

Oscilação do humor em pacientes com doença de Crohn: incidência e fatores associados

FLÁVIA D'AGOSTO VIDAL DE LIMA¹, TARSILA CAMPANHA DA ROCHA RIBEIRO², LILIANA ANDRADE CHEBLI², FÁBIO HELENO DE LIMA PACE², LEONARDO DUQUE DE MIRANDA CHAVES³, MÁRIO SÉRGIO RIBEIRO⁴, JULIO MARIA FONSECA CHEBLI⁵

¹ Psicóloga Clínica; Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

² Doutores em Gastroenterologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Professores, UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil

³ Médico, UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil

⁴ Doutor em Educação, UFJF; Professor, UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil

⁵ Doutor em Gastroenterologia, UNIFESP; Pesquisador pelo CNPq; Professor, UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil

RESUMO

Objetivo: Avaliar em portadores de doença de Crohn (DC) a incidência de oscilação do humor (OH) e os possíveis fatores associados à mesma. **Métodos:** Estudo prospectivo longitudinal com 50 pacientes (60% sexo feminino; média de idade de 40,6 a) com diagnóstico de DC acompanhados por 16 meses. A atividade clínica foi avaliada pelo índice de atividade da DC. Utilizaram-se os instrumentos de autoavaliação do estado psicológico (Inventário de Depressão de Beck e subescala de ansiedade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão) para diagnóstico de transtorno de humor. Os instrumentos foram aplicados na inclusão no estudo e, a seguir, em intervalos de quatro meses. **Resultados:** O fenótipo inflamatório foi o mais comum (86%), 36% tinham história prévia de cirurgia relacionada com DC; 82% estavam em remissão clínica na inclusão. OH ocorreu em 58% dos pacientes; 28% evoluíram com sintomas depressivos e/ou ansiosos a partir do humor normal de base e 30% normalizaram o humor depressivo e/ou ansioso de base. Em 38% dos pacientes com OH não houve mudança na atividade clínica da doença ($p = 0,015$), enquanto 20% tiveram alteração na atividade da DC. Sexo feminino e ausência de cirurgia prévia relacionada com complicações da DC foram associadas à maior incidência de OH ($p = 0,04$ para ambos). **Conclusão:** Neste estudo, verificou-se elevada incidência (58%) de OH em pacientes com DC. O sexo feminino e ausência de cirurgia prévia por complicações da DC foram associadas à maior incidência de OH. Avaliação psicológica periódica pode ser útil para detecção e abordagem de OH em pacientes com DC.

Unitermos: Doença de Crohn; oscilação do humor; depressão e ansiedade; psicologia.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

SUMMARY

Mood swings in patients with Crohn's disease: incidence and associated factors

Objective: To assess the incidence of mood swings (MS) and possible associated factors in patients with Crohn's disease (CD). **Methods:** Prospective longitudinal study of 50 patients (60% females; mean age 40.6 years) with a diagnosis of CD over a 16-month follow-up. Clinical activity was assessed by the CD activity index. Psychological status self-report tools (Beck Depression Inventory and the anxiety subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale) were used for mood disorder diagnosis. The tools were applied at baseline and at four-month intervals thereafter. **Results:** The inflammatory phenotype was the most common (86%); 36% had a previous history of surgery related to CD; 82% were in clinical remission at baseline. MS occurred in 58% of patients; 28% had progression of depression and/or anxiety symptoms from baseline normal mood, and 30% had baseline depressive and/or anxious mood normalized. In 38% of patients with MS, no change in the disease clinical activity could be found ($p = 0.015$), whereas 20% had a change in CD activity. Female gender and absence of previous surgery related to CD complications were associated with higher MS incidence ($p = 0.04$ for both). **Conclusion:** In this study, a high MS incidence (58%) was found in patients with CD. Female gender and absence of previous surgery from CD complications were associated with a higher MS incidence. Periodic psychological assessment could be useful to detect and approach MS in patients with CD.

Keywords: Crohn's disease; mood swings; depression and anxiety; psychology.

©2012 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora Juiz de Fora, MG, Brasil

Artigo recebido: 02/02/2012
Aceito para publicação: 11/04/2012

Correspondência para:
Julio Maria Fonseca Chebli
Rua Maria Jose Leal, 296
Bairro Granville
Juiz de Fora – MG, Brasil
CEP: 36036-247
chebli@globocom

Conflito de interesse: Não há.

