

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Flávia D'Agosto Vidal de Lima

**OSCILAÇÃO DO HUMOR EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN:
INCIDÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

Juiz de Fora
2012

FLAVIA D'AGOSTO VIDAL DE LIMA

**OSCILAÇÃO DO HUMOR EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN:
INCIDÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde, área de concentração em Saúde Brasileira, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Júlio Maria Fonseca Chebli

Co-orientador: Prof. Dr. Mário Sérgio Ribeiro

Juiz de Fora

2012

Lima, Flávia D'Agosto Vidal de.

Oscilação do humor em pacientes com doença de Crohn : incidência e fatores associados / Flávia D'Agosto Vidal de Lima. – 2012.
39fls.

Dissertação (Mestrado em Saúde)–Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

1. Doença de Crohn. 2. Depressão. 3. Ansiedade. I. Título.

CDU 616.34-002

Flávia D`Agosto Vidal de Lima

**Oscilação do Humor em Pacientes com Doença de Crohn:
Incidência e Fatores Associados**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde, área de concentração em Saúde Brasileira, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde.

Aprovado em 29 de fevereiro de 2012.

Banca Examinadora

**Prof. Dr. Júlio Maria Fonseca Chebli – Departamento Clínica Médica
Universidade Federal de Juiz de Fora**

**Prof. Dr. Antenor Salzer Rodrigues – Departamento de Psicologia
Universidade Federal de Juiz de Fora**

**Prof^a. Dr^a. Tarsila Campanha da Rocha Ribeiro
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (Suprema)**

Em todo ser vivo, aquilo que designamos como partes constituintes forma um todo inseparável, que só pode ser estudado em conjunto, pois a parte não permite reconhecer o todo, nem o conjunto de ser reconhecido nas partes (GOETHE).

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer em especial ao meu coordenador Dr. Júlio Chebli pelo acolhimento desde o primeiro momento, pela paciência que lhe é peculiar, pela sua forma especial em transmitir seus conhecimentos e pelo cuidado com seus orientandos.

Ao meu querido pai, Vicente Rosauero, pelo exemplo de dedicação acadêmica e profissional, pelo exemplo de persistência diante dos seus desafios e escolhas e pelo incentivo para conseguir realizar este trabalho. Sem isto talvez fosse mais difícil!

A minha querida mãe, Helenice, com suas palavras sempre doces e carinhosas nos momentos mais difíceis e por sempre acreditar em mim.

Ao Alexandre, pelo seu carinho, pelo seu amor e sua compreensão diante de minhas escolhas.

As minhas adoráveis filhas, Isabella e Isadora que me ajudaram a encarar o estudo com humor e alegria. Amo vocês!

Ao professor Mário Sergio, pela colaboração e também dedicação.

A Leonardo Duque, por ter participado ativamente deste trabalho, com empenho e seriedade e também a Dolores e André pela ajuda.

A minha colega Renata, pela troca de idéias e discussões que tivemos no ambulatório, tão importantes para mim.

A professora Darcília, pela atenção e disponibilidade.

Ao professor Zanini da Faculdade de Economia e Administração pela contribuição com as análises estatísticas.

Aos pacientes e funcionários do HU que acreditaram e apoiaram este estudo.

RESUMO

A doença de Crohn (DC) é uma doença Inflamatória intestinal crônica até o presente momento incurável. Embora fatores psicológicos tenham sido inicialmente considerados participantes da etiologia da DC, esta hipótese foi descartada. Apesar de existirem evidências crescentes de que sintomas depressivos e ansiosos são muito frequentes em pacientes com DC, poucos dados a cerca da oscilação destes sintomas psicológicos durante o curso clínico da doença, particularmente em suas fases de remissão e recidiva estão disponíveis. Os objetivos deste estudo foram avaliar em pacientes portadores de DC a possível ocorrência de oscilação do humor (sintomas depressivos e/ou ansiosos), bem como os possíveis fatores associados à mesma. Neste estudo prospectivo longitudinal 50 pacientes (30 mulheres e 20 homens, com média de idade de 40,6 anos e variação de 18 a 65 anos) com diagnóstico estabelecido de DC foram avaliados durante o período de agosto de 2009 a dezembro de 2010. As principais características sócio demográficas e clínicas relacionados à DC foram registradas. Adotou-se a classificação de Viena para determinação do fenótipo da DC e, para a atividade clínica, o índice de atividade da DC. Os sintomas depressivos e ansiosos foram avaliados por instrumentos de auto avaliação do estado psicológico, o Inventário de Depressão de Beck (IBD) e a Sub-escala de Ansiedade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS-A). Os instrumentos foram aplicados na inclusão no estudo e, a seguir, em intervalos de quatro meses, durante 12 meses subsequentes. A maioria dos pacientes apresentava o fenótipo inflamatório da doença (86%), 18(36%) já haviam se submetido a algum procedimento cirúrgico para tratamento de complicações da DC, sendo que 41(82%) pacientes estavam em remissão clínica na inclusão. Quatorze (28%) pacientes apresentaram humor depressivo de base e 28 (56%) sintomas de ansiedade. Oscilação do humor ocorreu em 29 pacientes (58%); destes 14 (28%) evoluíram com sintomas depressivos e/ou ansiosos a partir do humor normal de base, enquanto 15 (30%) apresentaram normalização do humor depressivo e/ ou ansioso de base. Dos 29 (58%) pacientes com oscilação do humor, 19 (38%) não apresentaram mudança na atividade clínica da doença ($p=0,015$), enquanto 10 (20%) tiveram alteração na atividade da DC, sendo que 5 (10%) apresentaram reativação da doença previamente em remissão e 5 (10%) remissão da doença que inicialmente encontrava-se em atividade. Os pacientes do sexo feminino e aqueles que não se apresentavam história de cirurgia prévia devido a complicações da DC exibiram significativamente maior oscilação do humor ($p=0,04$ para ambos). Observou-se uma tendência dos participantes que consumiam álcool a apresentarem maior oscilação do humor ($p=0,06$), embora o número de pacientes com ingestão alcoólica ($n=3$) foi pequeno para a análise estatística robusta. Neste estudo verificou-se elevada incidência (58%) de oscilação do humor em pacientes com DC. Não houve correlação entre a oscilação do humor com a mudança de atividade clínica da doença ($p=0,15$). Conclui-se que os pacientes do sexo feminino e aqueles que não se submeteram a cirurgia prévia devido a complicações da DC apresentaram significativamente maior oscilação do humor. Avaliação psicológica periódica pode ser útil para detecção e possível abordagem da oscilação do humor em pacientes com DC.

