



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA FILIPA COIMBRA TRIGO

Impacto Psicossocial na Doença de Crohn

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE GASTROENTEROLOGIA

Trabalho realizado sob orientação de:

PROFESSOR DOUTOR NUNO MIGUEL PERES DE ALMEIDA

DOUTORA ELISA MAFALDA DA FONSECA GRAVITO SOARES

MARÇO/2018

Impacto Psicossocial na Doença de Crohn

Ana Trigo¹; Elisa Soares², MD; Nuno Almeida², MD, PhD

1. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.
anatrigo_347@hotmail.com
2. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal. Departamento de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal.

Tabela de Conteúdos

Lista de Tabelas.....	3
Lista de Figuras	3
Lista de Abreviaturas	4
Abstract	5
Resumo.....	6
1. Introdução.....	7
2. Material e Métodos.....	9
2.1. Desenho do estudo e dados clínicos e demográficos.....	9
2.2. <i>End-points</i> do estudo	9
2.3. Classificação da Doença de Crohn	10
2.4. Avaliação do estado psicológico	10
2.5. Avaliação da atividade clínica da Doença de Crohn	11
2.6. Avaliação da atividade endoscópica da Doença de Crohn	11
2.7. Análise estatística	12
3. Resultados	13
3.1. Características clínicas e demográficas	13
3.2. Estado psicológico da amostra	15
3.3. Atividade clínica e endoscópica da Doença de Crohn e o estado psicológico	16
3.4. Outros parâmetros da Doença de Crohn e o estado psicológico	18
4. Discussão.....	21
5. Conclusão	26
6. Agradecimentos.....	27

7. Referências Bibliográficas	28
Anexos.....	31
Anexo 1: parecer da comissão de ética.....	31
Anexo 2: consentimento informado	34
Anexo 3: questionário.....	35
Anexo 4: classificação de <i>Montreal</i>	38
Anexo 5: <i>Harvey-Bradshaw Index</i>	38
Anexo 6: <i>Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease</i>	39
Anexo 7: <i>score de Rutgeerts</i>	39

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características demográficas	13
Tabela 2 - Características clínicas	14
Tabela 3 - Relação entre os parâmetros clínicos e analíticos da DC e o estado psicológico do doente	19

Lista de Figuras

Figura 1 – Gráficos de dispersão entre a variável HBI e a HADS-TOTAL (A), a HADS-A (B) e a HADS-D (C)	16
Figura 2 – Gráfico da distribuição do <i>score</i> de HADS-TOTAL entre os diferentes grupos de <i>scores</i> de HBI	17
Figura 3 – Gráfico comparativo da dispersão entre o <i>score</i> de HADS-TOTAL e a Hb nos dois sexos	19

Lista de Abreviaturas

CD: *Crohn's Disease*

CDAI: *Crohn's Disease Activity Index*

CHUC: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CT: Corticoterapia

DC: Doença de Crohn

DII: Doença Inflamatória Intestinal

dx: diagnóstico

HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HADS-A: *Hospital Anxiety and Depression Scale* - subescala de Ansiedade

HADS-D: *Hospital Anxiety and Depression Scale* - subescala de Depressão

HADS-TOTAL: *Hospital Anxiety and Depression Scale* – score total

Hb: Hemoglobina

HBI: *Harvey-Bradshaw Index*

IIQ: Intervalo Interquartil

máx: máximo

min: mínimo

n: frequência absoluta

N: Número

PCR: Proteína C Reativa

SES-CD: *Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease*

SNA: Sistema Nervoso Autónomo

SNC: Sistema Nervoso Central

SNE: Sistema Nervoso Entérico

TGS: Trato Gastrointestinal Superior

UMA: Unidades Maço Ano

VS: Velocidade de Sedimentação

\tilde{x} : mediana

Abstract

Introduction: The impact of psychosocial factors in Crohn's Disease (CD) remains controversial. The aim of this study was to evaluate the role of depression and anxiety in the course of the disease.

Methods: A cross-sectional and transversal analysis was performed including 80 patients - 40 men and 40 women - followed at the Gastroenterology outpatient clinic of Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, who were enrolled between September/2017 and December/2017. The symptoms of depression and anxiety were evaluated using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the clinical activity of CD was defined according to the *Harvey-Bradshaw Index* (HBI), and the endoscopic activity of CD was evaluated through the Rutgeerts score and the Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease (SES-CD). Demographical and clinical data from the sample were also collected.

Results: The median age of the patients was 37 years old (30-50). CD had a median duration of 13 years (9-18) and 88.8% of the patients were in remission according to HBI. Additionally, 86.3% of the patients were under immunosuppressive therapy. In total, 46.3% of the patients had mild to severe anxious symptoms, and 15.1% had mild to severe depressive symptoms. Both anxiety and depression revealed a statistically significant correlation with HBI score ($p < 0.05$). The remaining clinical and analytical parameters did not present any evidence of association with HADS score.

Discussion and Conclusion: Psychosocial factors such as anxiety and depression have an impact in the clinical activity of CD and may therefore influence the progression of the disease. Routine evaluation of depressive and anxious symptoms by physicians specialized in the treatment of CD patients may have a contributive role in CD management.

Keywords: Psychology; Crohn Disease; Depression; Anxiety.

Resumo

Introdução: O papel que os fatores psicossociais têm na Doença de Crohn (DC) é controverso. O objetivo deste estudo foi analisar o impacto da ansiedade e da depressão no curso da doença.

Métodos: Realizámos um estudo de coorte, transversal, com 80 doentes - 40 homens e 40 mulheres - seguidos no Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, incluídos entre os meses de setembro e dezembro de 2017. Os sintomas de depressão e ansiedade foram avaliados pela *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), a atividade clínica da doença foi definida pelo *Harvey-Bradshaw Index* (HBI), e a atividade endoscópica foi definida pelo *score* de *Rutgeerts* e pelo *Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease* (SES-CD). Recolheram-se dados demográficos e clínicos da amostra.

Resultados: A mediana de idades dos doentes foi de 37 anos (30-50), sendo que a doença tinha uma mediana de duração de 13 anos (9-18) e 88,8% dos doentes encontravam-se em remissão segundo o HBI. Adicionalmente, 86,3% dos indivíduos estavam medicados com imunossuppressores. Do total da amostra, 46,3% apresentavam sintomas ansiosos ligeiros a graves, e 15,1% tinham sintomas depressivos ligeiros a graves. A ansiedade e a depressão apresentaram uma correlação estatisticamente significativa com o resultado do HBI ($p < 0,05$). Os restantes parâmetros clínicos e analíticos não mostraram qualquer evidência de associação com o resultado na escala HADS.

Discussão e Conclusão: Fatores psicossociais como a ansiedade e a depressão têm impacto na atividade clínica da DC podendo, por isso, influenciar a progressão da doença. A avaliação rotineira pelos médicos que tratam os doentes com DC dos sintomas de depressão e ansiedade, poderá apresentar um papel importante na abordagem da doença.

Palavras Chave: Impacto Psicossocial; Doença de Crohn; Depressão; Ansiedade.