INTRODUÇÃO

A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória transmural, de caráter incurável até o presente momento, que pode acometer todo o trato gastrointestinal, da boca até o ânus. Descrita, inicialmente, por Gunzburg e Oppenheimer, em 1932, é uma doença imunomediada. Caracteriza-se por períodos de atividade e remissão durante seu curso clínico¹. Tendo em vista o aspecto crônico da doença, o impacto na qualidade da vida social, profissional e familiar pode ser significativo²⁻⁴.

Na América do Norte, a incidência anual da DC varia de 2,2 a 14,3 casos por 100 mil pessoas com taxas de prevalência de 26 a 201 casos por 100 mil pessoas^{5,6}. Apesar da incidência da DC na América do Sul e na Ásia ser menor, vários estudos têm chamado atenção para a ascensão no número de casos diagnosticados em todo o mundo⁷. No Brasil, um dos primeiros estudos publicados foi o de Gaburri *et al.*, que destacaram o crescente número de indivíduos diagnosticados como portadores de DC na segunda metade do século XX⁸. Esses dados foram confirmados mais tarde por Souza *et al.*⁹

A etiologia da DC permanece desconhecida. Inicialmente, as doenças inflamatórias intestinais (DII) foram consideradas doenças psicossomáticas. O avanço do conhecimento biomédico no campo das enfermidades crônicas privilegiou os aspectos genéticos, ambientais e moleculares na patogênese das DII¹⁰. Por outro lado, as contribuições dos fatores psicológicos no curso clínico da doença foram, de certa forma, negligenciadas¹¹.

Atualmente, a compreensão da causalidade multifatorial das DII enfoca uma possível modulação do processo da doença pelos aspectos emocionais, podendo agravar os sintomas, provocar recidivas ou, ao contrário, influenciar positivamente a situação anterior¹²⁻¹⁴. Nesse 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. No entanto, observa-se um forte indício do impacto das emoções sobre as doenças intestinais, tanto na DC como na colite ulcerativa¹⁵.

Nos últimos anos, algumas publicações têm abordado a ocorrência de distúrbios psicológicos que afetam os pacientes com DC, bem como suas possíveis interações^{10,15}. Apesar de essa associação ser, atualmente, bem aceita, houve pouca mudança e impacto na evolução e na prática clínica da doença^{15,16}. Há muitas controvérsias e poucos estudos prospectivos controlados sobre o possível papel que os aspectos psicológicos possam desempenhar no desencadeamento e/ou no curso clínico da DII.

O trato gastrointestinal é um dos locais mais comumente afetados por sintomas somáticos precipitados por fatores psíquicos; assim como é notório o fato de que sintomas de depressão podem ter influência direta sob os distúrbios imunes associados à DC¹⁷ e ter efeito negativo no

curso de diversas doenças crônicas¹⁸. Além disso, inúmeros pacientes relacionam a ocorrência de perda de apetite, náuseas, diarreia antes ou após algum acontecimento que gere ansiedade¹⁹.

A determinação da ocorrência de oscilação do humor, e sua possível associação com características dos pacientes e da própria DC, pode permitir a implementação de possíveis terapias específicas direcionadas para um distúrbio psicológico identificado e, assim, contribuir para a melhor abordagem global do paciente e, possivelmente, melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. No entanto, existem poucos estudos publicados em nosso meio sobre esse tema, apesar do crescente interesse. 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 à mesma.

Frente à importância do tema, o objetivo do presente estudo foi avaliar a incidência de oscilação do humor em pacientes com DC, assim como seus possíveis fatores associados.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo longitudinal no qual foram incluídos, consecutivamente, para avaliação psicológica do estado de humor 55 pacientes portadores de DC em acompanhamento regular no ambulatório de DII do Serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Os pacientes foram avaliados de agosto de 2009 a dezembro de 2010.

O trabalho foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da UFJF e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, com esclarecimento sobre os objetivos e métodos desse estudo. Foi assegurado aos pacientes o direito de não participação sem que isso alterasse seu tratamento na Instituição.

O diagnóstico da DC foi estabelecido pela combinação de dados clínicos, endoscópicos, radiológicos e suplementados com a aparência histológica típica em biópsias de mucosas ou espécimes de ressecção cirúrgica, quando disponíveis²⁰.

Foram considerados critérios de exclusão: (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; (g) mulheres em fase de amamentação e (h) perda de seguimento.