Palavras Chaves: doença de Crohn, oscilação do humor, depressão e ansiedade.

ABSTRACT

Introduction: Crohn Disease (CD) is a chronic inflammatory bowel disease not curable until now. Although psychological issues have been initially considered participants in the etiology of CD this hypothesis was is currently discharged. There are rising evidence that depressive symptoms and anxiety are very frequently in these patients, but little data about humor oscillation and it influence in clinical course of the disease is available. **Objective:** Estimate the incidence of mood disorders in patients with CD and the possible issues associated with them. **Methodology:** This prospective longitudinal study evaluate 50 patients (60% female gender; mean age 40.6 yrs) with CD assisted by our institution in a 16 months period time. The clinic activity of the disease was measured by the Crohn's Activity Index and the mood disorders by Beck Depression Inventory and Hospital Anxiety Scale. The instruments used to assess psychological status were applied in the inclusion and then each four months. **Results:** The major phenotype of CD found was the inflammatory (86%), 36% had a past history of surgery due to CD complications, 82% had no active disease in the admission period. Humor oscillation (HO) was observed in 58% of patients; 28% had depressive and or anxiety symptoms and 30% had normalization of their baseline depressive or anxiety humor. In 38% of the patients with HO there was no change in disease activity 9p:0.015), while 20% had some degree of variation in clinical activity. Female gender and the absence of previous surgery related to CD were associated with HO (p:0.04). **Conclusion:** Female gender and the absence of previous surgery due to CD's complications were associated with HO. Periodically Female gender and previous surgery related to CD's complication are associated with HO. Periodically psychological evaluation can be worthy for detection and management of HO patients with CD.

Key-words: Crohn's disease, humor oscillation, mood disorder, depression, anxiety and psychology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

DC	- Doença de Chron
DII	- Doença Inflamatória Intestinal
HADS-A	- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
IADC	- Índice de Atividade da Doença de Crohn
IBD -	- Inventário de Depressão de Beck
RCUI	- Retocolite Ulcerativa
SA	- Síndrome Ansiosa
SD	- Síndrome Depressiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1.	Aspectos Epidemiológicos.....	13
1.2	Ansiedade e Depressão em Pacientes com Doença de Crohn	13
1.3	Justificativa	18
2	OBJETIVOS.....	20
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	21
3.1	População de Pacientes.....	21
3.2.	Avaliação das características relacionadas á Pacientes e a Doença de Crohn ..	21
3.2.1	Avaliação dos sintomas depressivos e ou ansiosos.....	22
3.3.	Análise Estatística.....	24
3.4	Considerações Éticas	24
4.	CONCLUSÕES	25
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
	ANEXOS.....	30
	ANEXO A - PROTOCOLO DE PESQUISA.....	31
	ANEXO B - TABELA ÍNDICE DE ATIVIDADE DA DOENÇA DE CROHN.....	32
	ANEXO C - ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO PARA HOSPITAL GERAL (HAD).....	33
	ANEXO D - BDI INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK.....	34
	ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	36
	ANEXO F – CARTA DE ACEITE DO ARTIGO SUBMETIDO.....	37

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal (DII) crônica imunomediada considerada incurável, até o presente momento. Descrita, inicialmente, por Gunzburg e Oppenheimer, em 1932, sua principal característica é a inflamação transmural de qualquer parte do trato gastrointestinal, apresentando períodos de remissão e recorrência durante o curso clínico da doença (Shivananda,1996). A etiologia da DC ainda é desconhecida. A doença, em muitas ocasiões, adquire evolução potencialmente grave, impondo morbidade e mesmo mortalidade à população acometida (Allan et al., 2001). Ela não poupa nenhum grupo socioeconômico e nenhuma nação e manifesta-se por surtos, dos quais alguns pacientes recuperam-se completamente ou evoluem cronicamente, com períodos de atividade e remissão variáveis. Os sintomas mais comuns são: dor abdominal, diarreia e perda de peso, embora manifestações extra intestinais — articulares, cutâneas, oculares, dentre outras — possam, ocasionalmente, dominar o quadro clínico (Bjelland; Dahl; Haug et al., 2002). Adicionalmente, a DC pode afetar os pacientes não apenas fisicamente, mas também limitar suas atividades sociais, profissionais, educacionais, além de ocasionar importante impacto emocional (Friedman,2004). Esses aspectos apresentam correlação com a utilização de medicamentos de elevado custo na DC, as possíveis cirurgias necessárias para tratar as complicações da doença, as várias internações e os cuidados multidisciplinares necessários durante o tratamento do paciente (Friedman,2004).

Para Zozaya (1985), nas enfermidades crônicas, devem-se levar em consideração a constituição biológica do paciente, sua característica genética, seu ambiente e, também, seus aspectos psicológicos; todos estes são fatores que influenciariam seu comportamento frente à doença que o acomete, bem como sua recuperação. Nos últimos anos, algumas publicações têm focalizado os distúrbios psicológicos que afetam os pacientes com DC, bem como suas possíveis interações (Mardini; Kip; Wilson, 2004; Wallus et al., 2006).

1.1 Aspectos epidemiológicos

A epidemiologia da DC é mais bem conhecida em países desenvolvidos. Assim, na Noruega e nos Estados Unidos da América do Norte, a incidência anual é similar, situando-se entre 6 a 7,1 por 100.000 habitantes, com uma taxa de prevalência de 30 a 40 pacientes por 100.000 pessoas. Na Ásia e na América do Sul, tanto sua incidência como prevalência são inferiores (Yang; Loftus; Sandborn, 2001).

Nas últimas décadas, diversos estudos epidemiológicos demonstram aumento considerável da incidência da DC na população adulta e pediátrica, em vários países. A DC pode surgir em qualquer idade, mas há maior incidência entre os 15 e 30 anos, ocorrendo um segundo pico entre 50 e 70 anos de idade (Shivananda et.al.,1996).

No Brasil, os primeiros estudos publicados sobre as doenças inflamatórias intestinais ocorreram em 1998 e demonstraram aumento do diagnóstico da DC, na segunda metade do século XX (Gaburri; Chebli; Castro et al.,1998). Esse mesmo aumento na ocorrência das DII foi confirmado por Souza e colaboradores (1999), principalmente em relação à DC.