1. Introdução

Inicialmente considerada uma doença psicossomática, a doença de Crohn (DC) apresenta-se como uma doença crónica, cuja incidência tem vindo a aumentar e a etiologia permanece desconhecida. (1,2) Pensa-se que a doença tenha uma origem multifatorial, com o ambiente, os genes e algumas especificidades imunológicas/microbiológicas a tomar parte no seu desenvolvimento. (3)

Apesar da sua etiologia ser desconhecida, sabe-se que o sistema imune da mucosa intestinal é essencial na sua patogenia, uma vez que, em indivíduos suscetíveis, a sua desregulação pode desencadear uma resposta imune exacerbada a bactérias entéricas, dando origem a um processo inflamatório. (4) Assim, e sabendo que o *stress* psicológico pode alterar perfis de citocinas e de outras hormonas essenciais na inflamação e na fisiopatologia da Doença Inflamatória Intestinal (DII), fica claro uma das formas pelas quais alterações do foro psicossocial se podem relacionar com a DC. (2)

Estes mecanismos são ainda melhor explicados através do eixo cérebro-intestino, uma via que permite uma comunicação bidirecional entre o Sistema Nervoso Central (SNC) e o Sistema Nervoso Entérico (SNE), podendo a informação gerar-se a qualquer um destes níveis. Este eixo veio demonstrar que o *stress* promove a ativação de vias nervosas descendentes do Sistema Nervoso Autónomo (SNA) e a libertação de hormonas, que têm posteriormente impacto ao nível intestinal. Por outro lado, a dor, ou até mesmo as alterações da microbiota intestinal, são também elas transmitidas, mas desta vez por vias ascendentes, ao SNC. (2,5)

No entanto, ainda que já se comece a estabelecer o modo como alterações psicossociais se associam a sintomas do foro gastrointestinal, o papel que estas desempenham no despoletar, no desenvolvimento ou no curso da DC permanece ainda por esclarecer. Perturbações deste foro aparentam permanecer definidas como uma consequência da doença, sendo os estudos

contraditórios quanto à possibilidade de existência de uma relação de causalidade ou de influência na mesma. Ainda assim, a grande maioria dos doentes parece continuar a associar o *stress* a recidivas da doença. (6)

Deste modo, conhecer a influência que o estado psicológico tem na DC poderá contribuir para uma ampliação do conhecimento sobre os aspetos relativos à doença e, adicionalmente, para uma renovada visão holística da mesma. À luz do modelo biopsicossocial, uma compreensão mais adequada desta inter-relação poderá contribuir para uma reversão de estados de ansiedade e depressão, bem como para uma maior eficácia e adesão à terapêutica, contribuindo, em última análise, para o ganho de qualidade de vida do doente. (7,8)

Tendo em conta que a depressão e ansiedade são mais comuns na população com DC do que na população em geral, e que a prevalência da DC em Portugal é de 73 em cada 100000 habitantes, com tendência a aumentar, este estudo propõe-se a procurar estabelecer uma relação entre o estado psicossocial do doente e a atividade e evolução da doença. (1,9,10)

2. Material e Métodos

2.1. Desenho do estudo e dados clínicos e demográficos

Foi desenvolvido um estudo de coorte, transversal, dos doentes com DC seguidos em consulta externa no Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), incluídos entre os meses de setembro e dezembro de 2017. Os critérios de exclusão aplicados incluíram a gravidez, a idade inferior a 18 anos, a existência de um défice cognitivo e a recusa no preenchimento do questionário.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do CHUC (**Anexo 1**). Foi feita uma entrevista presencial onde foi obtido um consentimento informado (**Anexo 2**) de cada participante no estudo, tendo-se posteriormente solicitado o preenchimento de um questionário elaborado para o efeito (**Anexo 3**) com as seguintes variáveis: sexo; idade; estado civil; tempo desde o diagnóstico de DC; medicação habitual; número de cirurgias intestinais ou relacionadas com complicações da doença; avaliação e quantificação dos hábitos tabágicos do doente; e, por último, a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

Foram ainda consultados registos médicos de onde se retiraram os seguintes parâmetros: tempo de seguimento; relação entre o número de internamentos e o tempo de seguimento; existência de patologia psiquiátrica diagnosticada; número de ciclos de corticoterapia; existência de manifestações extraintestinais e de doença perianal; parâmetros analíticos [hemoglobina (Hb), plaquetas, proteína C reativa (PCR), calprotectina fecal e velocidade de sedimentação (VS)]; *Harvey-Bradshaw Index* (HBI); classificação de *Montreal*; e os *scores* endoscópicos de *Rutgeerts* e de *Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease* (SES-CD).

2.2. End-points do estudo

O *end-point* primário do estudo foi avaliar o impacto da dimensão psicossocial na atividade da DC.

Os *end-points* secundários passaram pelo estabelecimento de uma correlação entre a existência de maiores *scores* na escala HADS e a gravidade clínica e analítica da doença.

2.3. Classificação da Doença de Crohn

A classificação clínica da DC foi feita usando a classificação de *Montreal* (**Anexo 4**), uma classificação que divide a doença em subtipos de acordo com a idade de diagnóstico (A), a localização da doença (L) e o comportamento da doença (B). Quanto à idade de diagnóstico, diz-se ser A1 se for inferior ou igual a 16 anos, A2 se for entre os 17 e os 40 anos, e A3 se for superior a 40 anos. No que à localização diz respeito, a doença é L1 se for ao nível do íleon terminal, L2 se for ao nível do cólon, L3 se for íleo cólica e L4 caso haja atingimento isolado do trato gastrointestinal superior (TGS). Este último parâmetro pode ser adicionado a qualquer um dos outros, caso o atingimento do TGS seja concomitante. Por último, quanto ao comportamento da doença esta pode classificar-se em não estenosante e não penetrante - B1 -, estenosante - B2 -, e penetrante - B3. Caso haja um componente perianal associado, deve-se adicionar um *p* a esta classificação. (11)

2.4. Avaliação do estado psicológico

Os fatores psicossociais associados à DC, nomeadamente o estado ansioso e/ou depressivo, foram avaliados através da HADS (**Anexo 3**), na sua versão traduzida e validada para a população portuguesa. Esta escala é constituída por 14 questões de escolha múltipla e resposta simples, onde cada item é classificado de 0-3 de acordo com a resposta dada e os resultados podem variar entre 0-42. (12)

A HADS divide-se também em duas subescalas, dado 7 das questões avaliarem sintomas de ansiedade, e as restantes 7 sintomas depressivos, ocorridos durante a semana prévia à realização do questionário. Os resultados variam de 0-21 em cada subescala, sendo as respostas

classificadas como normal se a pontuação for de 0-7, ligeiro se 8-10, moderado se 11-14 e grave se 15-21. (12)

2.5. Avaliação da atividade clínica da Doença de Crohn

A atividade clínica da DC foi avaliada segundo a aplicação do HBI (**Anexo 5**), um *score* simplificado criado em 1980 para determinar o estado de atividade da doença através de cinco parâmetros exclusivamente clínicos (bem-estar geral, dor abdominal, número de dejeções líquidas, massa abdominal e complicações). Um resultado inferior a 5 traduz remissão, ao passo que um resultado superior a 16 é tradutor de atividade grave da doença. (13)

