

ARTIGOS**Intervenção Cognitivo-Comportamental em Paciente com Constipação Intestinal: Relato de Caso*****Cognitive-Behavioral Intervention in Patient with Bowel Constipation: Case report**

Graziela Sousa Nogueira ¹; Carla Rodrigues Zanin ²; João Gomes Netinho ³

1- Psicóloga, Especialista em Psicologia da Saúde, Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental, Aprimoramento em Psicologia da Saúde pelo Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP.

2- Psicóloga, Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental, Supervisora do Curso de Aprimoramento em Psicologia da Saúde do Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP.

3-João Gomes Netinho – Médico, Doutor em Cirurgia pela Universidade Estadual de Campinas, SP, Chefe da Disciplina de Coloproctologia da FAMERP e Hospital de Base / FUNFARME de São José do Rio Preto-SP.

Autora correspondente: Carla Zanin, Rua Augusto Nasser Dalul, 2846, Bairro Jardim Marilu, Mirassol, SP, CEP 15130-000. E-mail: crzanin@famerp.br e crzanin@uol.com.br Fone: (17) 97741655 / Fax: (17) 32015704

Apoio financeiro – Graziela Souza Nogueira era bolsista FUNDAP durante a realização deste estudo.

* Trabalho de conclusão do curso de Aprimoramento em Psicologia da Saúde do Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP.

RESUMO

A constipação intestinal pode estar associada a padrões comportamentais e alterações emocionais, enfatizando a importância da intervenção psicológica. Este estudo teve como objetivo relatar o caso de uma paciente de 29 anos com constipação intestinal, atendida com terapia cognitivo-comportamental (TCC) por psicóloga que integra equipe interdisciplinar de coloproctologia. Foram realizadas 28 sessões individuais de TCC. Foram utilizados registros e relatos da paciente, Inventário Beck de Depressão (BDI), Inventário Beck de Ansiedade (BAI), Inventário de Sintomas de Stress (ISSL) e Questionário de Qualidade de Vida (SF-36). Os resultados indicaram redução de sintomas físicos e psicológicos, melhora da qualidade de vida e no funcionamento biopsicossocial. Pesquisas na área devem contribuir para subsidiar programas de intervenção e prevenção mais efetivos

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental; constipação intestinal funcional; depressão; ansiedade; qualidade de vida.

ABSTRACT

Bowel Constipation is a symptom that can be associated to behavioral and emotional problems, emphasizing the importance of psychological intervention. The objective of this study is to demonstrate the impact of cognitive-behavioral therapy (CBT) in a twenty nine year-old female patient in treatment for intestinal functional constipation. CBT was carried in twenty eight individual sections, using strategies and cognitive-behavioral techniques. The impact of intervention was assessed through the Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Lipp's Stress Symptoms Inventory (ISSL), Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). The outcomes show a positive impact of CBT in the reduction of physiological and psychological symptoms. It also showed an improvement in quality of life and biopsychosocial functioning. Research in this area might contribute to improve effective intervention and prevention programs.

Key-words: cognitive-behavioral therapy; functional bowel constipation; depression; anxiety; quality of life.

INTRODUÇÃO

Constipação intestinal é um sintoma comum, considerado queixa freqüente nos consultórios médicos. Apesar dos avanços na compreensão da fisiologia, a constipação intestinal ainda representa problema clínico de difícil solução (Netinho, Ayrizono, Coy, Fagundes, Góes, 2005).

Este sintoma ocorre em cerca de 2 % da população ocidental, com vários fatores associados: idade, gênero, nível socioeconômico, escolaridade e estilo de vida (Magalhães, 2006; Mincis, 2007; Wang, Luo, Qi, Dong, 2003). No Brasil, publicações acerca da prevalência da constipação intestinal em adultos são escassas (Kingma, Alves-Filho, Silva, Santos *apud* Magalhães, 2006).