Quanto à raça, a doença é mais comum em judeus (Acheson, 1960).

A influência genética na DC é complexa e poligênica. Uma das dificuldades é de que a vasta maioria dos filhos de pacientes com DC não desenvolve a doença; porém achados concordantes em estudos com gêmeos univitelinos são a melhor prova da influência de fatores genéticos (Corton; Gover-Rousseu et al.,1991).

1.2 Ansiedade e depressão em pacientes com Doença de Crohn

Historicamente, os sintomas psicológicos sempre despertaram interesse e muitas dúvidas no meio científico. Sigmund Freud propunha, já em 1893, que o sofrimento psíquico, acarretava alterações orgânicas, entre elas diarreia, constipação e dor corporal, e que o mesmo seria influenciado permanentemente pelos pensamentos conscientes ou inconscientes (Freud,S.; 1893). A teoria

psicanalítica passou a influenciar os estudos que se voltaram para a origem inconscientes das doenças da regressão e dos ganhos da doença (Filho, M. d. J., 1992).

Já na década de 30 ocorreu o desenvolvimento de terapias somáticas, e depois na década de 50 com as teorias influenciadas pelo behaviorismo, estimulou-se a elaboração de instrumentos e escalas para avaliação de novos tratamentos. Houve uma proliferação dos instrumentos, bem como critérios de diagnósticos, acarretando preocupações metodológicas quanto à confiabilidade e à validade (Calil & Pires, 1998).

Hoje, o que encontramos na literatura ao se falar de doenças crônicas é o tratamento multidisciplinar que valoriza o social, a interação e interconexão entre profissionais das várias áreas da saúde, (Filho, M. d. J., 1992), mas mesmo com o progresso técnico-científico os estudos sobre a relação dos aspectos psicológicos e suas influências nas doenças somáticas são limitados e a forma de lidar com tais questões pouco mudou, principalmente para os tratamentos das doenças crônicas (Franklin, J. E., 2007).

Os primeiros artigos que fazem referência aos aspectos psicológicos de pacientes com DII foram publicados em 1960 (Chatterjee; Belov, 1972 apud Walus et al., 2006). O interesse em pesquisar a possível relação dos aspectos psicológicos com as DII foi maior a partir de 1980 (North., 1991). Inicialmente, as DII foram consideradas doenças psicossomáticas. Mas com o avanço do conhecimento biomédico no campo das enfermidades crônicas privilegiou os aspectos genéticos, ambientais e moleculares na patogênese das DII e as contribuições dos fatores psicológicos no curso clínico da doença foram posteriormente negligenciados (Maudsley e Raption., 2005).

Atualmente, a compreensão da causalidade multifatorial das DII enfoca a possível modulação do processo da doença pelos aspectos emocionais, que podem agravar sintomas, provocar recidivas ou, ao contrário, influenciar positivamente a situação anterior (North, 1991). Neste novo contexto, os fatores ambientais, alimentares, imunológicos e infecciosos têm sido exaustivamente investigados como possíveis causas da DC. Uma das teorias mais aceitas é a imunológica, porém o que se observa é um forte indício do impacto das emoções sobre as doenças intestinais tanto na DC como na Recolite Ulcerativa (RCU) (Walus et al., 2006).

Por exemplo, Andrews, Barczak e Allan (2001), utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) constataram que a prevalência global de

ansiedade e/ou depressão na RCU e na DC foi de 34% a 33% respectivamente. Neste estudo com 162 pacientes (91 DC e 71 RCU), os autores observaram também que os sintomas de depressão e ansiedade eram mais comuns nos pacientes fisicamente mais enfermos com DC se comparado com aqueles que estavam fisicamente bem (50% versus 8%, respectivamente; $p < 0,01$).

Estudos consistentes de diferentes autores (Addolorado et al., 1997; Kurina et al., 2001; Levenstein 2000; Walus et AL., 2006) observaram que as taxas de sintomas depressivos e/ou ansiosos em pacientes com DII ocorrem mais comumente do que o esperado. Embora em pesquisas recentes tenha se evidenciado que fatores psicológicos estão associados a DII, pouco se sabe sobre a influência dos sintomas depressivos e ansiosos na etiologia e no curso clínico da DC (Walus et al., 2006).

North e colaboradores (1991) publicaram uma revisão na qual buscaram estudos que verificassem a possível associação entre fatores psicológicos e a DC e concluíram que problemas metodológicos — dentre os quais teorias psicogênicas e testes metodológicos inadequados, falta de critérios de inclusão mais firmes, amostras inapropriadas — impediram o estabelecimento de uma relação bem fundamentada entre tais fatores e a doença.

Um dos problemas mais comumente encontrados na avaliação dos sintomas depressivos e ansiosos é sua superposição (Andrade & Gorenstein, 1996), o que leva alguns pesquisadores a considerarem-nos como componentes de um processo de estresse psicológico geral (Prusoff e Kerman, 1974; Gotlib, 1984). Muitas vezes, é impossível caracterizar em um determinado paciente se alguns sintomas são “puramente” depressivos ou ansiosos (Nardi, 1998).

Desde a revisão de North em 1991, os trabalhos que buscam correlacionar fatores psicológicos com as DII vêm melhorando; todavia, relações inconsistentes entre fatores psicológicos e curso da doença continuam sendo observadas (Mauder et al., 2005).

Uma importante pesquisa, Walker, Ediger e colaboradores (2008), evidenciou tal relação e encontrou altas taxas de transtorno de pânico e depressão maior na DII. Nesta análise de Walker et al. (2008) confirmaram-se as altas taxas de depressão e ansiedade já observadas anteriormente (27% e 12,3%, respectivamente), porém observou-se que, na maioria dos participantes, estes distúrbios precederam o diagnóstico de DII, sendo que novos sintomas psicológicos coincidiram com a

recidiva da doença. Em um primeiro trabalho prospectivo, Mittermaier e colaboradores (2004) examinaram uma população predominante de pacientes com DC em remissão e a possível relação entre humor depressivo e ansioso com o curso clínico da doença. Neste estudo, o escore de depressão basal teve relação com o tempo de recorrência da doença e com o número de recidivas durante 18 meses do seguimento. A mediana de tempo, para recorrência nos pacientes com escore no BDI > 13, foi de 97 dias, e para pacientes com escores <13, foi de 362 dias ($p < 0,05$). Assim, fatores psicológicos presentes na avaliação inicial impactaram negativamente o curso clínico da doença, contribuindo para uma incidência maior de recaídas. Composto este cenário, Mardini e colegas (2004), em um trabalho também prospectivo realizado durante dois anos, com 18 pacientes portadores de DC, apresentaram altos escores no Inventário de Depressão de Beck (BDI) associados à atividade clínica da DC.