2.6. Avaliação da atividade endoscópica da Doença de Crohn

Para a avaliação endoscópica da atividade da DC foram usados dois *scores* distintos: o SES-CD (**Anexo 6**) e o de *Rutgeerts* (**Anexo 7**). O primeiro visa a avaliação da atividade endoscópica da doença em doentes não operados, usando como variáveis as úlceras, as estenoses, a percentagem de mucosa ulcerada e a proporção de superfície afetada pela doença. Caso o resultado seja entre 0-2 diz-se que a doença está em remissão, caso seja 3-6 há uma atividade endoscópica ligeira, caso seja entre 7-15 há uma atividade endoscópica moderada, e caso seja superior a 15 a atividade endoscópica é grave. (14)

O segundo serve para a avaliação de recidivas de DC em doentes previamente submetidos a cirurgia, avaliando quais os tipos de lesões presentes na anastomose e no neóleon terminal, bem como qual a sua extensão. Classifica-se como: i0 caso não hajam lesões; i1 caso hajam 5 ou menos erosões/úlceras aftoides; i2 caso hajam mais do que 5 erosões/úlceras aftoides intercaladas por mucosa normal ou úlceras maiores em áreas isoladas ou úlceras maiores confinadas à anastomose; i3 caso haja uma inflamação difusa com erosões/úlceras aftoides; e i4 caso haja uma inflamação difusa com úlceras maiores, nódulos ou estenoses. (14)

2.7. Análise estatística

As variáveis qualitativas foram descritas pelas suas frequências absoluta e relativa (%). As variáveis quantitativas foram representadas pela mediana e, quando adequado, pelo intervalo interquartil (IIQ), mínimo (min) e máximo (máx). Para testar a normalidade das variáveis quantitativas aplicou-se o teste *Shapiro-Wilk*. Para avaliar a correlação entre variáveis quantitativas determinou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* e o teste à sua significância. De forma a comparar medianas entre dois grupos aplicou-se o teste *Mann-Whitney*, e para comparar três ou mais grupos recorreu-se ao teste *Kruskal-Wallis*.

A análise estatística foi efetuada recorrendo ao software IBM SPSS *Statistics* versão 24. O nível de significância estatística adotado no estudo foi de 0,05.

3. Resultados

3.1. Características clínicas e demográficas

Foram recrutados 83 doentes para este estudo, tendo sido excluídos 3 por recusa no preenchimento do questionário. Dos 80 doentes, 40 (50%) eram do sexo masculino, sendo a mediana das idades de 37 anos (IIQ: 30-50). Na **tabela 1** é apresentado um resumo das principais características demográficas.

Tabela 1 - Características demográficas

Parâmetros	
Idade	37 anos (18-76)
Sexo Masculino	40 (50%)
Fumador	18 (22,5%)
Carga Tabágica	4,75 UMA (2,81-9,52)
Estado Civil	
Casado	33 (41,3%)
Solteiro	35 (42,8%)
Viúvo	4 (5%)
Divorciado	5 (6,3%)
União de Facto	3 (3,8%)

UMA – Unidades Maço-Ano.

Nos doentes estudados, a mediana da duração da DC foi de 13 anos (9–18), sendo a da idade ao diagnóstico de 23 anos (18–33). Em 33,8% dos casos existiam manifestações extraintestinais, sendo que 47,5% tinham uma doença de localização ileocólica (L3), 41,3% apresentavam um comportamento não estenosante e não penetrante (B1) e 88,8% encontravam-se em remissão (HBI<5). A percentagem de doentes a realizar imunossupressão era de 86,3%.

(Tabela 2)

Tabela 2 - Características clínicas

Parâmetros	
Atividade clínica (HBI)	
Média	1,74
Remissão	71 (88,8%)
Atividade Ligeira	5 (6,3%)
Atividade Moderada	4 (5%)
Atividade endoscópica	
SES-CD (<i>n</i> =35)	3 (0,75-7, 0-25)
<i>Rutgeerts</i> (<i>n</i> =45)	
i0	19 (23,6%)
i1	13 (16,3%)
i2	5 (6,3%)
i3	1 (1,3%)
i4	7 (8,8%)
Manifestações Extraintestinais	27 (33,8%)
Anos de seguimento nos CHUC	11 (5-14)
Idade ao diagnóstico	23 anos (18-33)
Duração da doença	13 anos (9-18)
Medicação	
Azatioprina	41 (51,3%)
Infliximab	34 (42,5%)
Adalimumab	14 (17,5%)
Messalazina	12 (15%)
Psicofármacos	17 (21,3%)
Imunossupressão	69 (86,3%)
Internamentos/Anos seguimento	0,12 (0-0,33)
Ciclos de corticoterapia	1 (0-15)
Cirurgias relacionadas com DC	1 (0-4)
Classificação <i>Montreal</i>	
Idade diagnóstico	
A1	11 (13,8%)
A2	58 (72,5%)
A3	11 (13,8%)
Localização da doença	
L1	21 (26,3%)
L2	17 (21,3%)
L3	38 (47,5%)
L1+L4	1 (1,3%)
L3+L4	3 (3,8%)

Comportamento da doença	
B1	33 (41,3%)
B2	25 (31,3%)
B3	1 (1,3%)
B1p	11 (13,8%)
B2p	10 (12,5%)
Estado psicológico	
HADS-TOTAL	12 (6-16, 0-24)
HADS-A \geq 8	37 (46,3%)
HADS-D \geq 8	12 (15,1%)
Patologia psiquiátrica	22 (27,5%)

HBI: Harvey-Bradshaw Index; SES-CD: Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease; n: frequência absoluta; HADS-TOTAL: Hospital Anxiety and Depression Scale – score total; HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale - subescala de Ansiedade; HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale - subescala de Depressão.

3.2. Estado psicológico da amostra

Como é apresentado na **tabela 2**, a avaliação do estado psicológico da amostra, segundo a HADS, revelou que 46,3% dos doentes apresentava sintomas ansiosos ligeiros a graves, e que 15,1% tinha sintomas depressivos ligeiros a graves. A mediana do *score* total na escala HADS foi de 12, com um IIQ de 6-16, sendo o mínimo de 0 e o máximo de 24. Adicionalmente, 27,5% encontravam-se diagnosticados com patologia psiquiátrica, sendo que os que tomavam psicofármacos representavam 21,3% do total.

O *score* total de HADS correlacionou-se com uma das características demográficas da amostra, nomeadamente com o sexo ($p < 0,01$), onde os *scores* mais altos foram obtidos pelo sexo feminino. No que ao estado civil, tabagismo e à idade dizem respeito, não houve qualquer associação estabelecida (respetivamente: $p = 0,329$; $p = 0,729$; e $\rho = 0,2/p = 0,07$).

Além disso, é de acrescentar que pelo facto da correlação entre a subescala de ansiedade (HADS-A) e o total ser forte ($\rho = 0,902$ e $p < 0,01$), definiu-se que, no estabelecimento de associações entre esta e outras variáveis, era equivalente a utilização exclusiva do *score* total. O mesmo se verificou e determinou com a subescala de depressão (HADS-D) e o total, onde $\rho = 0,868$ e $p < 0,01$.

3.3. Atividade clínica e endoscópica da Doença de Crohn e o estado psicológico

No que à correlação entre a atividade clínica da DC e o estado psicológico do doente diz respeito, há uma correlação fraca a moderada, e positiva, entre o *score* HBI e os *scores* da HADS total, de ansiedade e de depressão, sendo esta estatisticamente significativa (respetivamente: $\rho=0,334$ e $p=0,002$; $\rho=0,245$ e $p=0,020$; $\rho=0,326$ e $p=0,003$).