Dados demográficos como gênero, idade, estado civil e nível educacional foram registrados na inclusão. Quanto a antecedentes pessoais e características clínicas relacionadas com DC avaliaram-se: (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) e história familiar de depressão. Foi considerada ingestão alcoólica significativa quando superior a 60 gramas/dia no sexo masculino e 40 gramas/dia no sexo feminino.

Para a avaliação do fenótipo dos pacientes portadores de DC, foi utilizada a classificação de Viena²¹. A presença de atividade da doença foi avaliada por meio do 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 igual ou acima de 150 pontos²².

Na presença de fístulas, realizou-se, rotineiramente, a avaliação de sua drenagem, visando classificá-las como estando “aberta e ativamente drenando” ou “fechada”, conforme previamente sugerido²³.

A avaliação da atividade da DC foi realizada por um médico não conhecedor do estado psicológico do paciente, na ocasião da aplicação dos questionários.

A avaliação psicológica foi realizada por um mesmo profissional (Flávia D'Agosto Vidal de Lima), sendo realizada no momento de inclusão ao estudo e, posteriormente, em intervalos de quatro meses, durante os 12 meses subsequentes. Os pacientes eram solicitados a responder aos instrumentos de autoavaliação 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 foi previamente utilizada em pacientes com DII²⁴, tendo demonstrado boa confiabilidade e validade.

O IBD é um dispositivo psicométrico de autoavaliação de depressão amplamente utilizado em várias populações, traduzido para diversos idiomas e validado em diferentes países, incluindo o Brasil²⁵. A escala original comporta 21 itens que inclui sintomas e atitudes com intensidade que varia de zero a três e visam identificar a presença de indicadores do humor depressivo, englobando diferentes categorias de sintomas, tais como: humor (tristeza, perda de interesse, choro e oscilação do humor), vegetativos ou somáticos (perda de peso, perda do apetite, do sono e fadiga), cognitivos (culpa, desesperança e ideias suicidas), sociais (reclusão social e inibição) e motores (inibição e agitação)²⁶. Foram considerados portadores de humor depressivo aqueles pacientes com escore superior a 20, em concordância com a validação Brasileira do IBD²⁵.

A HADS-A é uma escala simples e de autorrelato, com 14 questões de múltipla escolha, sendo composta de duas subescalas para ansiedade e depressão. Em duas revisões amplas da literatura, a HADS apresentou propriedades de rastreamento adequadas para dimensões separadas

de ansiedade e depressão²⁷. Considerou-se como portador de sintomas ansiosos aquele paciente que apresentou pontuação superior a oito na HADS, seguindo a validação nacional²⁸.

Foram considerados como portadores de humor oscilante aqueles pacientes que apresentassem mudança em seu estado psicológico em, pelo menos, uma das ocasiões da avaliação durante o período de seguimento clínico. Os pacientes com diagnóstico de oscilação do humor eram posteriormente encaminhados para tratamento psicológico, de acordo com a sua indicação.

Na mesma ocasião de reavaliação psicológica, os pacientes passavam por consulta clínica para verificação de atividade clínica da DC e estabelecimento de possível correlação entre as duas variáveis, assim como sua relação temporal.

A comparação entre os grupos, assim como a possível relação entre dados sociodemográficos 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. O nível de significância estatística foi estabelecido no valor de $p < 0,05$. A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa SPSS 14.0.

RESULTADOS

Foram avaliados, inicialmente, 55 pacientes portadores de DC. Dois (3,7%) pacientes não preencheram os critérios de inclusão e foram excluídos na entrevista inicial. Cinquenta e três (96,3%) foram, portanto, incluídos (33 mulheres e 20 homens, idade média de $40,6 \pm 11,8$ anos, variação de 18 a 65 anos). Durante o seguimento ambulatorial, três (5,7%) dos 53 pacientes não compareceram às consultas ambulatoriais de retorno e, conseqüentemente, foram excluídos do estudo. Assim, o total de 50 indivíduos participou de todo o período do estudo.

A Tabela 1 demonstra as principais características socioeconômicas e clínicas de base dos participantes.

A duração média da DC foi de 78 meses; a maioria dos pacientes (86%) apresentava o fenótipo inflamatório da doença, sendo que 41 (82%) pacientes estavam em remissão clínica, e 18 (36%) já tinham se submetido a algum procedimento cirúrgico para tratamento de complicações da DC.