Alguns autores classificam a constipação, de acordo com sua evolução, em aguda ou crônica. A primeira deve-se a mudanças no hábito alimentar, uso de drogas, redução da atividade física, presença de estado mórbido ou mesmo viagens (Melo, Torres, Guimarães, Figueiredo & Penna, 2003). A forma crônica é dividida em funcional e orgânica. Na primeira o trânsito intestinal é normal e o problema está associado a fatores etiológicos como problemas culturais, alimentares e a sistemática regulação do exercício da função defecatória, determinada pela educação e aprendizagem (Santos- Júnior, 2005). A orgânica pode ser secundária a anormalidades estruturais do trato gastrointestinal, a doenças extra-intestinais, ou ao uso de medicamentos. Em ambas, fatores emocionais e sedentarismo também podem estar envolvidos (Melo et al., 2003).

A constipação intestinal funcional, que é o foco deste estudo, representa mais de 65% dos casos em todas as faixas etárias. Algumas queixas comuns entre estes pacientes incluem distensão abdominal e, como conseqüência, dor contínua ou em pontadas, cólica, complacência retal aumentada (capacidade do reto de se

distender), sensação diminuída do conteúdo retal e alterações emocionais (Santos-Júnior, 2005).

Fatores de risco associados à constipação intestinal funcional incluem dificuldade para evacuar fora de casa e história familiar de constipação, associados a estilo de vida e hábitos alimentares inadequados (Cota & Miranda, 2006). Já Wannmacher (2005) cita como fatores de risco para a constipação: história de abuso sexual, inatividade física, educação limitada, baixo nível socioeconômico e sintomas de depressão. Os fatores de proteção estão associados ao nível de informação quanto à importância da ingestão de uma rica dieta em fibras e da prática regular de atividade física (Magalhães, 2006).

Nos últimos anos, estudiosos têm observado uma associação entre componentes emocionais e a constipação intestinal, como presença de estresse, anorexia, depressão, ansiedade e hipocondria. Além disso, muitos destes pacientes foram vítimas de abuso sexual prolongado durante a infância, fato que ocorre com maior frequência no sexo feminino (Coremas, 1996; Devroede et al., 2006; Freitas & Mincis, 2002; Lima, Coelho & Khouri, 2000).

A abordagem psicológica em pacientes constipados apresenta resultados positivos, ocasionando melhora dos sintomas, independente de tratamento orgânico. Enfatiza-se que a abordagem dualista (física e mental) é superior à abordagem orgânica clássica para redução de sintomas abdominais, como dor e disfunção intestinal. Os resultados funcionais podem ser medidos, de tal modo que o sucesso do tratamento pode ser avaliado objetivamente, auxiliando na modificação do comportamento mal-adaptado (Sleisenger et al., 1991).

Alguns autores afirmam que intervenções psicológicas em pacientes com constipação intestinal auxiliam na redução da ansiedade, com relaxamento da musculatura pélvica. Além disso, afirmam que o tratamento psicológico pode

contribuir para a modificação de conceitos disfuncionais a respeito dos hábitos intestinais e da imagem corporal (Freitas & Mincis, 2002).

É comum que pacientes com constipação intestinal apresentem pensamentos disfuncionais associados à evacuação, além de ansiedade antecipatória. Sendo assim, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pode auxiliar no desenvolvimento de repertório cognitivo mais adequado e proporcionar redução da ansiedade e de outros sintomas psicológicos.

A literatura sobre a utilização da TCC no tratamento de pacientes com constipação intestinal funcional é escassa, tornando relevante estudos e publicações na área. Este trabalho teve como objetivo avaliar o impacto da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento da constipação intestinal funcional.

Paciente: sexo feminino, 29 anos, ensino médio completo, união conjugal estável, auxiliar de enfermagem, encaminhada para avaliação e acompanhamento psicológico durante atendimento no ambulatório de Coloproctologia de um Hospital Escola do interior de São Paulo.

Queixa principal: constipação intestinal funcional, dores abdominais, desconforto durante e após as evacuações, necessidade de métodos especiais para as evacuações (enteroclisma-lavagens intestinais, manobras digitais) e sintomas de ansiedade em diversas situações do dia-a-dia (trabalho, relações com o companheiro e filho), inclusive relacionados à constipação.