Podemos ainda afirmar que esta correlação foi mais forte com o *score* de depressão ($\rho=0,326$) do que com o *score* de ansiedade ($\rho=0,245$). É possível ver os gráficos de dispersão na **figura**

1.

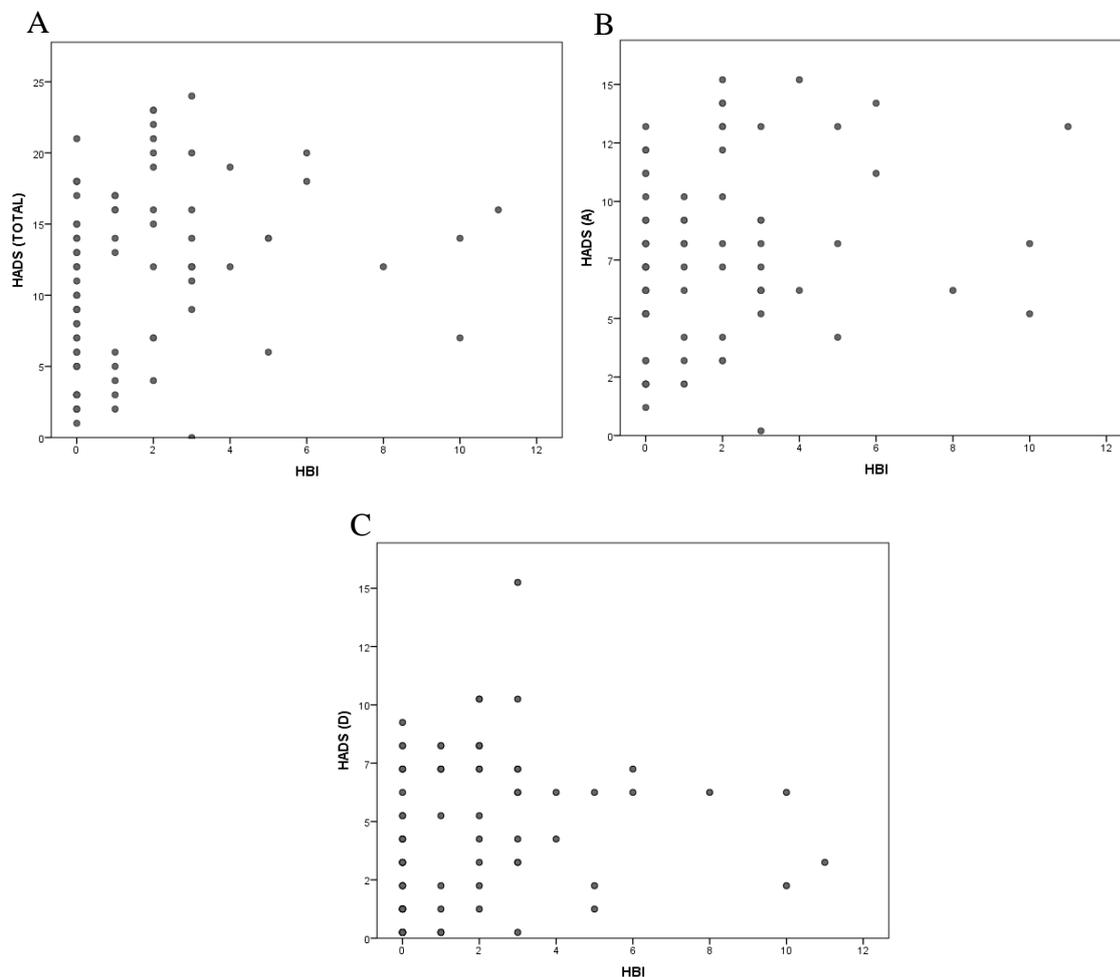


Figura 1 – Gráficos de dispersão entre a variável HBI e a HADS-TOTAL (A), a HADS-A (B) e a HADS-D (C).

Quando avaliado o *score* HBI na sua forma categórica, não existiram diferenças estatisticamente significativas nas medianas do *score* HADS-TOTAL entre os grupos em remissão ($HBI < 5$), com atividade ligeira ($5 \leq HBI < 8$) e com atividade moderada a grave ($HBI \geq 8$) ($p=0,463$). (**Figura 2**)

Quanto aos índices de atividade endoscópica, o *score* SES-CD não apresentou correlação estatisticamente significativa com o HADS-TOTAL ($\rho=0,257$; $p=0,142$). Já uma análise descritiva entre a relação do *score* de *Rutgeerts* e o HADS-TOTAL demonstrou que não existem variações significativas entre a mediana e os valores máximos do *score* HADS-TOTAL obtido por doentes com *scores* de *Rutgeerts* mais baixos (i0: $\tilde{x}=12$, $\min=0$, $\max=22$; i1: $\tilde{x}=12$, $\min=4$, $\max=23$), e mais altos (i2: $\tilde{x}=14$, $\min=10$, $\max=18$; i3: $\tilde{x}=14$, $\min=14$, $\max=14$; i4: $\tilde{x}=14$, $\min=4$, $\max=20$). Já os mínimos encontravam-se mais elevados nos *scores* de *Rutgeerts* mais elevados (i2, i3 e i4).

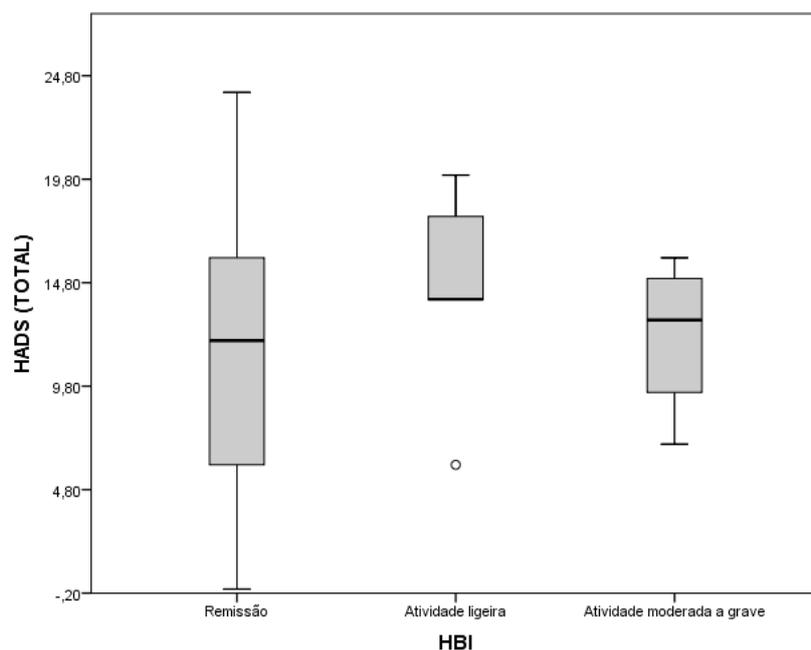


Figura 2 – Gráfico da distribuição do *score* de HADS-TOTAL entre os diferentes grupos de *scores* de HBI.

3.4. Outros parâmetros da Doença de Crohn e o estado psicológico

Na **tabela 3** podemos observar as relações entre alguns parâmetros clínicos - relação entre o número de internamentos e os anos de seguimento; número de ciclos de corticoterapia; número de anos desde o diagnóstico - e o *score* HADS-TOTAL, sendo possível afirmar que não existem correlações entre as diferentes variáveis.