No estudo caso controle de Kurina et AL. (2005) demonstrou-se que nem a depressão e ou a ansiedade ocorreram antes da manifestação da DC e que ambas eram significativamente mais comuns depois dos sintomas iniciais desta afecção. Associações também eram mais intensas dentro de um ano após o diagnóstico inicial da doença. A explicação mais provável para este resultado foi que tais sintomas seriam uma reação psicológica à DII, causados pelos sintomas físicos da própria doença, pelo uso de corticoides ou pelo próprio tratamento para DII (Kurina et al., 2005). Ainda que os autores não tenham objetivado uma avaliação nosológica dos estados de humor, no estudo de Mittermaier et al. (2004) os instrumentos utilizados conseguem avaliar acuradamente sinais e sintomas que se manifestam conjuntamente (tristeza, conceito negativo de si mesmo, alterações do sono e do apetite, dentre outros) conferindo à pesquisa uma validade satisfatória, atingindo níveis adequados de acurácia na avaliação sintomatológica, conforme proposto por Kendal, Hollon e Beck (1987).

Em recente estudo de coorte transversal, realizado com 88 pacientes no Ambulatório de Gastroenterologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brandi e colaboradores (2008) constataram que síndromes ansiosa (SA) e depressiva (SD) foram significativamente mais frequentes em pacientes com DC do que no grupo controle (17% e 6,8% para SA e 14,8% e 5,7% para SD, respectivamente). Também os pacientes com DC e SD comórbida tiveram probabilidade significativamente mais elevada de apresentarem doença em atividade

na inclusão do estudo, quando comparados aos não depressivos (46,7% e 20,5%, respectivamente). A rigor, a associação entre sintomas depressivos e/ou ansiosos e doenças somáticas pode ser compreendida como bidirecional — seja no sentido da causalidade seja do efeito. Segundo Lenfant (2005), esta relação parece inquestionável :todavia a compreensão de seus mecanismos ainda seria rudimentar.

Vários são os motivos que motivam a realização de uma pesquisa com pacientes com DC. Dentre eles podemos enumerar: (a) uso constante de medicação; (b) gravidade frequente dos sintomas físicos; (c) suas intercorrências durante a vida; (d) o medo e a insegurança de uma possível vida futura; (e) e o motivo por que muitos pacientes associam os sintomas psicológicos ao curso clínico da doença, são fatores relevantes deste cenário.

Neste trabalho, a primeira idéia é examinar a possível ocorrência da oscilação de humor depressivo/ansioso no curso da DC, por um período de 12 meses; e a segunda idéia averiguar os possíveis fatores associados com a eventual ocorrência de correlação de oscilação do humor.

Embora as abordagens de tratamento médico e cirúrgico tenham significativamente possibilitado a melhora no controle da DC e na qualidade de vida dos pacientes afetados por esta moléstia, as dificuldades de natureza psicológica não deixam de aparecer, na prática clínica, tornando-se, muitas vezes, um problema real e de manejo complexo pelo médico assistente (Bellis,1998). Além disso, deve ser ressaltado que é bem conhecido que sintomas psicológicos podem simular, amplificar ou obscurecer a sintomatologia de natureza orgânica.

Uma pesquisa como esta poderá contribuir para a melhoria na abordagem do paciente com DC, particularmente na tentativa de se evitarem equívocos na conduta diagnóstica, no referenciamento adequado a especialistas, quando necessário, e no tratamento apropriado para cada caso. Não se trata de supervalorizar ou menosprezar o papel dos aspectos psicológicos na compreensão da doença, mas aceitar estes aspectos e lidar com eles de uma forma que contribua para o tratamento do paciente e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

1.3 Justificativa

Nos últimos anos muito se tem falado sobre a relação entre doença e os aspectos mentais. Embora exista interesse crescente no estudo da relação das DII com os aspectos psicológicos, nos anos recentes, houve pouca mudança e influência na evolução e na prática clínica (Katon, 1996; Walus, 2006). Há muitas controvérsias e poucos estudos prospectivos controlados sobre o possível papel que os aspectos psicológicos podem ter no desencadeamento e/ou no curso clínico da DII.

Observamos na literatura que as questões sobre mente e corpo são tão antigas quanto a própria humanidade e ainda continua sendo um assunto controvertido (Bellis, A.C, 1998). Na evolução da medicina sempre existiram tentativas de vários estudiosos no sentido de conhecer a real dimensão da prevalência e do impacto do sofrimento psíquico sobre o corpo (Franklin, J.E, 2007).

No entanto, apesar das inúmeras perspectivas de análise, com o intuito de melhor definir a possível relação entre fatores psicológicos e sintomatologia orgânica, tornaram-se necessários tanto o aperfeiçoamento como a continuidade dos estudos e pesquisa neste campo na DII.

O trato gastrointestinal é um dos locais mais comuns de sintomas somáticos psicogenicamente precipitados. Isto decorre de conexões com o sistema nervoso autônomo, de modo que impulsos simpáticos ou parassimpáticos podem imediatamente refletir em manifestações digestivas (Thompson, 2005). Também, sintomas de depressão podem ter influência direta sobre os distúrbios imunes associados à DC (Persoons, et al.; 2005). Inúmeros pacientes relacionam a perda de apetite, náuseas, diarreia a ocorrência de algum acontecimento que gere ansiedade, anterior ou posterior a ele (Maunder, 2005).

Há evidências crescentes de que o humor depressivo apresenta efeitos negativos no curso de várias doenças crônicas. Considerando estes fatos, a pergunta que surge é se o humor deprimido ou ansioso pode ser fator de risco na recorrência da DII (Mittermaier, 2004). Importante também determinar se o humor dos pacientes com DC é mais ou menos estável ou se o mesmo oscila de acordo com o período de avaliação. Determinar esta questão pode permitir adotar o rastreamento episódico do estado psicológico destes pacientes e, mesmo, a implementação de

terapias específicas direcionadas a um sintoma psicológico identificado. Esta atitude poderá contribuir para a melhora da qualidade de vida destes pacientes, visto que aspectos psicológicos negativos agem desfavoravelmente sobre a mesma. Também se poderia especular que a terapia específica visando melhorar o estado psicológico destes pacientes propiciaria uma melhor evolução clínica da própria DC.