História de vida e familiar: Morou na zona rural com os avós, pais e irmão durante a infância. Relatou "infância feliz" até o primeiro episódio de depressão da mãe, que começou a beber socialmente "para esquecer os problemas" tornando-se alcoolista. O funcionamento familiar sofreu então importantes prejuízos, com inúmeras brigas. A mãe faleceu aos 35 anos em decorrência do uso crônico do álcool, quando a paciente tinha 13 anos.

As alterações nos hábitos intestinais começaram aos 17 anos, durante sua primeira gestação, quando foi morar com o namorado e sua família na cidade. Foi um período marcado por dificuldades emocionais em decorrência desta mudança e infidelidade do companheiro, motivo que causou o fim do relacionamento. Permaneceu morando na casa do ex-companheiro e sua família até o filho completar dois anos e voltou a morar com seu pai, que se mudou para a cidade. Nesta época fez curso técnico de enfermagem e conseguiu um emprego em um posto de saúde na sua cidade, após ter sido aprovada em concurso público.

Atualmente mora com o filho, um companheiro e o pai. Afirma ser feliz e se considerar uma "pessoa normal".

Para alívio da constipação sempre recorreu a chás caseiros e laxantes, sem acompanhamento médico. Passou a fazer uso de medicação em intervalos cada vez menores, aumentando gradativamente a dosagem, motivo este que levou-a a procurar o ambulatório de Coloproctologia, após ter ingerido 12 comprimidos de laxante e não ter conseguido evacuar. Foi encaminhada para avaliação e acompanhamento psicológico individual.

Avaliação pré, durante e após intervenção: dados obtidos por meio de entrevista; Inventários Beck de Depressão (BDI) e de Ansiedade (BAI) (Cunha, 2001); Inventário de Qualidade de Vida SF-36 (Ciconelli, 1999); Inventário de Sintomas de Stress da Lipp (ISSL) (Lipp, 2000).

Intervenção: foram utilizados na intervenção orientação psicoeducacional, relaxamento progressivo com respiração diafragmática e visualização, dessensibilização sistemática, treino em solução de problemas, treino em assertividade, reestruturação cognitiva, modelagem, modelação e treino em auto-instrução (Tabela 1). Foram realizadas 28 sessões com duração de 30 minutos cada, inicialmente com sessões semanais e durante o *follow-up*, quinzenais e mensais.

Tabela 1. Estrutura das sessões de TCC: atendimento a paciente com constipação intestinal crônica em ambulatório de coloproctologia

| Sessões | Procedimentos |
|---------------------------------|---|
| 1ª a 3ª Avaliação Inicial | Entrevistas: obtenção de dados, estabelecimento de vínculo, explicações sobre a TCC, plano e motivação para o tratamento Instrumentos: BDI, BAI, ISSL e SF-36 |
| 4ª a 6ª Intervenção | -Psicoeducação: informações e orientações relacionadas ao sintoma e necessidade de mudanças no estilo de vida (aumento da ingestão de água, alimentação adequada e atividade física). -Discussão acerca da importância do treino de relaxamento. -Treino de relaxamento progressivo com enfoque maior na região pélvica. -Treino de respiração diafragmática. -Modelação (para o aprendizado de comportamentos mais adequados como evacuar sem dor) e modelagem (para o desenvolvimento de repertório de enfrentamento como buscar pessoas significativas e que conseguem evacuar sem dor utilizando estratégias específicas). -Tarefas: treino de relaxamento e respiração. |
| 7ª a 9ª Sessão Intervenção | -Reavaliação (BDI, BAI, ISSL e SF-36) Psicoeducação. -Treino de relaxamento progressivo com enfoque na região pélvica. -Reforço da adesão acerca das modificações no estilo de vida. -Reestruturação cognitiva dos pensamentos disfuncionais identificados associados à evacuação (medo de sentir dor no momento da evacuação). -Dessensibilização sistemática e auto-instrução: minimizar a ansiedade antecipatória associada ao evacuar e desenvolver pensamentos mais adequados em relação à situação aversiva. -Visualização: evacuação sem desconforto para reduzir ansiedade. -Tarefas: Registro de pensamentos disfuncionais; treino de relaxamento e respiração; visualização. |
| 10ª a 11ª Intervenção | - <i>Feedback</i> positivo da terapeuta. -Relato de recaída da paciente acerca da não adesão das orientações e técnicas fornecidas durante a semana. - <i>Feedback</i> negativo da paciente acerca da não adesão durante a semana que passou (percepção de piora quando não segue as orientações). -Reforço acerca do impacto positivo do tratamento por parte da terapeuta. -Revisão das técnicas. -Tarefas: Registro de pensamentos disfuncionais; treino de relaxamento e respiração; visualização; reflexão acerca das consequências da não adesão. |
| | |