Para além das análises estatísticas apresentadas na **tabela 3**, foram ainda estudadas as diferenças entre as medianas de diferentes grupos, nomeadamente do número de cirurgias e da existência de imunossupressão, e o *score* de HADS-TOTAL, tendo-se determinado que estas não existiam ($p=0,521$ e $p=0,595$ respetivamente).

Da análise da **tabela 3** podemos ainda constatar que, no que aos parâmetros analíticos diz respeito, apenas o valor de plaquetas apresentou uma correlação fraca a moderada, e positiva, com o *score* HADS-TOTAL, sendo esta estatisticamente significativa ($\rho=0,384$; $p=0,001$). A mediana do valor de plaquetas foi de $237 \times 10^3 /\mu\text{l}$, sendo o IIQ de $195 \times 10^3 - 278 \times 10^3 /\mu\text{l}$, o mínimo de $127 \times 10^3 /\mu\text{l}$ e o máximo de $416 \times 10^3 /\mu\text{l}$.

Em adição, podemos ainda considerar, caso se esteja disposto a aceitar um nível de significância estatística de 0,1, superior ao por nós estipulado, que houve também uma correlação fraca a moderada, e negativa, entre os valores de Hb no sexo masculino e o *score* HADS-TOTAL ($\rho=-0,265$; $p=0,098$). Na **figura 3** fica clara a associação, bem como a diferença entre os sexos. A mediana do valor de hemoglobina no sexo masculino foi de 14,5 g/dL, sendo o IIQ de 13,62–15 g/dL, o mínimo de 11,9 g/dL e o máximo de 16,3 g/dL. No sexo feminino, a mediana do valor de hemoglobina foi de 13 g/dL, sendo o IIQ de 11,9–13,52 g/dL, o mínimo de 9,3 g/dL, e o máximo de 14,7 g/dL.

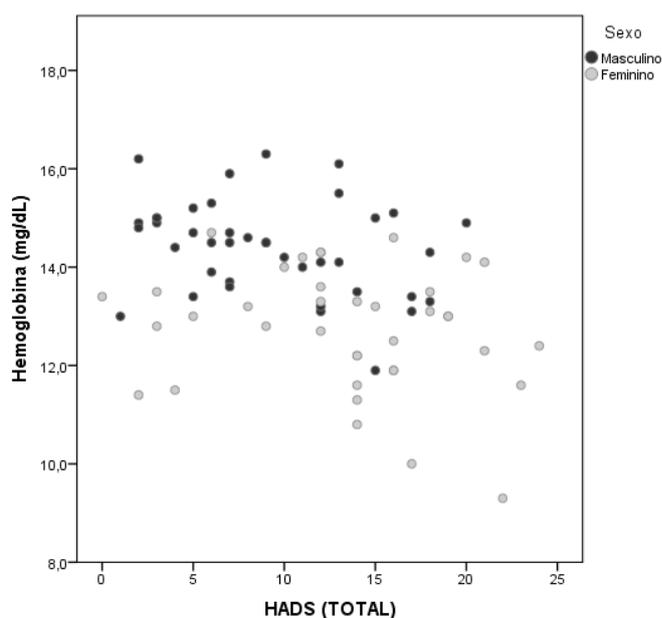


Figura 3 – Gráfico comparativo da dispersão entre o score de HADS-TOTAL e a Hb nos dois sexos.

Tabela 3 - Relação entre os parâmetros clínicos e analíticos da DC e o estado psicológico do doente.

Correlações		Rho	p
N de internamentos/ Anos de seguimento	HADS-TOTAL	0,179	0,112
N de ciclos CT	HADS-TOTAL	-0,114	0,312
N anos desde dx	HADS-TOTAL	0,062	0,584
Hb (sexo masculino) (n=40)	HADS-TOTAL	-0,265	0,098
Hb (sexo feminino) (n=38)	HADS-TOTAL	-,204	0,219
Plaquetas (n=75)	HADS-TOTAL	0,384	0,001
PCR (n=77)	HADS-TOTAL	0,016	0,891
VS (n=35)	HADS-TOTAL	0,224	0,197
Calprotectina Fecal (n=18)	HADS-TOTAL	0,176	0,485

N de internamentos/Anos de seguimento: Número de internamentos/anos de seguimento; N de ciclos CT: Número de ciclos de corticoterapia; N anos desde dx: Número de anos desde o diagnóstico; Hb: Hemoglobina; n: frequência absoluta; PCR: proteína C reativa; VS: Velocidade de sedimentação

Por último, a análise descritiva da distribuição dos *scores* de HADS-TOTAL não mostrou diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos da classificação de *Montreal*.

4. Discussão

A associação entre sintomas ou patologia do foro psicossocial e a DC continua a ser alvo de muita controvérsia. (2) Se por um lado já existem estudos que parecem demonstrar o impacto que os sintomas depressivos ou ansiosos têm na atividade clínica da doença, por outro as normas Europeias continuam a questionar qual o verdadeiro papel dos mesmos no curso da doença. (6,15-17) Tal dever-se-á à falta de consenso e validade científica entre os mesmos. (6) É por isso fundamental que se continue a investigar e fundamentar esta correlação.

Este estudo é o primeiro de que temos conhecimento a estabelecer a existência de uma influência, não só dos sintomas depressivos, mas também dos ansiosos, na atividade clínica da doença, quando esta é medida através do HBI. As restantes investigações socorreram-se sempre do *Crohn's Disease Activity Index* (CDAI). (15-17) No entanto, pela simplicidade na recolha, facilidade na comparação com outros centros e pela comprovada correlação do HBI com o CDAI, achamos que a utilização deste índice de atividade clínica traz benefícios. (18)

Para que se pudesse afirmar com certeza uma possível razão de causalidade, escolhemos usar a HADS, uma escala feita de modo a que os seus diferentes itens não fossem influenciados por sintomas de doenças orgânicas ou funcionais. (12) Deste modo, podemos constatar que são os sintomas depressivos e ansiosos que causam um agravamento da atividade clínica, e não o contrário.

Este é ainda um dos poucos estudos que tenta estender a existência de uma relação entre a depressão e ansiedade não só à atividade clínica, mas também a outros parâmetros, como a atividade endoscópica, os parâmetros analíticos e ainda alguns sinais de gravidade. Apesar de, à exceção do valor de plaquetas, nenhum destes fatores ter mostrado uma correlação com o *score* total da HADS, não podemos excluir a existência de uma influência da ansiedade e depressão no curso e atividade de doença. Esta falta de associação pode justificar-se com o

facto de este ser um estudo de coorte, sendo por isso a colheita de alguns dos dados feita de forma retrospectiva, podendo, deste modo, existir um viés temporal. Há também que ter em conta que a ausência de significância estatística poderá ter sido influenciada pelo número reduzido de doentes da amostra que apresentava os valores de alguns dos parâmetros analíticos – nomeadamente, da Calprotectina Fecal e da VS – no seu processo clínico. Aliás, o número reduzido de doentes pode constituir uma limitação do presente estudo e seria útil dispor de todos os dados analíticos supracitados, com carácter recente, no momento da avaliação.