Quanto à avaliação psicológica inicial, observou-se que 14 (28%) pacientes apresentavam humor depressivo de base e 28 (56%), sintomas de ansiedade. A oscilação do humor foi verificada em 29 (58%) pacientes avaliados durante o período total de seguimento. Desses, 14 (28%) participantes evoluíram com sintomas depressivos e/ou ansiosos a partir do humor normal de base, enquanto 15 (30%) apresentam normalização do humor durante o acompanhamento a partir do humor depressivo e/ou ansioso de base.

Tabela 1 – Aspectos clínicos e sociodemográficos na doença de Crohn (n = 50)

Sexo	
Feminino (n) (%)	32 (64)
Masculino (n) (%)	18 (36)
Idade (anos) (média ± DP)	40,6 ± 11,8
Raça	
Branca (n) (%)	43 (86)
Não branca(n) (%)	7 (14)
Estado civil	
Casados (n) (%)	29 (58)
Solteiros/separados (n) (%)	21 (42)
Estado profissional	
Renda estável (n) (%)	36 (72)
Sem renda fixa (n) (%)	14 (28)
Escolaridade	
Nível fundamental (n) (%)	23 (46)
Níveis médio e superior (n) (%)	27 (54)
Tabagismo (n) (%)	4 (8)
Etilismo (n)	3 (6)
Duração da doença (meses) (média ± DP)	78,3 ± 58,7
História familiar de depressão (n) (%)	23 (46)
Fenótipo da doença de Crohn	
Inflamatória (n) (%)	43 (86)
Penetrante (n) (%)	4 (8)
Estenosante (n) (%)	3 (6)
IADC inicial	
Remissão (n) (%)	41 (82)
Atividade clínica (n) (%)	9 (18)
Cirurgia prévia (n) (%)	18 (36)
IBD	
Normal (n) (%)	36 (72)
Humor depressivo (n) (%)	14 (28)
HAD inicial	
Normal (n) (%)	22 (44)
Ansiedade (n) (%)	28 (56)

DP, desvio-padrão; IADC, índice de atividade da doença de Crohn; IBD, inventário de depressão de Beck; HAD, subescala de ansiedade da escala hospitalar de ansiedade e depressão.

A Tabela 2 demonstra a associação entre a oscilação do humor e as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com DC. Verificou-se que o sexo feminino e aqueles pacientes que não se submeteram à cirurgia prévia por complicações da DC apresentaram, significativamente, maior oscilação do humor ($p = 0,04$ para ambos). Houve uma tendência para associação do consumo de álcool com a maior oscilação de humor ($p = 0,06$), embora o número

de pacientes com ingestão alcoólica na amostra ter sido pequeno ($n = 3$), para análise estatística robusta.

Durante o seguimento clínico, não foi observada correlação entre a oscilação do humor com a mudança de atividade clínica da DC ($p = 0,15$). Assim, dos 29 (58%) pacientes com oscilação do humor, 19 (38%) não apresentaram mudança na atividade clínica da DC, enquanto dez (20%) tiveram alteração na atividade da DC, sendo que cinco (10%) apresentam reativação da doença previamente em remissão e cinco (10%) remissão da doença que inicialmente estava em atividade.

DISCUSSÃO

Sigmund Freud, em 1886, foi o primeiro a destacar o papel do sofrimento psíquico na gênese de alterações orgânicas (p. ex.: diarreia, constipação, dor abdominal etc.) como influência de fatores conscientes e inconscientes²⁹. Posteriormente, com o advento da psicanálise, a origem inconsciente das doenças, regressão e dos ganhos foi consolidando-se. No entanto, apenas na década de 1930 com as terapias psicossomáticas, com base no estudo das relações mente-corpo e da importância da origem emocional das doenças orgânicas é que as DII foram classificadas e permaneceram assim durante anos como de etiologia psicossomática³⁰. Na década de 1950, o *behaviorismo* veio trazer maior preocupação com a busca de escalas e instrumentos de avaliação de tratamento, assim como de critérios diagnósticos específicos, preocupando-se com a metodologia, confiabilidade e validade dos diagnósticos e estudos³¹.

Atualmente, a teoria mais aceita para a etiologia das DII é a teoria imunológica. No entanto, é notório o papel das emoções no sistema imunológico¹⁵. O estresse pode ser definido como uma quebra da homeostase natural em que a resposta multissistêmica normal do corpo a qualquer agressão é ultrapassada, podendo iniciar, amplificar ou mesmo manter a inflamação da mucosa intestinal³². Além da importância do estresse na teoria imunológica, Zozaya *et al.* destacaram a importância de uma série de fatores na influência do comportamento do indivíduo frente à recuperação em enfermidades crônicas, como a constituição biológica do indivíduo, genética, fator ambiental e psicológico³³. Existem, portanto, vários estudos que comprovam a importância de fatores psicológicos no comportamento da doença, assim como na resposta ao tratamento de diversas doenças crônicas³⁴⁻³⁷. O mesmo foi abordado em diversos estudos que avaliaram a possível correlação entre o estresse e a atividade das DII. Apesar de resultados contraditórios, muitos pacientes dão importância a fatores psicológicos, particularmente o estresse como contribuidores da instalação e do curso clínico da doença^{18,38}.