| | |
|------------------------------------|---|
| 12ª a 13ª Intervenção | <ul style="list-style-type: none"> -Discussão do registro de pensamentos. -Identificação de resultados positivos por meio das técnicas aprendidas. -<i>Feedback</i> positivo da paciente em relação ao tratamento. -Tarefas: manutenção das técnicas. |
| 14ª a 16ª Intervenção | <ul style="list-style-type: none"> -Retomou o tratamento após aproximadamente dois meses em função de uma gravidez interrompida inesperadamente (aborto). -Apoio psicológico em decorrência do aborto. -Revisão das técnicas. -Tarefas: Registro de pensamentos disfuncionais; treino de relaxamento e respiração; visualização; reflexão acerca das conseqüências da não adesão. |
| 17ª a 18ª Intervenção | <ul style="list-style-type: none"> -Verificação das queixas relacionadas à constipação e sintomas de ansiedade. -Instrumentos psicológicos: avaliação. -<i>Feedback</i> positivo da terapeuta acerca da ausência e/ou redução das queixas e sintomas iniciais apresentados. |
| 18ª a 27ª Sessão Intervenção | <ul style="list-style-type: none"> -<i>Follow-up</i> mensal. -Checagem de repertório cognitivo e comportamental. -Revisão das técnicas e estratégias cognitivo-comportamentais. -Treino em assertividade e solução de problemas (pelas dificuldades no relacionamento conjugal trazidas neste momento). |
| 28ª Sessão Avaliação | <ul style="list-style-type: none"> -Verificação das queixas relacionadas à constipação e sintomas de ansiedade. -<i>Feedback</i> positivo da terapeuta devido a manutenção da melhora. |

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma melhor compreensão, os resultados serão divididos didaticamente em etapas conforme se apresentam: Avaliação Inicial; Intervenção; Avaliação Final e *Follow up*.

Avaliação Inicial

Os resultados do BDI, BAI e SF-36 estão apresentados na Tabela 2. Não foram identificados sintomas de estresse na avaliação inicial (ISSL). Em decorrência da constipação intestinal, a paciente apresentava dores abdominais, excesso de gases, desconforto durante e após as evacuações (com uso de laxantes e enteroclistmas). A ansiedade estava presente em situações cotidianas e associadas

à constipação. Estes dados são compatíveis com a literatura em relação ao índice elevado de ansiedade em mulheres constipadas (Devroede et al., 2006) e prejuízos na qualidade de vida (Wald et al., 2007).

O Diagrama de Conceitualização Cognitiva (Figura 1) apresenta dados cognitivos e afetivos da paciente.

Intervenção

Os resultados do BDI, BAI e SF-36 apresentados na Tabela 1 indicam redução dos sintomas de depressão e ansiedade e aumentos nos escores de qualidade de vida. O diagrama (Figura 1) mostrou que evacuar era aversivo em função do medo de sentir dor, além do desconforto que os procedimentos associados ocasionavam (ex. enterocлизма), sendo estes dados compatíveis com estudos realizados por Moraes e Maffei (2000).

A constipação intestinal surgiu durante a gestação. Fatores como diminuição da atividade física, mudanças dietéticas e concentração hormonal, além do uso de medicamentos constipantes como o ferro, presentes na gestação, têm sido associados ao desenvolvimento da constipação intestinal neste período (Lima, Coelho & Khouri, 2000; Mincis, 2007).