Fica evidente a importância de se dar sequência aos estudos que vêm procurando relacionar de alguma forma fatores psicológicos com as DII. À medida que estes estudos avançam, tem se procurado evitar cometer os mesmos erros na busca de resultados mais consistentes. Apesar do crescente interesse, existem poucos estudos publicados em nosso meio sobre este tema. No Brasil, não existe, até o presente momento, nenhum estudo prospectivo longitudinal que permita avaliar a possível ocorrência da oscilação do humor em pacientes com DC, assim como os possíveis fatores associados a ela.

2 OBJETIVOS

Avaliar a possível ocorrência de oscilação do humor em pacientes com DC, assim como seus possíveis fatores associados.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 População de Pacientes

Neste estudo prospectivo longitudinal, 50 pacientes adultos (idades entre 18 a 65 anos) com diagnóstico estabelecido de DC e acompanhados regularmente no ambulatório de DII do Serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário da Universidade de Juiz de Fora, foram consecutivamente incluídos para avaliação psicológica do estado do humor durante o período de 12 meses.

O diagnóstico de DC foi estabelecido pela combinação de dados clínicos, endoscópicos, radiológicos e suplementados com a aparência histológica típica em biópsias de mucosas ou espécimes ressecção cirúrgica, quando disponíveis (Lanshner, 2005).

Foram excluídos os pacientes que apresentassem quaisquer das seguintes condições: (a) idade menor de 18 anos ou acima de 65 anos; (b) indicação de internação hospitalar ou de cirurgia imediata decorrente de complicação da DC, (c) doença fulminante; (d) presença de um estoma ou síndrome do intestino curto; (e) diagnóstico atual ou prévio evidente de psicose; (f) gravidez; e (g) mulheres em fase de amamentação. Também foram excluídos do estudo os pacientes que não retornassem a qualquer uma das consultas ambulatoriais por ocasião da reavaliação do estado psicológico.

3.2 Avaliação das características relacionadas à pacientes e a Doença de Crohn

Na inclusão ao estudo foram registrados em protocolo específico (Anexo), os dados sócio demográficos relevantes tais como gênero, idade, estado civil e nível educacional.

Adicionalmente, registrou-se as características clínicas relacionadas à DC e os seguintes antecedentes pessoais: (a) localização da DC; (b) duração da doença (em meses); (c) atividade clínica; (d) presença e localização de fístulas; (e) uso de medicações; (f) história atual de consumo de álcool e uso de tabaco; (g) história cirúrgica pregressa se decorrente de complicação da DC; (h) história familiar de DC;

e (i) historia familiar de depressão.

O fenótipo dos pacientes com DC foi descrito utilizando-se a classificação de Viena (Gasche; Scholmerich; et al., 2000). Para diferenciar entre doença em atividade e em remissão utilizou-se o Índice de Atividade da Doença de Crohn (IADC), por ter sido rigorosamente desenvolvido e validado, sendo considerado “doença em remissão” um escore menor que 150 pontos e em atividade um escore acima de 150 pontos (Best et al., 1976).

Na presença de fístulas, rotineiramente realizou-se a avaliação de sua drenagem, visando classificá-las como estando “aberta e ativamente drenando” ou “fechada”, conforme previamente sugerido (Present, et al., 1999). A avaliação da atividade da DC foi realizada por um médico não conhecedor do estado psicológico do paciente, na ocasião da aplicação dos questionários. Todos os dados foram anotados em fichas específicas (Anexo).

3.2.1 - Avaliação dos sintomas depressivos e/ou ansiosos

Todos os pacientes foram entrevistados pela mesma psicóloga e tiveram seus escores psicológicos registrados na inclusão ao estudo e, posteriormente, em intervalos de quatro meses, durante 12 meses subsequentes.

Ao término da consulta ambulatorial, eles responderam aos instrumentos de auto-avaliação do estado psicológico, o Inventário de Depressão Beck (IBD) e a Subescala de Ansiedade de sete Itens da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS-A), visando à identificação de sintomas depressivos ou ansiosos, respectivamente. A HADS já foi previamente utilizada em pacientes com doenças inflamatórias intestinais (Andrews; Barczak; Allan, 1987), tendo demonstrado boa confiabilidade e validade.

Precedendo o preenchimento dos questionários, o pesquisador forneceu explicações relacionadas aos mesmos para cada paciente, individualmente. Durante a leitura das escalas de auto-avaliação pelos pacientes, o pesquisador, eventualmente, pôde esclarecer dúvidas referentes ao entendimento das questões. Com os pacientes de baixa escolaridade, realizou-se a leitura dos questionários em voz alta pela psicóloga em questão, a qual anotava as respostas específicas dos

pacientes nos referidos instrumentos de pesquisa.

O BDI elaborado por Beck et al. (1961) é um dispositivo psicométrico de auto-avaliação de depressão amplamente utilizado em várias populações (Kendall et al.,1987; Gorenstein &Andrade,1996). Tal instrumento já foi traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países, incluindo o Brasil (Goresntein & Andrade,1996). A escala original comporta 21 itens que inclui sintomas e atitudes com intensidade que varia de zero a três . O BDI busca identificar a presença de indicadores do humor depressivo e engloba diferentes categorias de sintomas, tais como: humor (tristeza, perda de interesse, choro, oscilação do humor), vegetativos ou somáticos (perda de peso, perda do apetite, do sono e fadiga), cognitivos (culpa, desesperança, idéias suicidas), sociais (reclusão social, inibição) e motores (inibição, agitação) (Beck et al.,1961). É um instrumento amplamente usado na clínica e em pesquisas com pacientes psiquiátricos e na população em geral (Calil & Pires,1998), merecendo destaque pelo fundamento teórico que o embasa, além de valorizar a categoria dos sintomas cognitivos (Calil &Pires,1998).

De acordo com a validação Brasileira do BDI (Gorenstein; Andrade, 1996), foram considerados ,em nosso estudo, para humor depressivo aqueles escores acima de 20.Esse score, é proposto pelos autores para o uso termo depressão preferencialmente, em indivíduos com diagnóstico não psiquiátrico. A escolha do ponto de corte adequado é variável dependendo da natureza da amostra e dos objetivos do trabalho (Kendall; Beck,et al.;1987).

Desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983),a HADS é utilizada para identificar sintomas de ansiedade (emoções desagradáveis, sensação de perigo, desconforto corporal) e sintomas depressivos; os sintomas vegetativos são excluídos (por exemplo, tontura, cefaléia, insônia, fadiga). Aplicada em pacientes de hospitais clínicos não psiquiátricos, sendo, posteriormente utilizado em outros tipos de pacientes.

Trata-se de uma escala simples e de autorelato, com 14 questões de múltipla escolha, sendo composta de duas sub-escalas para ansiedade (HADS-A) e depressão (HADS-D),com pontuação global em cada subescada de zero a 21. Em duas revisões amplas da literatura, a HADS mostrou apresentar propriedades de rastreamento adequadas para dimensões separadas de ansiedade e depressão (Hermann,1997; Bjelland,et al.,2002).

Na validação da HADS-A , conforme verificado durante o estudo nacional,

(Botega; Bio, 1995), foram considerados portadores de sintomas ansiosos os paciente que apresentaram ponto de corte ≥ 8 na sub escala.

Serão considerados como tendo apresentado humor oscilante aqueles pacientes que apresentarem mudança em seu estado psicológico em, pelo menos, uma das ocasiões durante o período de seguimento clínico.

Fundamentalmente, em cada ocasião de reavaliação do estado psicológico, foi também avaliada a atividade clínica da DC para o estabelecimento de possível correlação entre as duas variáveis. Em particular, foi verificado se a oscilação do humor precede, sucede ou foi concomitante com a possível recorrência dos sintomas da DC (atividade clínica).

3.3 Análise Estatística

A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa SPSS 14.0. A possível relação entre dados sócio demográficos e clínicos com a oscilação do humor foram analisadas utilizando-se os testes t de *Student*, e do Qui-quadrado ou Mann-Whitney, quando apropriado. A verificação de possível correlação entre humor oscilante com atividade clínica da DC foi avaliada pelos testes T para amostra pareada (mesmos pacientes em momentos diferentes). O nível de significância estatística foi estabelecido no valor de $p < 0,05$.

3.4 Considerações Éticas

O protocolo deste estudo foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da UFJF (643.162.2005) e todos os participantes assinam o termo de consentimento pós-informação, sobre os objetivos e métodos deste estudo. Foi assegurado aos pacientes o direito de não participação, sem que isso alterasse seu tratamento no hospital.

4 CONCLUSÕES

1 - Neste estudo prospectivo longitudinal a maioria (58%) dos pacientes apresentou oscilação de humor durante o seguimento clínico.

2 - Houve uma predominância da oscilação do humor em pacientes do sexo feminino e naqueles que não foram submetidos a nenhum procedimento cirúrgico decorrente de complicações da DC.

3 - Não se observou associação entre a oscilação do humor com a mudança de atividade clínica da DC.

4 - Avaliação psicológica periódica pode ser útil para detecção e possível abordagem da oscilação do humor em pacientes com DC. É oportuno, a continuação de estudos que continuem fazendo articulações entre os aspectos psicológicos e físicos, a fim de se conhecer melhor o paciente e de se buscar melhores estratégias terapêuticas.

REFERÊNCIAS

ACHESON, E. D. The distribution of ulcerative colitis and regional enteritis in United States veterans particular reference to the Jewish religion. **Gut**, London, n. 1, p. 291-293, 1960.

ADDOLORATO,G.;CAPRISTO.E.;STEFANINI,G.F.Inflammatory bowel disease:a study of the association between anxiety and depression physical morbidity,and nutritional status. **Scand J.Gastroenterol**,n.32, p.1013-1021,1997.

ALLAN, RN. et al .Inflammatory Bowel Diseases. **Hoboken**, v. 29, p. 343-346, 2001.

ANDRADE,L.;GORENSTEIN,C. Aspectos Gerais das Escalas de Ansiedade.**Revista.Psiq.Clin.** n.25, p.85-96,1998.

ANDREWS, H.; BARCZAK, P.; ALLAN, RN. Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. **Gut**, London, n. 28, p. 1600-1604, 1987.

BECK,AT.; WARD,C.D.; MENDELSON,M.; MOCK, J.; ERBOWGH,J .An inventory of measuring depression. **Arch Gen.Psychiatry**.Jun, n.4, p.561-571,1961.

BELLIS, AC. A psicossomática na análise de um caso de Retocolite Ulcerativa. **Bol. Psiquiatria**, São Paulo, n .1, p. 17-22, 1998.

BEST, WR.; BECKTEL, JM.; SINGLETON, JW. et al. Development of a Crohn's disease activity index. National cooperative Crohn's Disease Study. **Gastroenterol**, Baltimore, v. 70, p. 439-444, 1976.

BJELLAND, L.; DAHL, A. A.; HAUG, T. T. et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale.Na Updated lite rapture review. **J Psychosom Res**, Oxford, v. 52, p. 69-77, 2002.

BRANDI,MT.; CHEBLI,JMF.; RIBEIRO,MS ,et al. Psychological distress in Brazilian Crohn's disease patients:Screeniing,prevalence,and risk factores. **Rev.Med.Sci Mont**,n.8,p101-108,2008.

BOTEGA, NJ.; BIO, MR. et al. Transtornos do Humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 29, n. 5, p. 355-63,1995.

CALIL,H.M.;PIRES,M.L.Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão.**Revista.Psiq**, Edição Especial, n.25(5), p.240-244,1998.

CORTOT, A.; GOWER-ROUSSEAU, C. et al: epidemiology and genetics of inflammatory bowel diseases. **Revista. Prat.** Paris, v. 41, n. 5, p. 393-6,1991.

FILHO,MdJ.Concepções Psicossomática:**Visão Atual** ,ed.9, Casa do Psicólogo, 2002.

FREUD, S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar (1893). Rio de Janeiro: **Editora Imago**, v. 2, p. 41-18,2004.

FRANKLIN,JE. Psychological Issues in Inflammatory Bowel disease and intestinal failure .**Am L. Gastroenterol.**n.102,p.56-59,2007.

FRIEDMAN, S. General principles of medical therapy of inflammatory bowel disease. **Gastroenterol Clin North Am.**, Philadelphia, v. 33, n. 2, p. 191-208, 2004.

GABURRI, P. D.; CHEBLI, J. M.; CASTRO, L. E. et al.Epidemiology,clinical features and clinical course of Crohn's disease: a study of de 60 cases. **Arq. Gastroenterol**, São Paulo, v. 35, p. 240-246, 1998.

