na qualidade de vida.

RELAÇÃO COM A PSICOLOGIA DA SAÚDE

Nessa perspectiva, **o conceito de coping está diretamente ligado à resiliência**. Sendo que, o coping caracteriza-se como um conjunto de estratégias utilizadas para a adaptação de circunstância adversas pelas pessoas¹². Por sua vez, a resiliência diz respeito a uma capacidade universal que possibilita a pessoa, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos das adversidades, inclusive saindo dessas situações fortalecida ou até mesmo transformada, porém não ilesa¹³.



Portanto, a eficácia do tratamento do paciente está relacionada ao quão melhor adaptado está o paciente. Além de fatores como o apoio social e a autoeficácia, que também estão presentes como variáveis minimizadoras do estresse e devem ser considerados em maior medida na prática clínica e na pesquisa¹⁴.



ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

O coping (estratégias de enfrentamento) trata-se de uma ação intencional, física ou mental, iniciada **em resposta a um estressor percebido**, dirigida para circunstâncias externas ou estados internos¹⁵. No caso da doença de Crohn, **esses construtos psicológicos**, bem como o repertório de comportamentos que o indivíduo carrega **se traduzem nas estratégias que ele adota**.

Dessa forma, **a sua maneira de lidar com a situação**, seja ela boa ou ruim, **representa o quão adaptado está o sujeito** para o contexto individual dentro das dificuldades que são comuns a todos e específicas a cada um.

Os cuidados psicológicos no enfrentamento da doença possuem um grande aspecto modulador com relação, por exemplo, à ansiedade e depressão ao longo do tratamento¹⁶.



ALGUMAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO OBSERVADAS EM PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS PODEM SER:

- **Buscar valores positivos em eventos negativos como forma de minimizar a importância emocional do estressor;**
- **Estratégias de enfrentamento focadas na emoção, como busca por suporte social e emocional;**
- **Autocontrole;**
- **Evitar pensar na situação estressante;**
- **Administração de demandas;**
- **Estratégias focadas no problema, como ações de autocuidado para o seguimento adequado do tratamento;**
- **Pensamento positivo em relação à doença;**
- **Estratégias de enfrentamento como negação, fuga e esquiva são consideradas prejudiciais^{17 18}.**

COMO O PSICÓLOGO PODE ATUAR?



Receber o diagnóstico de uma doença crônica, como a doença de Crohn, não é encarado como algo fácil, pois ela impõe condições incapacitantes ao indivíduo a longo prazo, fator que pode instituir barreiras ou até mesmo modificar o modo de ser do paciente.

Desse modo, pode-se desencadear também problemas de ordem emocional, os quais podem agravar ainda mais o seu estado patológico;

Sendo assim, infere-se que existem fatores que mobilizam sentimentos e sensações perturbadoras que estão constantemente presentes nos doentes crônicos, todavia **podem ser compreendidos e neutralizados pela atuação do psicólogo**, a qual pode ser de pronta intervenção em quadros comportamentais de risco¹⁹.



De forma geral, tem-se que o psicólogo deve realizar ações de prevenção, promoção e aconselhamento desses pacientes, promovendo a adoção de comportamentos melhores adaptados para o contexto da doença, visando alcançar ou manter o estado de bem estar do paciente

O psicólogo pode incentivar o paciente a controlar aspectos que contribuem para a aceitação da doença como:



Tomar a medicação prescrita;



Alimentar-se de forma saudável;



Praticar atividade física;



Integrar-se a um grupo de pacientes com a mesma doença como forma de obter suporte social;



Manter-se ativo socialmente, permitindo a aproximação de familiares e amigos;



Reconhecer e aceitar que, durante o tratamento, haverá dias bons e ruins;



Lembrar-se sempre de que as pessoas são mais do que a sua doença.

COMO A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PODE ATUAR?

A atuação da equipe multidisciplinar em doenças crônicas aparece como forma de **melhorar a eficiência no atendimento, nas ações de prevenção, recuperação e reabilitação, no autocuidado, assim como diminuir expressivamente os gastos médico-hospitalares²⁰.**



Essa equipe discute frequentemente os problemas e necessidades desse subgrupo, desenvolvendo estratégias conjuntas de intervenção e produzindo novas sistemáticas e arranjos no trabalho em equipe²¹.



Dessa forma, os profissionais buscam estabilizar o quadro clínico do paciente, se possível mantendo o máximo de tempo possível em um estado de remissão da doença, atender as necessidades familiares e sociais, garantir o bem-estar, a qualidade de vida e autonomia do paciente²⁰.

COMO A FAMÍLIA PODE AJUDAR ?

A pessoa diagnosticada com a doença de Crohn, apesar de não se tornar dependente de um cuidador, pode se apoiar na estrutura familiar como maneira de resiliência e enfrentamento da doença²².

Sendo assim, a rede familiar pode ser um fator positivo para o paciente com a doença de Crohn ao compor um acréscimo na rede de apoio do mesmo, estando presente nos momentos em que os profissionais não conseguem estar.