Outros fatores, como conflitos vivenciados durante a gestação, e as alterações no estilo de vida impostas pela mudança de residência, podem ter exercido influência no desenvolvimento do quadro. Santos-Júnior (2003) ressalta que eventos estressores podem colaborar para o surgimento e manutenção da constipação intestinal.

A paciente afirmou não conseguir identificar o desejo de evacuar. Essa "desatenção" pode ser um dos fatores etiológicos frequentes da constipação, associado a situações de "impedimento" relacionadas ao comportamento psicossocial do indivíduo (rotina apressada, exigências sociais e condições precárias

de higiene) que muitas vezes impedem a evacuação quando o desejo é despertado (Vasconcellos, 1998).

A dor durante a evacuação, apresentada pela paciente e freqüente em mulheres constipadas (Devroede et al., 2006), contribuiu para o desenvolvimento de ansiedade antecipatória e pensamentos disfuncionais associados ao evento. As técnicas de relaxamento muscular progressivo, respiração diafragmática, dessensibilização sistemática e visualização, foram utilizadas para manejo da ansiedade e controle da dor. Já a reestruturação cognitiva e o treino em auto-instrução permitiram que os pensamentos disfuncionais fossem substituídos por outros mais adaptativos.

Foram identificados comportamentos de não adesão ao tratamento médico em determinados momentos, justificados por períodos de "estresse" ou pela rotina, que nem sempre permitia que as orientações fossem seguidas adequadamente. As conseqüências da não adesão, como piora dos sintomas físicos, levavam a paciente a retomar o tratamento. Como em outros problemas crônicos, a baixa adesão é freqüente em pacientes com constipação intestinal (Voordecekers, 2006).

Avaliação Final

Na avaliação final não foram identificados sintomas de ansiedade e depressão (Tabela 2). Houve melhora em todos os domínios da qualidade de vida, com destaque para o domínio aspecto físico e dor. Algumas verbalizações da paciente neste período permitem identificar sua avaliação sobre a melhora do problema: "*Sinto 100% de melhora nas dores e desconforto abdominal*"; "*Eu e o banheiro estamos nos tornando bons amigos*".

Houve relato acerca do impacto positivo das técnicas cognitivo-comportamentais na rotina da paciente. Esta observou que, após o início do tratamento psicológico, o tempo para fazer o enteroclima foi reduzido (de 40 minutos, em média, para 10 minutos). Além disso, o procedimento passou a ser

menos desconfortável e doloroso. Esta pode, conseqüentemente, retomar as atividades diárias sem fazer repouso ou apresentar dores durante o dia. A paciente relatou ainda sentir-se mais relaxada, identificava o desejo de evacuar e ir ao toalete não era mais aversivo como anteriormente.

Tabela 2. Escores do BDI, BAI, ISSL e SF-36 nas avaliações inicial, parcial e final de pacientes com constipação intestinal funcional atendida em TCC (28 sessões)

| <u>Instrumento</u> | <u>Avaliação Inicial</u> | <u>Avaliação Parcial</u> | <u>Avaliação Final</u> |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| <u>BDI</u> | 11- Leve | 5- Mínimo | 0- Ausência |
| <u>BAI</u> | 17-Leve | 1- Mínimo | 0- Ausência |
| <u>ISSL</u> | Ausência | Ausência | Ausência |
| SF-36 | | | |
| Capacidade Funcional | 50% | 85% | 95% |
| Aspecto Físico | 0% | 100% | 100% |
| Dor | 10% | 70% | 80% |
| Estado Geral de Saúde | 95% | 95% | 100% |
| Vitalidade | 70% | 75% | 95% |
| Aspectos Sociais | 50% | 100% | 100% |
| Aspecto Emocional | 100% | 100% | 100% |
| Saúde Mental | 88% | 84% | 100% |

BDI: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; ISSL: Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp; SF-36: Inventário de Qualidade de Vida

Foi referida também a sensação de bem-estar associado a uma melhora na qualidade do sono, maior facilidade para expelir e satisfação com os resultados do tratamento psicológico: *“Hoje me considero uma pessoa normal”*.