A despeito de vários estudos abordando fatores psicológicos e sua influência no curso da doença inflamatória intestinal, North *et al.*¹⁴ destacaram diversas limitações

Tabela 2 – Relação entre aspectos clínicos e sociodemográficos com a oscilação do humor em pacientes com doença de Crohn (n = 50)

Características	Pacientes com oscilação do humor (n = 29) n (%)	Pacientes sem oscilação do humor (n = 21) n (%)	p
Gênero			
Feminino – n (%)	22 (44)	10 (20)	0,04
Masculino – n (%)	7 (14)	11 (22)	
Idade (média)	21	29	0,24
Estado civil			0,21
Relação estável n (%)	19 (38)	10 (20)	
Sem parceiro estável n (%)	10 (20)	11 (22)	
Raça			0,38
Branco – n (%)	26 (52)	17 (34)	
Não branco – n (%)	3 (6)	4 (8)	
Renda fixa			0,57
Com renda – n (%)	20 (40)	16 (32)	
Sem renda – n (%)	9 (18)	5 (10)	
Escolaridade			0,90
Até nível fundamental completo (n)	14	9	
Até nível médio (n)	12	10	
Ensino superior (n)	3	2	
Tabagismo			0,74
Sim – n (%)	2 (4)	2 (4)	
Não – n (%)	27 (54)	19 (38)	
Alcoolismo			0,06
Sim – n (%)	3 (6)	0 (0)	
Não – n (%)	26 (52)	21 (42)	
Duração da doença (meses)	29	21	0,75
Cirurgia prévia devido DC			0,04
Sim – n (%)	7 (14)	11 (22)	
Não – n (%)	22 (44)	10 (20)	
Uso de corticosteroides			0,15
Sim – n (%)	8 (16)	10 (20)	
Não – n (%)	21 (42)	11 (22)	

DC, doença de Crohn.

metodológicas desses estudos, tais como a natureza retrospectiva, pouco tempo de seguimento, inclusão de pacientes portadores de DC e colite ulcerativa no mesmo estudo, dentre outros problemas³⁹⁻⁴¹. Apesar da melhora metodológica em estudos subsequentes, os resultados permanecem controversos¹⁹.

Andrews *et al.* avaliaram 162 pacientes portadores de DII através da HADS e observaram um prevalência global de ansiedade e/ou depressão em cerca de 33% dos pacientes. Verificou-se, ainda, que os pacientes mais clinicamente enfermos apresentavam maior incidência de sintomas de ansiedade e/ou depressão do que aqueles clinicamente bem (50% *versus* 8%, p = 0,01)²⁴. Outros estudos também

documentaram maior incidência de sintomas depressivos e/ou ansiosos em portadores de DII, sendo que essa associação, até o presente momento, parece ser mais consistente na colite ulcerativa do que na DC^{40,42-44}.

Goodhand *et al.* avaliaram, em estudo transversal recentemente publicado, 204 pacientes portadores de DII (103 RCU e 101 DC) e 124 indivíduos saudáveis a ocorrência de transtorno depressivo ou ansioso através da utilização do HADS. A ocorrência de depressão e ansiedade foi duas vezes mais frequente em pacientes portadores de DII do que no grupo-controle. A incidência de depressão leve, moderada e grave foi de, respectivamente 15%, 3% e 1%. A ocorrência de ansiedade foi mais frequente, com

incidência de ansiedade leve em 25%, moderada em 29% e grave em 4%. Se por um lado a ocorrência de transtornos afetivos esteve associada à atividade da doença nos casos da RCU, o mesmo não ocorreu nos portadores de DC, corroborando os dados encontrados em nossa população⁴⁵.

Este é o primeiro estudo prospectivo longitudinal Brasileiro que avaliou a incidência da oscilação do humor em pacientes ambulatoriais com DC, bem como os possíveis fatores associados à mesma.