Não obstante a ausência de associação estatística com todos os parâmetros analíticos analisados, a correlação em sentido ascendente existente entre o *score* de HADS-TOTAL e o valor plaquetário é importante e deve ser aprofundada. Uma vez que a trombocitose é tradutora de atividade de doença, o facto de *scores* tradutores de sintomas ansiosos e depressivos mais graves se associarem a valores mais altos de plaquetas poderia implicar um impacto deste parâmetro no grau de ansiedade ou depressão. (19) No entanto, apenas um dos doentes apresentava contagem plaquetar superior ao limite máximo da normalidade. Assim, consideramos que esta associação se estabeleceu acidentalmente.

No que aos parâmetros analíticos diz respeito, é ainda necessário mencionar a correlação que se poderá estabelecer com a Hb no sexo masculino. É sabido que a DC cursa com valores mais baixos de Hb devido à deficiência de ferro e à anemia da doença crónica. (20) Além disso, estudos mostraram que um aumento destes valores à custa de ferro e eritropoietina se traduziam num aumento da qualidade de vida. (20) Assim, o facto de *scores* superiores na escala HADS-TOTAL se associarem possivelmente a valores mais baixos de Hb poderá representar mais um ponto a favor da influência psicossocial na atividade da doença. Ainda assim, os resultados deste estudo não são suficientes para concluir com certeza este pressuposto, dado o nível de significância para aceitar esta afirmação ter que ser superior ao por nós considerado, e a esta só se verificar no sexo masculino.

Adicionalmente, é clara a lacuna de informação sobre o estado psicológico dos doentes com DC em Portugal. À semelhança de outros estudos, a prevalência de patologia depressiva e ansiosa na nossa amostra mostrou-se significativamente aumentada em relação à da população em geral. (16,21) Enquanto que a perturbação depressiva se manifesta em 7,9% da população portuguesa, na nossa amostra os sintomas depressivos duplicavam, rondando os 15,1%. Já os sintomas ansiosos apresentaram uma prevalência ainda superior, sendo que esta perturbação afeta 16,5% da população portuguesa em geral, enquanto que, nesta amostragem de doentes com DC, os sintomas ansiosos surgem em 46,3% dos casos. (22)

Para além das limitações supramencionadas, outro viés deste estudo poderá ser a diferença na distribuição da amostra pela atividade de doença. A maioria da amostra encontra-se com a doença em remissão - 88% -, o que se pode traduzir não só numa associação mais baixa entre os sintomas psicossomáticos e a atividade clínica da doença, mas também poderá constituir uma limitação à generalização dos nossos resultados à restante população. Não obstante, este achado foi encontrado noutros estudos semelhantes a este, o que poderá ser um indicador de que a maioria da população com DC em seguimento num centro hospitalar se encontra com a doença em remissão. (17) Mais ainda se pode acrescentar que o facto de os doentes escolhidos serem os seguidos em consulta externa também poderá ter contribuído para este facto, constituindo por isso um viés de seleção.

É ainda de realçar que as características demográficas específicas da amostra nos levam também a afirmar que poderemos generalizar os resultados à restante população com DC, uma vez que a mediana de idades e a sua variância interquartil é semelhante à apresentada por *Cosnes et al.* numa revisão de âmbito global. (1) Nessa mesma revisão é-nos dito que, apesar de classicamente a DC ser apresentada como mais frequente no sexo feminino, a incidência no sexo masculino tem vindo a aumentar em alguns locais, chegando esta a ser superior ou a

igualar a do sexo feminino. (1) É este o caso do nosso estudo, em que 50% da amostra é do sexo masculino.

Numa perspetiva futura, seria interessante desenvolver estudos que se foquem na correlação que os diferentes itens que constituem o HBI poderão ter com sintomas psicossociais, uma vez que poderá existir alguma subjetividade por parte do clínico na atribuição da pontuação, podendo constituir assim um possível viés ao resultado deste estudo. Seria ainda interessante a realização de um estudo semelhante ao por nós desenhado, mas numa perspetiva prospetiva, tentando deste modo otimizar os resultados e procurar o estabelecimento de uma associação com a atividade endoscópica de doença.

A DC é uma doença crónica que geralmente apresenta períodos de remissão intercalados com períodos de atividade de doença. Os dois períodos frequentemente exigem uma intervenção terapêutica, quer com o objetivo de uma manutenção da remissão, quer com o objetivo de induzir a mesma. (1,4) No entanto, é o estado de remissão da doença que apresenta custos socioeconómicos menores, tendo isto sido demonstrado por um estudo que provou que doentes em remissão apresentam menos hospitalizações, cirurgias e, ainda, desemprego. Além disso, a remissão de doença está também associada a melhor qualidade de vida destes doentes. (23) Deste modo, torna-se óbvia a necessidade da manutenção da remissão da doença para assegurar o bem-estar clínico, psicossocial e socioeconómico do doente.

Com o nosso estudo podemos retirar a ilação de que a depressão e a ansiedade poderão estar associadas a uma maior atividade de doença. Ainda para mais, estudos recentes parecem também constatar a existência de uma correlação entre o grau de depressão/ansiedade e o grau de incapacidade da doença. (24) Assim, o futuro no seguimento clínico da DC poderá passar por detetar esta sintomatologia e, *a posteriori*, aplicar medidas para que o grau de intensidade da mesma seja diminuído. Poder-se-á ainda, por exemplo, vir a fazer uma sinalização de quais

os doentes em que existe uma maior probabilidade de reativação da doença e em que existe, por isso, uma maior necessidade de monitorização ou tratamento.

Fica então claro que a avaliação por rotina dos sintomas de depressão e ansiedade em doentes com DC representa uma componente importante na abordagem da doença.

5. Conclusão

O nosso estudo mostrou que fatores psicossociais como a ansiedade e a depressão têm impacto na atividade clínica da DC, podendo por isso influenciar a progressão da doença. Já a atividade endoscópica de doença, os parâmetros analíticos, o número de internamentos/de cirurgias/de ciclos de corticoterapia/de anos de seguimento e a existência ou não de imunossupressão não mostraram associação com sintomas ansiosos e/ou depressivos.

Podemos concluir que a ansiedade e a depressão são aspetos que deveriam ser mais frequentemente tidos em conta na manutenção da remissão da doença.

6. Agradecimentos

Ao Professor Doutor Nuno Almeida, pelos conselhos e por toda a incondicional ajuda e disponibilidade na orientação do Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina.

À Dr.^a Elisa Soares, pelo apoio contínuo ao longo da realização deste Trabalho.

À Dr.^a Margarida Ferreira, por me ter ajudado e orientado nas fases iniciais deste longo percurso.

Ao Dr. Francisco Portela, pela enorme disponibilidade e amabilidade que demonstrou ao me ajudar na recolha dos dados.

E ainda à minha família e namorado por nunca duvidarem de que os meus sonhos são possíveis de serem concretizados. Sem esta confiança inabalável, sem os conselhos e apoio incondicional, a minha jornada seria impossível.

Por último, aos amigos de sempre e do curso pois foi a vossa amizade e o vosso companheirismo que me ajudou, e continuará a ajudar, a percorrer este caminho.