A TCC é considerada efetiva na redução de sintomas gastrointestinais (dor), sintomas de estresse e ansiedade. A combinação entre relaxamento muscular

progressivo e outras estratégias e técnicas cognitivo comportamentais parecem superiores a terapia medicamentosa convencional (Levy, 2006).

Follow Up

Neste período foram estabelecidos com a paciente, seis encontros quinzenais, três mensais e um após seis meses. Estes tiveram o propósito de verificar os sintomas de ansiedade, depressão e físicos, além da manutenção dos aspectos relacionados à qualidade de vida. Durante estas sessões foram revisadas as técnicas e estratégias cognitivo-comportamentais que fizeram parte do programa de intervenção.

Houve manutenção dos *feedbacks* positivos acerca da melhora. Entretanto, apresentou um episódio de recaída justificada por eventos estressores externos (suposta infidelidade do parceiro e doença do filho). Recebeu suporte psicológico e utilizou algumas estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais já aprendidas, como reestruturação cognitiva, treino em solução de problemas e assertividade, com intuito de substituir pensamentos disfuncionais acerca da infidelidade do marido e desenvolver estratégias de enfrentamento mais adequadas em relação ao problema de saúde do filho e infidelidade do companheiro, caso confirmada.

Houve respostas positivas após esta recaída, identificadas no último encontro do *follow up*, realizado após seis meses. Neste a paciente afirmou ter dado continuidade aos procedimentos aprendidos, seguindo as orientações e fazendo uso das estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais ensinadas durante as intervenções. Relatou ter aprendido a conviver melhor com os sintomas da constipação, quando presentes, mas afirmou sobre o problema: "*Não faz mais parte da minha vida*".

Relatou também que não apresenta mais dores no momento de evacuar e que, ao fazer o enteroclisma, quando necessário, consegue evacuar imediatamente sem desconforto. Referiu ganho de peso e concluiu sobre o impacto positivo do

tratamento psicológico: *"Tudo mudou na minha vida, me voltou a vontade de viver"*.

Houve manutenção dos resultados obtidos com os instrumentos na avaliação final, ou seja, qualidade de vida satisfatória, ausência de depressão, ansiedade e estresse.

CONCLUSÃO

Durante o tratamento médico não foram identificados problemas orgânicos que justificassem a constipação intestinal da paciente. Foi feito um diagnóstico de constipação intestinal funcional, com expectativas, por parte do médico, que componentes emocionais poderiam estar contribuindo de maneira significativa para o quadro.

As queixas da paciente em sua maioria eram físicas, decorrentes da constipação, e em relação ao aspecto emocional apresentava sintomas de ansiedade e depressão.

A psicoterapia auxiliou a paciente a identificar o desejo de evacuar, desmistificou o medo da dor e reduziu a associação do toalete como algo tão aversivo. Houve melhora de sintomas físicos (dor, distensão abdominal e excesso de gases), redução do desconforto e tempo gasto para fazer o enterocisma e redução de sintomas de ansiedade e depressão. Assim, pode-se observar que a paciente desenvolveu novo repertório cognitivo e comportamental, relacionado aos pensamentos e atitudes disfuncionais em relação ao ato de evacuar.

Ressalta-se que o tratamento foi interdisciplinar. Houve participação do médico, psicóloga, nutricionista e fisioterapeuta, confirmando a importância destes profissionais como contribuintes para a melhora do quadro de constipação, que a literatura sugere ser o tratamento mais efetivo para esta população (Lima et al., 2000).

Este estudo indicou o impacto positivo da TCC no tratamento interdisciplinar de uma paciente com constipação intestinal funcional. Pesquisas na área, com um número maior de pacientes, são necessárias para compreender melhor o impacto dos diferentes componentes de uma intervenção interdisciplinar, que inclui a TCC, sobre a constipação intestinal funcional.