Eles podem compor uma dinâmica de cuidados com a característica de fornecer suporte em tomada de decisão ou apoio emocional e estrutural.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹Salviano, F. N., Burgos, M. G. P. A., & Santos, E. C. (2007). Perfil socioeconômico e nutricional de pacientes com doença inflamatória intestinal internados em um hospital universitário. *Arq Gastroenterol*, 44(2), 99-106. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032007000200003>.
- ²Cotran, R. S., Kumar, V., Collins, T.(2000). **Robbins: patologia estrutural e funcional**. 6. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- ³Souza, M. M., Belasco A. G. S., & Aguilar-Nascimento, J. E. (2008). Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal do estado de Mato Grosso. *Revista Brasileira de Colo-Proctologia*, 28(3), 324-328. <https://doi.org/10.1590/S0101-98802008000300009>.
- ⁴Brito R. C. V., Peres C. L., Silveira K. A. F., Arruda E. L., & Almeida Junior M. P. (2020). Doenças inflamatórias intestinais no brasil: perfil das internações, entre os anos de 2009 a 2019. *Revista Educação em Saúde*, 8(1): 127-135. ISSN: 2358-9868.
- ⁵Papacosta, N. C., Nunes, G. M., Pacheco, R. J., Cardoso, M. V., & Guedes, V. R. (2017). Doença de Crohn: um artigo de revisão. *Revista de Patologia do Tocantins*, 4(2): 25-35. DOI: 10.20873/uft.2446-6492.2017v4n2p25.
- ⁶Santos, S. M. R. (2013) Doença de Crohn: Etiopatogenia, aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento. *Monografia: Universidade Fernando Pessoa*.
- ⁷Cornélio, R. C. A. C., Pinto, A. L. T., Pace, F. H., Moraes, J. P., & Chebli, J. M. F. (2009). Não-adesão ao tratamento em pacientes com doença de Crohn: prevalência e fatores de risco. *Arq. Gastroenterol*, 46(3), 183-189. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032009000300008>.
- ⁸Head, K. N. D., Jurenka, J. M. T. (2004) Inflammatory bowel disease part II: Crohn's Disease pathophysiology and conventional and alternative treatment option. *Alt Med Rev*, 9(4), 360-401. PMID: 15656711.
- ⁹Cabre, E., & Domenech, E. (2012). Impact of environmental and dietary factors on the course of inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*. 18(29), 3814-3822.doi: 10.3748/wjg.v18.i29.3814.
- ¹⁰Manual Merck de informação médica: saúde para a família. (2002). São Paulo: Manole, 873-874.
- ¹¹Remor, E. A. (1999). Psicologia da saúde: Apresentação, origem e perspectivas. *Revista Psico de Porto Alegre*, 30(1), 205-217.
- ¹²Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência: Uma revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, 27(58), 253-260. ISSN 1980-5942.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS^{II}

¹³Grotberg, E. (1995). A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. *Early Childhood Development: Practice and Reflections*, v. 8. The Hague-NO: Bernard Van Leer Foundation. ISSN 1382-4813.

¹⁴Dür, M., Sadloňová M., Haider S. et al. (2014). Health determining concepts important to people with Crohn's disease and their coverage by patient-reported outcomes of health and wellbeing. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8(1), 45-55. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2012.12.014>.

¹⁵Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer.

¹⁶Iglesias-Rey M., Barreiro-de Acosta M., Caamaño-Isorna F., Rodríguez I. V., González A. L., et al. (2013) How do psychological variables influence coping strategies in inflammatory bowel disease? *Journal of Crohns Colitis*, 7(6), e219–26. [10.1016/j.crohns.2012.09.017](https://doi.org/10.1016/j.crohns.2012.09.017).

¹⁷Pereira, T. B., & Branco, V. L. R. (2016). As Estratégias de Coping na Promoção à Saúde Mental de Pacientes Oncológicos: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(1), 24-31. <http://dx.doi.org/10.20435/2177093X2016104>.

¹⁸Gonçalves, L. O., Ferreira, C. B., Zanini, D. S., Vasconcelos, C. L. B., & Gonçalves, S. S. S. (2015). Coping em pacientes crônicos, cuidadores e profissionais de saúde. *Revista da SPAGESP*, 16(1), 107-121. ISSN 1677-2970.

¹⁹Biagi, T. D., Sebastiani R.W. A atuação do Psicólogo Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva: Adultos. Alapza: Asociación Latinamericana de la Psicología de la Salud: **Boletín Latino Americano de Psicología de La Salud**. Disponível em: <http://www.alapsa.org/boletin/index.htm>.

²⁰Costa, R. T., Antunes, C. M. (2008) O gerenciamento do cuidado multidisciplinar no acompanhamento de pacientes portadores de doenças crônicas. *Revista brasileira de medicina de família e comunidade*, 4(13), 13-17. [https://doi.org/10.5712/rbmfc4\(13\)210](https://doi.org/10.5712/rbmfc4(13)210).

²¹Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013) **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. ISBN 978-85-334-2018-2.

²²Hwang, J. H., & Yu, C. S. (2018). Depression and resilience in ulcerative colitis and Crohn's disease patients with ostomy. *International Wound Journal*. 16(1), 62-70. <https://doi.org/10.1111/iwj.13076>.

*Como a psicologia clínica contribui para o tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Secad Artmed*. <https://secad.artmed.com.br/blog/psicologia/psicologia-clinica-doencas-cronicas/>. Acesso em 02 nov. 2021.