GASCHE, C.; SCHOLMERICH, J. et al: A sample classification of Crohn's disease: report of the working party for the world Congresses of gastroenterology, Inflammatory Bowel Diseases, **Hoboken**, v. 6, n. 1, p. 8-15, 2000.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of The Beck Depression Inventory and the State _ Trait Anxiety inventory in Brazilian Subjects. **Braz J Med and Biol Res.**, Ribeirao Preto, v. 29, p. 453-457, 1996.

HERMAN,C.Internacional experiences with the hospital Anxiety and Depression scale.A rewiew of valictation data clinical result..Rev.J.n.42,p.417-41,1997.

KATON, W.;SULLIVAN, MD: The impact of major Depression on Chronic medical illness. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 18, p. 215-219, 1996.

KENDALL, PC.; HOLLON, DS.; BECK, AT. et al. Issues and Recommendations Regarging use of the Beck Depression inventory. **Cognitive Therapy and Research**, New York, n.11, p. 289-299, 1987.

KURINA, LM.; GOLDACRE, M J.; MEATS, D. et al. Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. **J Epidemiol Community Health.**, London, v. 55, p. 716-720, 2001.

LASHNER, B A. Clinical features, laboratory findings, and course of Crohn's disease. In: KIRSNER, JB. (Ed.) **Inflammatory Bowel Disease**. 5th. ed. Chicago, Illinois: W. B Saunders, 2005. p. 305-14.

LENFANT,C. Medical and psychiatric illness:different but concurent! *Metabolism clinical experimental*.n.54,p53-54,2005.

LEVENSTEIN,S.;PRANTERA,C.;VARVO.V.;et al..Stress and exacerbation in ulcerative colitis:A prospective study of patients enrolled in remission. **Am. J Gastroenterol**,May,n.95, p.1213-1220,2000.

LOFTUS, EV, SANDBORN, W J. Epidemiology of inflammatory bowel disease. **Gastroenterol Clin North Am.**, Philadelphia, v. 31, p. 1-20, 2002.

MARDINI, HE.; KIP, KE.; WILSON, JW .Crohn's disease: a two-year prospective study of the association between psychological distress and disease activity. **Dig Dis Sci**, New York, v. 49, p. 492-497, 2004.

MAUNDER, RG .Evidence That Stress Contributes to Inflammatory Bowel Disease: Evaluation, Synthesis, and Future Directions .*Clinical. Inflamm Bowel Dis*, Hoboken, v.11, p. 6001-608, 2005.

MAWDSLEY,JE.;RAMPTON,DS.Psychological stress in IBD:New insights into pathogenic and Therapeutic implications.**Gut**.Oct.n.54,p.1481-1491,2005.

MITTERMIER, C.; DEJACO, C.; WALDHOER, T. et al. Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease a prospective 18 month follow-up. **Psychosom Med.**, New York, v. 66: p. 79-84, 2004.

MOSER, G.; MAIER-DOBERSBERG, T.; VOLELSANG, H. et al. Inflammatory Bowel disease:Patient's beliefs about the etiology of their disease – a controlled study. **Psychosom Med.**, New York, v. 55, p. 131, 1993.

NORTH, CS.; ALPERS, MH.; HELZER, JE. et al. Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? A prospective study. **Ann Intern. Med.**, Philadelphia, v. 114, p. 381-386, 1991.

PERSOONS, P.; VERMEIRE, S. et al. The impact of major depressive disorder on the short-and long-term outcome of Crohn's disease treatment with infliximab. **Aliment Pharmacol Ther.**, Oxford, v. 22, p. 101-110, 2005.

PRESENT, D. H.; RUTGEERTS ,P.; TARGAN, S. et al. In Infliximab for the treatment of fistulas in patients with Crohn's disease. **N. Engl. J Med.**, Boston, v. 340, p. 1398-1405, 1999.

PRUSOFF, B.; KLERMAN, G. Differentiating depressed from Anxious Neurotic out patients. **Archives General Psychiatry**, Chicago, v. 30, p. 302-309, 1974.

SHIVANANDA, S.; LENNARD-JONES, J.; LOGAN, R. et al. Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: is there a difference between north and south? Results of the European Collaborative Study on Inflammatory Bowel disease (EC-IBD). **Gut.**, London, v. 39, p. 690-697, 1996.

SOUZA, MHL.P.; TRANCON, L.; RODRIGUES, CM. et al. Evolução da Ocorrência (1980-1999) da doença de Crohn e da Retocolite ulcerativa Idiopática e análise das suas características clínicas em um hospital Universitário do sudeste do Brasil. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 39:p. 98-105, 2002.

THOPSON-CHAGYAN.O.C.;MALDONADO,J.;GIL.A. A etiology of inflammatory bowel disease (IBD)role of intestinal microbiota and gut associated lymphoid tissue immune response. **Clin.Nutr.**n.24,p339-352,2005.

WALKER, JR; EDIGER, JP. et al. The Manitoba IBD Cohort Study: A Population-. **Am J. Gastroenterol**, New York, v. 103, p. 1989-1997, 2008.

WALUS, AM. et al. Controversies surrounding the comorbidity of depression and anxiety in inflammatory bowel disease patients: a literature review. **Inflamm Bowel Dis.**, Hoboken, v. 13, n. 2, p. 225-234, 2006.

YANG, SK.; LOFTUS, EV.; SANDBORN, W.J. Epidemiology of inflammatory bowel disease in Ásia . **Inflamm Bowel Dis.** , Hoboken, v. 7, p. 260-270, 2001.

ZIGMOND,AS.;SNAITH,RP.The hospital anxiety and depression scale.**Acta Psychiatric Scand.**n.67,p.361-370,1983.

ZOZAYA,JL.El medico y el paciente enel contexto de lo enfermidade crônica.Rev.**Centro Polician Valencia.**V.3,p.117-119,1985.

ANEXOS

ANEXO A – PROTOCOLO DE PESQUISA

Oscilação do Humor em Pacientes Portadores da Doença de Crohn.