REFERÊNCIAS

- Ciconelli, R.M., Ferraz, M.B., Santos, W., Meinão, I., Quaresma, M.R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36. *Revista Brasileira Reumatologia*, 39 (3), 143-50.
- Cota, R.P. & Miranda, L.S. (2006). Associação entre constipação intestinal e estilo de vida em estudantes universitários. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 21 (4), 296-301.
- Coremans, G.E. (1996). Constipação intestinal. In J.C.U. Coelho (Org.). *Aparelho Digestivo- Clínica e Cirurgia* (pp.651-661). Rio de Janeiro: Medsi.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck: BDI, BAI, BHS E BSI*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Devroede, G., Girard, G., Bouchoucha, M., Roy, T., Black, R., Camerlain, M. et al. (2006). Idiopathic constipation by colonic dysfunction. Relationship with personality and anxiety. *Gastroenterology*, 131(2), 688.
- Freitas, J.A., & Mincis, M. (2002). Constipação intestinal. In M. Mincis (Org.). *Gastroenterologia & Hepatologia: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Levy, R.L., Olden, K.W., Naliboff, B.D., Laurence, A.B., Francisconi, C., Drossman, D.A. et al. (2006). Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 130 (5), 1447-58.

Lima, M.J.R., Coelho, A.K., Khouri, R.M. (2000). Tratamento da constipação intestinal. In G.M.G. Cruz (Org.). *Coloproctologia Terapêutica* (pp. 1745-53). Rio de Janeiro: Revinter.

Lipp, M.N., (2000). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Magalhães, M.F. (2006). *Avaliação do tempo de trânsito colônico em portadores de constipação intestinal crônica: estudo comparativo de dois métodos, utilizando marcadores radiopacos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte.

Melo, M.C.B., Torres, M.R.F., Guimarães, E.V., Figueiredo, R.C.P., Penna, F.J. (2003). Constipação Intestinal. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 13 (2), 35-43.

Mincis, M. (2007). *Constipação Intestinal*. São Paulo: Lemos Editorial.

Morais, M.B. & Maffei, H.V. (2000). Constipação intestinal. *Jornal de Psiquiatria*, 76 (2), 147-56.

Santos Júnior, J.C.M. (2003). Laxantes e purgativos- o paciente e a constipação intestinal. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 23 (2), 130-134.

Santos Júnior, J.C.M. (2005). Constipação intestinal. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 25 (1), 79-93.

Sleisenger, H.M. & Fordtran, J.S. (1991). Doenças do intestino grosso associadas à constipação. In G. Devroede (Org.). *Doenças gastrointestinais- fisiopatologia, diagnóstico, tratamento* (pp. 289-304). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Netinho, J. G., Ayrizono, M. L. S., Coy, C. S. R., Fagundes, J. J., Góes, R. N. (2005). Amplitude e recuperação da velocidade do relaxamento induzida pelo reflexo inibitório

retoanal e sua importância na evacuação obstrutiva. *Arquivos de Gastroenterologia*, 42 (1), 19-23.

Vasconsellos, D. (1998). *Gastroenterologia Prática* (5ª ed.). São Paulo: Sarvier.

Voordeckers, A.B. (2006). *Tratamento convencional e associado ao biofeedback de crianças com dissinergia do assoalho pélvico*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte.

Wang, J., Luo, M.H., Qi, Q.H., Dong, Z.L. (2003). Prospective study of biofeedback retraining in patients with chronic idiopathic functional constipation. *World Journal gastroenterology*, 9 (9), 2109-13.

Wannmacher, L. (2005). Constipação intestinal crônica no adulto e na criança: quando não se precisa de medicamentos. *Uso Racional de Medicamentos: Temas Selecionados*, 3 (1), 1-6.

Wald, A., Scarpignato, C., Kamm, M.A., Mueller-Lissner, S., Helfrich, I., Schuijt, C. et al. (2007). The burden of constipation on quality of life: results of a multinational survey. *Neurogastroenterology and Motility*, 19 (1), 4-10.

Figura 1 . Diagrama de Conceitualização Cognitiva e Afetiva