O presente estudo claramente demonstra uma elevada incidência (58%) de oscilação do humor em pacientes com DC, quando comparada à população de adultos saudáveis. Andrade *et al.* avaliaram 1.464 indivíduos na área de captação do Hospital das Clínicas da faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e observaram que cerca de 45% da população avaliada apresentava algum tipo de transtorno afetivo. A ocorrência de depressão maior foi observada em 19% e 13% dos indivíduos do gênero feminino e masculino, respectivamente. O diagnóstico de ansiedade também foi mais comum no gênero feminino, ocorrendo em 16% dos casos⁴⁶. Dados semelhantes também foram observados pelo National Comorbidity Survey, um estudo de cobertura nacional que avaliou 8.098 adultos, uma amostra probabilística da população geral americana⁴⁷.

A oscilação do humor foi praticamente bidirecional, isto é, um percentual similar de pacientes (30%) apresentou normalização do escore do BDI e da HAD durante o acompanhamento clínico a partir do humor depressivo e/ou ansioso de base, enquanto outro grupo (28%) desenvolveu sintomas depressivos ou ansiosos durante o estudo a partir do humor normal de base. Assim, parece importante que se efetue o rastreamento periódico do estado psicológico desses pacientes para se detectar possíveis mudanças no humor durante a evolução da doença, independente da DC estar ou não em atividade.

A incidência da oscilação do humor (58%) observada no presente estudo é bastante elevada quando comparada à prevalência de ansiedade e depressão (25% a 36%) em outros estudos que também avaliaram pacientes com DC^{40,46,48}. A definição utilizada no corrente estudo para se considerar a presença de oscilação do humor na DC, (isto é, considerou-se como humor oscilante os pacientes que apresentaram mudança em seu estado psicológico em pelo menos uma das ocasiões durante o seguimento clínico) talvez possa justificar, pelo menos parcialmente, a elevada taxa de oscilação do humor observada em nosso estudo. Também, decorrente de uma afecção crônica vivida por esses enfermos, poderia existir maior predisposição a distúrbios psicológicos nesta população diante de circunstâncias onerosas da vida. É importante ressaltar que os testes psicométricos como o BDI e a HAD, utilizados nesse estudo, são métodos bem adequados e amplamente validados para a investigação dos sintomas depressivos e ansiosos em populações clínicas^{10,18,42}.

Interessante que a história de cirurgia prévia foi um fator de proteção para a ocorrência de oscilação do humor. Uma possível explicação para tal associação observada é que esses pacientes pudessem ter seu temor diminuído por já terem sido submetidos a procedimento cirúrgico que promova alívio sintomático a curto e médio prazo. Assim, os pacientes operados que tiveram eliminados seus sintomas físicos que pioravam o seu estado de saúde seriam esperados que também apresentassem melhora psíquica.

Com relação à elevada taxa da oscilação do humor no sexo feminino (44%), ainda não há explicação científica que justifique esse fato, no entanto alguns estudos apontam que as mulheres são mais vulneráveis aos transtornos psicológicos^{46,49-54}, podendo ser decorrente de preocupações com a imagem corporal, efeitos da doença nos relacionamentos, na vida e outros fatores que relacionam esses sintomas aos hormônios femininos.

É importante ressaltar que mesmo tendo sido observada uma baixa taxa de consumo alcoólico significativo nesse estudo, notou-se uma tendência desses pacientes apresentarem humor oscilante. Esse fato não é surpreendente, pois é bem conhecido o impacto da ingestão alcoólica abusiva na esfera psíquica. Ressalte-se que durante o acompanhamento sistemático dos pacientes nas consultas que são periódicas e agendadas, os mesmos recebem orientações sobre os malefícios do uso do álcool no organismo, o que justifica o baixo consumo de álcool no grupo estudado.

Apesar da alta incidência de oscilação do humor na amostra estudada, não foi possível a comprovação da sua correlação com a mudança na atividade da doença. O presente estudo está em divergência com os resultados obtidos por Houssam *et al.* que observaram maiores níveis de ansiedade e desesperança associados a maiores índices de atividade da doença (também avaliado pelo IADC)⁵⁵. A maior probabilidade de reativação da doença após eventos estressantes de vida também foi observada em outros estudos⁵⁶. No entanto, esses estudos foram realizados em pacientes com colite ulcerativa, que muitas vezes tem um comportamento clínico diferente.