1-Nome:-----

2-Idade:----- Sexo:_____ Raça:-----

Estado civil: solteiro:----- Casado:-----separado:-----divorciado-----

Nível de escolaridade:1º Grau() 2º Grau() Universitário ()

Empregado Fixo:() Desempregado: ()

TABAGISMO () SIM () NÃO ALCOOLISMO () SIM () NÃO

3-Tempo de DC------(meses)

DC – Fenótipo: Inflamatório----- Estenosante-----
 Penetrante----- Misto-----

História Familiar de DC: Sim() Não()

4-Tratamento atual:

5-Cirurgia prévia devido a DC: SIM() NÃO()

6-IADC:_____ou IARCUI : Remissão () Atividade Leve () Atividade moderada() Atividade Grave() (data: / /)

7-História familiar de depressão: () Sim () Não

8-Escore na Escala Beck de Depressão:-----

9-Escore Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD):-----

ANEXO C- ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO PARA HOSPITAL GERAL(HAD)

Nome: _____

Data: _____ RG Hospital: _____

Tempo até completar o questionário: _____(MINUTOS)

Escala de Ansiedade e Depressão – HAD

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você esta se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm maior valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A. Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Nunca

A. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
2 () Sim, mas não tão forte
1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
0 () Não sinto nada disso

A. Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Raramente

A. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
1 () Muitas vezes
2 () Poucas vezes
3 () Nunca

A. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
1 () De vez em quando
2 () Muitas vezes
3 () Quase sempre

A. Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
2 () Bastante
1 () Um pouco
0 () Não me sinto assim

A. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
2 () Várias vezes
1 () Poucas vezes
0 () Quase nunca

Score Total (A) : _____

ANEXO D – BDI – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK



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.
- 3** 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
- 4** 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
- 5** 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.
- 6** 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.
- 7** 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.

- 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.
- 10** 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.
- 11** 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.
- 12** 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.
- 13** 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.

Subtotal da Página 1 **CONTINUAÇÃO NO VERSO**

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

<p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Score Total.

ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Oscilação do Humor em Pacientes Portadores de Doença de Crohn

Nome do pesquisador: Flávia D'agosto Vidal de Lima
Telefones: 3218-6616 ou 9938-7896

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se não quiser participar ou se desistir a qualquer momento, isso não trará nenhum prejuízo a você. Caso não possa ler este termo alguém o fará para você.

Eu-----, residente na----- concordo de livre e espontânea vontade que serei voluntário no estudo sobre o **Oscilação do Humor em Pacientes Portadores de Doença de Crohn** que será realizado com o objetivo de avaliar a incidência e os fatores associados a distúrbios emocionais em pessoas acometidas pela Doença de Crohn. Esclareço que obtive todas as informações necessárias sobre os procedimentos do estudo e fui esclarecido(a) acerca de todas as dúvidas apresentadas.

Estou ciente de que:

- 1- Será feito um estudo a partir das consultas dos pacientes portadores de Doença de Crohn em acompanhamento no Hospital Universitário Federal de Juiz de Fora - Ambulatório de Doença inflamatória intestinal. Este procedimento será feito apenas para estudo e em nada influenciará no seu tratamento, não terá ônus nenhum e não causará nenhum problema a você.
- 2- Fui informado a cerca dos dois questionários os quais lerei e terei inteira liberdade de tirar eventuais dúvidas com o pesquisador, antes e durante a aplicação dos questionários.
- 3- Será realizado em cada paciente individualmente, uma entrevista com uma mesma Psicóloga (Pesquisadora) baseando-se em um questionário padronizado e já utilizado em outras situações para avaliar a presença de ansiedade e depressão.
- 4- Embora sua participação nesta pesquisa não envolva nenhum risco direto a sua saúde, você pode apresentar algum grau de desconforto psicológico ao ler e responder as questões. Ao detectarmos qualquer distúrbio psicológico durante o estudo você poderá beneficiar de um tratamento específico o qual lhe será proposto sem qualquer custo para você. Além disso, é possível que com o tratamento psicológico haja alguma melhora nos sintomas gástricos.
- 5- A sua desistência não causará nenhum prejuízo e não irá interferir no atendimento ou tratamento médico, podendo ser realizada a qualquer momento do estudo.
- 6- Se for detectado a presença de ansiedade ou depressão importantes, será proposto para você um encaminhamento para tratamento específico em uma Unidade de Saúde Pública, sem nenhum Ônus financeiro para você.
- 7- Embora não exista previsão de indenização financeira na eventualidade de qualquer dano decorrente do estudo, você terá todo o suporte médico da equipe do ambulatório em qualquer caso de necessidade, é de responsabilidade da pesquisadora e da instituição a suspensão do estudo e o oferecimento de assistência necessária em relação algum dano decorrente dos riscos previstos, tanto psicológico quanto a qualquer outro problema que porventura seja relacionado a pesquisa.
- 8- Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas deste que seu nome não seja mencionado. Após ler e analisar, estou de acordo com as informações acima fornecidas.
- 9- Todo o material coletado da pesquisa será armazenado em poder da pesquisadora por um período de 05 anos, quando ao término deste, todo este material será incinerado.
- 10- Em caso de dúvidas relacionadas às questões éticas da pesquisa, você poderá procurar o Comitê de Ética em pesquisa da UFJF,
- 11- Documento consta de 2 vias, uma será fornecida para você (paciente) e a outra arquivada com o pesquisador.

 Assinatura do Participante ou responsável, data e RG ou CPF

 Assinatura da pesquisadora Flávia Vidal

Assinatura do orientador DR. Julio Maria Fonseca Chebli RG ou CPF CRM:27435-MG

Prof. Julio Maria Fonseca Chebli
 Serviço de Gastroenterologia – Rua : Catulo Breviglieri, s/n – Juiz de Fora
 TEL fax (32) 3229-3013 – e-mail: Chebli@globo.com
 Comitê de Ética – Pró-Reitoria de Pesquisa
 Campus Universitário

Pesquisadora : Flávia D'agosto Vidal de Lima
 Tel. (32) 3218-6616 e-mail: Flaviavljf@yahoo.com.br

ANEXO F – CARTA DE ACEITE DO ARTIGO SUBMETIDO

Ms. Ref. No.: RAMB-D-12-00051R1

Title: **OSCILAÇÃO DO HUMOR EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN: INCIDÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

Revista da Associação Médica Brasileira

Dear Dr Julio M Fonseca Chebli,

I am pleased to inform you that your paper "OSCILAÇÃO DO HUMOR EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN: INCIDÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS" has been accepted for publication in Revista da Associação Médica Brasileira.

Below are comments from the editor and reviewers.

Thank you for submitting your work to Revista da Associação Médica Brasileira.

Yours sincerely,

Bruno Caramelli, Ph.D.

Editor-in-Chief

Revista da Associação Médica Brasileira