7. Referências Bibliográficas

1. Cosnes J, Gowerrousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2011;140(6):1785–94.
2. Sajadinejad MS, Asgari K, Molavi H, Kalantari M, Adibi P. Psychological issues in inflammatory bowel disease: An overview. *Gastroenterol Res Pract*. 2012;2012.
3. Fiocchi C. Inflammatory bowel disease: Etiology and pathogenesis. *Gastroenterology*. 1998;115(1):182–205.
4. Shanahan F. Inflammatory bowel disease: Immunodiagnostics, immunotherapeutics, and ecotherapeutics. *Gastroenterology*. 2001;120(3):622–35.
5. Brzozowski B, Zwolińska-Wcisło M, Pajdo R, Mazur-Biały A, Brzozowski T, Mach T. Mechanisms by which Stress Affects the Experimental and Clinical Inflammatory Bowel Disease (IBD). Role of Brain-Gut Axis. *Curr Neuropharmacol*. 2016;14:892–900.
6. Van Assche G, Dignass A, Reinisch W, van der Woude CJ, Sturm A, De Vos M, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations. *J Crohn's Colitis*. 2010;4(1):63–101.
7. Casati J, Toner BB. Psychosocial aspects of inflammatory bowel disease. *Biomed Pharmacother*. 2000;54(7):388–93.
8. Sainsbury A, Heatley R V. Review article: Psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;21(5):499–508.
9. Azevedo LF, Magro F, Portela F, Lago P, Deus J, Cotter J, et al. Estimating the prevalence of inflammatory bowel disease in Portugal using a pharmaco-epidemiological approach. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010;19(5):499–510.

10. Kurina LM, Goldacre MJ, Yeates D, Gill LE. Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(10):716–20.
11. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel JF. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: Controversies, consensus, and implications. *Gut*. 2006;55(6):749–53.
12. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Heal Med*. 2007;12(2):225–37.
13. Harvey RF, Bradshaw JM. A SIMPLE INDEX OF CROHN'S-DISEASE ACTIVITY. *Lancet*. 1980;315(8167):514.
14. Sofia C. Scores Endoscópicos Na Doença De Crohn. *Rev Port*. 2010;7(3):126–34.
15. Mittermaier C, Dejaco C, Waldhoer T, Oefflerbauer-Ernst A, Miehsler W, Beier M, et al. Impact of Depressive Mood on Relapse in Patients with Inflammatory Bowel Disease: A Prospective 18-Month Follow-Up Study. *Psychosom Med*. 2004;66(1):79–84.
16. Graff LA, Walker JR, Bernstein CN. Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: A review of comorbidity and management. *Inflamm Bowel Dis*. 2009;15(7):1105–18.
17. 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*. 2004;49(3):492–7.
18. Vermeire S, Schreiber S, Sandborn WJ, Dubois C, Rutgeerts P. Correlation Between the Crohn's Disease Activity and Harvey-Bradshaw Indices in Assessing Crohn's Disease Severity. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010;8(4):357–63.

19. Voudoukis E, Karmiris K, Koutroubakis IE. Multipotent role of platelets in inflammatory bowel diseases: A clinical approach. *World J Gastroenterol.* 2014;20(12):3180–90.
20. Wells CW, Lewis S, Barton JR, Corbett S. Effects of changes in hemoglobin level on quality of life and cognitive function in inflammatory bowel disease patients. *TL - 12. Inflamm Bowel Dis.* 2006;12 VN-r(2):123–30.
21. Häuser W. Anxiety and depression in adult patients with celiac disease on a gluten-free diet. *World J Gastroenterol.* 2010;16(22):2780.
22. Direção-Geral da Saúde (DGS). *Depressão e outras Perturbações Mentais Comuns.* 2017;1–104.
23. Lichtenstein GR, Yan S, Bala M, Hanauer S. Remission in patients with Crohn’s disease is associated with improvement in employment and quality of life and a decrease in hospitalizations and surgeries. *Am J Gastroenterol.* 2004;99(1):91–6.
24. Chan W, Shim HH, Lim MS, Sawadjaan FLB, Isaac SP, Chuah SW, et al. Symptoms of anxiety and depression are independently associated with inflammatory bowel disease-related disability. *Dig Liver Dis.* 2017;49(12):1314–9.

Anexos

Anexo 1: parecer da comissão de ética



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE DE INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Exm.^a Senhora
Ana Filipa Coimbra Trigo
(Gastroenterologia)

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		CHUC-079-17	21-12-2017

ASSUNTO: Aprovação dos Projetos de investigação CHUC-079-17

Junto envio a V. Ex.^ª, o parecer da Comissão de Ética e a autorização do Conselho de Administração do CHUC em relação aos Projectos de Investigação:

CHUC-079-17 - IMPACTO PSICOSSOCIAL NA DOENÇA DE CROHN

Com os melhores cumprimentos,

PI' Unidade de Inovação e Desenvolvimento

(M.^ª do Rosário Conceição)
Assistente Técnico

*CA para
autorização
11/12/17*

Exmo Senhor
Prof. Doutor Fernando Regateiro
Presidente do Conselho de
Administração
Centro Hospitalar e Universitário de
Coimbra, EPE

Prof. Doutor Fernando J. Regateiro
Presidente do Conselho de Administração
C.H.U.C. - EPE

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		CHUC-079-17	09-11-2017

ASSUNTO: Aprovação do Projeto de Investigação CHUC-079-17

A pedido de **Ana Filipa Coimbra Trigo**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projeto de Investigação sobre **"IMPACTO PSICOSSOCIAL NA DOENÇA DE CROHN"**, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer **favorável** da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex^ª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

C.H.U.C. - EPE - Conselho de Administração

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

*Autorizado
14/12/17*

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl'A Coordenadora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

S. Saraiva da Cunha

(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

C.H.U.C. - EPE
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Reg. N.º *907 PCA*
Origem
Data: *15/11/2017*

Comissão de Ética para a Saúde

Visto/ À U.I.D.
para difusão
Dr. Nuno Deveza
Adjunto do Diretor Clínico
C.H.U.C. - EPE

Exmo. Senhor
Dr. Francisco Parente
Digmº Director Clínico do CHUC

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º 0168/CES	24-10-2017
		Proc. N.º CHUC-079-17	

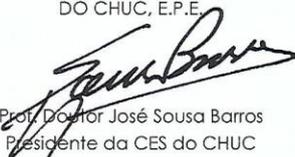
ASSUNTO: *Estudo Observacional "Impacto Psicossocial na Doença de Crohn"* – Ana Filipa Coimbra Trigo, Aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (estudo a ser realizado no Serviço de Gastroenterologia do CHUC).
(Entrada do processo na CES a 14.07.2017)

Cumpra informar Vossa Ex.ª de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 20 de Outubro de 2017, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Parecer aprovado por unanimidade.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO CHUC, E.P.E.


Prof. Doutor José Sousa Barros
Presidente da CES do CHUC

LP/CES

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.ª Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Gilo Gonçalves; Enf.ª Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

Anexo 2: consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: O Impacto Psicossocial na Doença de Crohn.

Enquadramento: Esta investigação enquadra-se no âmbito da realização de um Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sendo orientada pelo Prof. Dr. Nuno Almeida e coorientada pela Dra. Elisa Soares.

Explicação do estudo: Para a realização deste estudo é necessária a recolha de respostas a um questionário por nós elaborado, bem como a recolha de dados do processo clínico pessoal de cada doente. Apenas será necessária a sua participação no preenchimento do questionário, que demora cerca de 10 minutos.