Uma limitação do presente estudo, no entanto, deve ser apontada. Embora os pacientes analisados fizessem parte do Ambulatório de DII de nossa Instituição, o cálculo do tamanho da amostra teve que ser baseado na assiduidade desses, tendo em vista a natureza longitudinal do estudo.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, observou-se que a incidência de oscilação de humor durante o período de seguimento foi elevada (58%), constituindo a maioria dos pacientes do estudo. Houve uma predominância desse distúrbio em pacientes do gênero feminino e naqueles que não foram

submetidos a nenhum procedimento cirúrgico decorrente da DC. Apesar da incidência significativa de oscilação do humor no grupo estudado, não se observou associação entre essa e a mudança de atividade da DC.

A avaliação psicológica periódica pode ser útil para detecção e possível abordagem da oscilação do humor em pacientes com DC. É oportuna a continuidade de estudos que busquem fazer articulações entre os aspectos psicológicos e orgânicos a fim de se conhecer melhor o paciente e de se buscar melhores estratégias terapêuticas para a melhoria da qualidade de vida desses enfermos.

REFERÊNCIAS

- Shivananda S, Lennard-Jones J, Logan R, Fear N, Price A, Carpenter L *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*. 1996;39(5):690-7.
- Markesich DC, Sawai ET, Butel JS, Graham DY. Investigations on etiology of Crohn's disease. Humoral immune response to stress (heat shock) proteins. *Dig Dis Sci*. 1991;36(4):454-60.
- Ringel Y, Drossman DA. Psychosocial aspects of Crohn's disease. *Surg Clin North Am*. 2001;81(1):231-52.
- Friedman S. General principles of medical therapy of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am*. 2004;33(2):191-208.
- Loftus EV Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*. 2004;126(6):1504-17.
- Kappelman MD, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, Dan Ollendorf, Bousvaros A, Richard JG *et al*. The prevalence and geographic distribution of Crohn's disease and ulcerative colitis in the United States. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5(12):1424-9.
- Yang SK, Loftus EV Jr, Sandborn WJ. Epidemiology of inflammatory bowel disease in Asia. *Inflamm Bowel Dis*. 2001;7(3):260-70.
- Gaburri PD, Chebli JM, Castro LE, Ferreira JO, Lopes MH, Ribeiro AM *et al*. Epidemiology, clinical features and clinical course of Crohn's disease: a study of 60 cases. *Arq Gastroenterol*. 1998;35(4):240-6.
- Souza MH, Troncon LE, Rodrigues CM, Viana CF, Onofre PH, Monteiro RA *et al*. Trends in the occurrence (1980-1999) and clinical features of Crohn's disease and ulcerative colitis in a university hospital in southeastern Brazil. *Arq Gastroenterol*. 2002;39(2):98-105.
- 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.
- Mawdsley JE, Rampton DS. Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut*. 2005;54(10):1481-91.
- Porcelli P, Zaka S, Centonze S, Sisto G. Psychological distress and levels of disease activity in inflammatory bowel disease. *Ital J Gastroenterol*. 1994;26(3):111-5.
- Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Bitton A, Daly D, Wild GE, Cohen A *et al*. Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 2001;96(5):1470-9.
- North CS, Alpers DH, Helzer JE, Spitznagel EL, Clouse RE. Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? A prospective study. *Ann Intern Med*. 1991;114(5):381-6.
- Mikocka-Walus AA, Turnbull DA, Moulding NT, Wilson IG, Andrews JM, Holtmann GJ. Controversies surrounding the comorbidity of depression and anxiety in inflammatory bowel disease patients: a literature review. *Inflamm Bowel Dis*. 2007;13(2):225-34.
- Walker EA, Gelfand MD, Gelfand AN, Creed F, Katon WJ. The relationship of current psychiatric disorder to functional disability and distress in patients with inflammatory bowel disease. *Gen Hosp Psychiatry*. 1996;18(4):220-9.
- Persoons P, Vermeire S, Demyttenaere K, Fischler B, Vandenberghe J, Van Oudenhove L *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*. 2005;22(2):101-10.
- 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.
- Maunder RG. Evidence that stress contributes to inflammatory bowel disease: evaluation, synthesis, and future directions. *Inflamm Bowel Dis*. 2005;11(6):600-8.
- Lashner B. Clinical features, laboratory findings and course of Crohn's disease. 5th ed. Chicago: W.B. Saunders; 2005.
- Gasche C, Scholmerich J, Brynskov J, D'Haens G, Hanauer SB, Irvine EJ *et al*. A simple classification of Crohn's disease: report of the Working Party for the World Congresses of Gastroenterology, Vienna 1998. *Inflamm Bowel Dis*. 2000;6(1):8-15.
- Best WR, Becktel JM, Singleton JW, Kern F Jr. Development of a Crohn's disease activity index. National Cooperative Crohn's Disease Study. *Gastroenterology*. 1976;70(3):439-44.
- Present DH, Rutgeerts P, Targan S, Hanauer SB, Mayer L, van Hogeand R *et al*. Infliximab for the treatment of fistulas in patients with Crohn's disease. *N Engl J Med*. 1999;340(18):1398-405.
- Andrews H, Barczak P, Allan RN. Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut*. 1987;28(12):1600-4.
- 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 Biol Res*. 1996;29(4):453-7.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(5):561-71.
- Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002;52(2):69-77.
- Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Jr, Pereira WA. Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(5):355-63.
- Freud S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos. São Paulo: Imago; 2004. v.2.
- Filho JM. Concepção psicossomática: visão atual. 9a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
- Skinner BF. Sobre o Behaviorismo. 13a ed. São Paulo: Editora Pensamento-Cultrix; 2011. v.1.
- Day TA. Defining stress as a prelude to mapping its neurocircuitry: no help from allostasis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005;29(8):1195-200.
- Zozaya J. El medico y el paciente en el contexto de la enfermedad crónica. *Rev Centro Policlin València*. 1985;3(1):117-9.
- Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychol*. 1995;14(5):388-98.
- Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*. 1995;91(4):999-1005.
- Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*. 1999;354(9187):1331-6.
- McFarlane AC, Brooks PM. An analysis of the relationship between psychological morbidity and disease activity in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1988;15(6):926-31.
- Robertson DA, Ray J, Diamond I, Edwards JG. Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut*. 1989;30(5):623-6.
- Talal AH, Drossman DA. Psychosocial factors in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am*. 1995;24(3):699-716.
- North CS, Alpers DH. A review of studies of psychiatric factors in Crohn's disease: etiologic implications. *Ann Clin Psychiatry*. 1994;6(2):117-24.
- Greene BR, Blanchard EB, Wan CK. Long-term monitoring of psychosocial stress and symptomatology in inflammatory bowel disease. *Behav Res Ther*. 1994;32(2):217-26.
- 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.
- Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Andreoli A, Luzi C *et al*. Stress and exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission. *Am J Gastroenterol*. 2000;95(5):1213-20.
- North CS, Clouse RE, Spitznagel EL, Alpers DH. The relation of ulcerative colitis to psychiatric factors: a review of findings and methods. *Am J Psychiatry*. 1990;147(8):974-81.
- Goodhand JR, Wahed M, Mawdsley JE, Farmer AD, Aziz, Q, Rampton DS. Mood disorders in inflammatory bowel disease: Relation to diagnosis, disease activity, perceived stress, and other factors. *Inflamm Bowel Dis*. 2012. [in press]
- Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(7):316-25.
- Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S *et al*. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
- Brandt MT, Ribeiro MS, Chebli LA, Franco MB, Pinto AL, Gaburri PD *et al*. Psychological distress in Brazilian Crohn's disease patients: screening, prevalence, and risk factors. *Med Sci Monit*. 2009;15(8):PH101-08.
- Harman JS, Rollman BL, Hanusa BH, Lenze EJ, Shear MK. Physician office visits of adults for anxiety disorders in the United States, 1985-1998. *J Gen Intern Med*. 2002;17(3):165-72.

50. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, June Ruan W, Goldstein RB *et al.* Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med.* 2005;35(12):1747-59.
51. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):617-27.
52. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha T *et al.* Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(7):785-95.
53. Reavley NJ, Jorm AF, Cvetkovski S, Mackinnon AJ. National depression and anxiety indices for Australia. *Aust N Z J Psychiatry.* 2011;45(9):780-7.
54. Houssami N, Irwig L, Simpson JM, McKessar M, Blome S, Noakes J. The influence of clinical information on the accuracy of diagnostic mammography. *Breast Cancer Res Treat.* 2004;85(3):223-8.
55. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Berto E, Andreoli A *et al.* Psychological stress and disease activity in ulcerative colitis: a multidimensional cross-sectional study. *Am J Gastroenterol.* 1994;89(8):1219-25.
56. Bitton A, Sewitch MJ, Peppercorn MA, Edwardes B, Shah S, Ransil B *et al.* Psychosocial determinants of relapse in ulcerative colitis: a longitudinal study. *Am J Gastroenterol.* 2003;98(10):2203-8.