Condições e financiamento: A sua participação nesta investigação é voluntária e não acarreta qualquer prejuízo, assistencial ou outro, caso não queira participar.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos para o presente estudo são confidenciais e o anonimato será assegurado.

Assinatura/s:
.....

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura: Data: /..... /.....

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME:</p> <p>BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:</p> <p>ASSINATURA</p>
--

Questionário

Este questionário enquadra-se numa investigação no âmbito de um Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina, no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. Os resultados obtidos são confidenciais, sendo o anonimato garantido.

Por favor preencha de acordo com o que mais se adequa a si. Obrigada pela colaboração.

Data de Nascimento:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Data de realização do questionário:

1. Por favor responda sucintamente às questões abaixo colocadas e de acordo com o pedido.

A. Há quanto tempo foi diagnosticado com Doença de Crohn? _____

B. Qual a medicação que faz atualmente? _____

C. Já foi operado devido à doença de Crohn? Sim Não

a. Quantas vezes já foi operado? _____

b. A que é que foi operado? _____

D. Fuma? Sim Não Já fumei

a. Em caso afirmativo ou caso já tenha fumado:

i. Desde quando? _____

ii. Quantos cigarros por dia? _____

iii. Caso já tenha fumado mas atualmente não o faça, quando parou de fumar? _____

2. Escala de Ansiedade e Depressão Clínica – HADS

Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD (Zigmond&Snaith, 1983). Tradução e adaptação para a língua portuguesa de M. Baltar e J. Ribeiro (1999): versão portuguesa em estudo.

Instruções

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e que faça uma cruz (x) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

- | | |
|---|---|
| <p>1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:
<input type="checkbox"/> Quase sempre
<input type="checkbox"/> Muitas vezes
<input type="checkbox"/> Por vezes
<input type="checkbox"/> Nunca</p> | <p>6. Sinto-me animado/a:
<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> Poucas vezes
<input type="checkbox"/> De vez em quando
<input type="checkbox"/> Quase sempre</p> |
| <p>2. Ainda sinto prazer nas coisas que costumava gostar:
<input type="checkbox"/> Tanto como antes
<input type="checkbox"/> Não tanto agora
<input type="checkbox"/> Só um pouco
<input type="checkbox"/> Quase nada</p> | <p>7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:
<input type="checkbox"/> Quase sempre
<input type="checkbox"/> Muitas vezes
<input type="checkbox"/> Por vezes
<input type="checkbox"/> Nunca</p> |
| <p>3. Tenho sensação de medo, como se algo de terrível estivesse para acontecer:
<input type="checkbox"/> Sim e muito forte
<input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte
<input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me aflige
<input type="checkbox"/> De modo algum</p> | <p>8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
<input type="checkbox"/> Quase sempre
<input type="checkbox"/> Muitas vezes
<input type="checkbox"/> Por vezes
<input type="checkbox"/> Nunca</p> |
| <p>4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:
<input type="checkbox"/> Tanto como antes
<input type="checkbox"/> Não tanto como antes
<input type="checkbox"/> Muito menos agora
<input type="checkbox"/> Nunca</p> | <p>9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> Por vezes
<input type="checkbox"/> Muitas vezes
<input type="checkbox"/> Quase sempre</p> |
| <p>5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:
<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo
<input type="checkbox"/> Muitas vezes
<input type="checkbox"/> Por vezes
<input type="checkbox"/> Quase nunca</p> | <p>10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:
<input type="checkbox"/> Completamente
<input type="checkbox"/> Não dou a atenção que devia
<input type="checkbox"/> Talvez cuide menos que antes
<input type="checkbox"/> Tenho o mesmo interesse de sempre</p> |

- 11.** Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
- Muito
 - Bastante
 - Não muito
 - Nada
- 12.** Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
- Tanto como antes
 - Não tanto agora
 - Bastante menos agora
 - Quase nunca
- 13.** De repente, tenho sensações de pânico:
- Muitas vezes
 - Bastantes vezes
 - Por vezes
 - Quase Nunca
- 14.** Sou capaz de apreciar um bom livro ou programa de rádio ou televisão:
- Muitas vezes
 - De vez em quando
 - Poucas vezes
 - Quase nunca

Anexo 4: classificação de *Montreal*

Idade de diagnóstico (A)	
A1	≤16 anos
A2	17-40 anos
A3	>40 anos
Localização (L)	
L1	Íleon terminal
L2	Cólon
L3	Ileocólon
L4	Trato gastrointestinal superior (TGS)
L1 + L4	- Íleon terminal + TGS
L2 + L4	- Cólon + TGS
L3 + L4	- Ileocólon + TGS
Comportamento (B)	
B1*	Não estenosante, não penetrante
B2	Estonosante
B3	Penetrante
B1p	Não estenosante, não penetrante + perianal
B2p	Estenosante + perianal
B3p	Penetrante + perianal

*A categoria B1 deve ser considerada provisória até que um tempo pré-definido tenha passado desde o tempo do diagnóstico. Tal período de tempo pode variar de estudo para estudo (por exemplo, 5-10 anos é sugerido) mas deve ser definido de modo a que o comportamento B1 seja considerado definitivo. *Adaptado de Satsangi et al. (11)*

Anexo 5: *Harvey-Bradshaw Index*

Bem estar geral (ontem)	Muito Bom = 0 Bom = 1 Mau = 2 Muito mau = 3 Péssimo = 4
Dor abdominal (ontem)	Nenhuma = 0 Ligeira = 1 Moderada = 2 Severa = 3
Número de dejeções líquidas por dia (ontem)	1 ponto por número de dejeções
Massa Abdominal	Nenhuma = 0 Dúbia = 1 Bem definida = 2 Bem definida e dolorosa = 3
Complicações (um ponto por complicação)	Artralgia; Uveíte; Eritema nodoso; Úlcera aftosa; Pioderma gangrenoso; Fissura anal; Nova fístula; Abscesso

Remissão < 5; Doença leve 5-7; Doença moderada 8-16; Doença severa ≥16. *Adaptado de Harvey et al. (12)*

Anexo 6: Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease

	Íleon	Cólon direito	Cólon transversos	Cólon esquerdo + sigmóide	Recto	Total
Úlceras (presença e tamanho, 0-3)	___+	___+	___+	___+	___+	Total 1
Superfície atingida pela doença (proporção, 0-3)	___+	___+	___+	___+	___+	Total 2
Superfície ulcerada (proporção, 0-3)	___+	___+	___+	___+	___+	Total 3
Estenoses (presença e tipo, 0-3)	___+	___+	___+	___+	___+	Total 4
Total 1 + Total 2 + Total 3 + Total 4 = SES-CD						

Quanto mais elevado for o score, maior a gravidade endoscópica da doença. *Adaptado de Sofia et al. (14)*

Anexo 7: score de Rutgeerts

Grau	Achados endoscópicos
i0	Ausência de lesões
i1	≤ 5 erosões/úlceras aftoides
i2	> 5 erosões/úlceras aftoides intercaladas por mucosa normal ou úlceras maiores em áreas isoladas ou úlceras maiores confinadas à anastomose
i3	Inflamação difusa com erosões/úlceras aftoides
i4	Inflamação difusa com úlceras maiores, nódulos ou estenoses

Adaptado de Sofia et al. (14)