

## FATORES RELACIONADOS À ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

### FACTORS RELATED TO ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Carlos Henrique dos Santos<sup>1</sup>, Amanda Galindo<sup>1</sup>, Bárbara da Silva<sup>1</sup>, Camila Dantas<sup>1</sup>, Isadora Guilherme<sup>1</sup>, José Elias Gomes<sup>1</sup>, Kayque Dallacqua<sup>1</sup>, Mariana de Souza<sup>1</sup>, & Patricia Senna<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Anhanguera–UNIDERP, Campo Grande, MS, Brasil.

**Resumo:** A doença de Crohn e a colite ulcerativa são Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) caracterizadas por períodos de atividade e remissão, às vezes com grande comprometimento funcional e, portanto, podem estar associadas a sintomas psicológicos e estigmatização dos pacientes. O objetivo deste estudo foi identificar os principais fatores associados à ansiedade e depressão em pacientes com DII. O aspecto psicológico foi analisado por meio de dois questionários validados globalmente - o Patient Health Questionnaire (PHQ-9) e o General Anxiety Disorder (GAD-7) - além de um questionário sociodemográfico, aplicado em três grupos, cada um composto por 100 indivíduos, o primeiro para pacientes ambulatoriais com diagnóstico de DII, o segundo para pacientes ambulatoriais sem diagnóstico de DII e o terceiro para indivíduos saudáveis. Os pacientes com DII apresentaram maior frequência de indicadores positivos para ansiedade (55%) e depressão (42%) em comparação com os outros grupos ( $p < 0,05$ ). Além disso, os indivíduos do grupo com DII também apresentaram graus mais intensos de ansiedade e depressão do que os demais grupos ( $p < 0,05$ ). Os principais fatores relacionados à maior prevalência de ansiedade e depressão foram menor frequência de trabalho estável, maior frequência da classe social E, além de autopercepção de não ser saudável ( $p < 0,05$ ). Aqueles que foram diagnosticados com DII com menos de dois anos de sintomas apresentaram menos depressão e a maioria dos que tem ansiedade e depressão não usa ansiolíticos e antidepressivos.

*Palavras-Chave:* Doença de Crohn, Colite ulcerosa, Depressão, Ansiedade, Prevalência

**Abstract:** Crohn's disease and ulcerative colitis are Inflammatory Bowel Diseases (IBD) characterized by periods of activity and remission, sometimes with major functional impairment, and thus may be associated with psychological symptoms and stigmatization of patients. The purpose of this study was to identify the main factors associated with anxiety and depression in patients with (IBD). The psychological aspect was analyzed using two globally validated questionnaires - the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the General Anxiety Disorder questionnaire (GAD-7) - in addition to a sociodemographic questionnaire, which were applied to three groups, each composed by 100 individuals, the first for outpatients diagnosed with IBD, the second for outpatients without IBD diagnosis and the third for healthy individuals. IBD patients had a higher frequency of positive indicators for anxiety (55%) and depression (42%) compared to the other groups ( $p < 0.05$ ), in addition, individuals in the IBD group also had more intense degrees of anxiety and depression than the other groups ( $p < 0.05$ ). The main factors related to the higher prevalence of anxiety and depression were lower frequency of steady job, higher frequency of social class E, as well as having self-perception of unhealthy ( $p < 0.05$ ). Those who were diagnosed with IBD with less than two years of

symptoms had less depression and most who have anxiety and depression do not use anxiolytics and antidepressants.

*Keywords:* Crohn's disease, Ulcerative colitis, Depression, Anxiety, Prevalence.

---

As duas formas clínicas de doenças inflamatórias intestinais (DII), doença de Crohn (DC) e colite ulcerativa (CU), são distúrbios intestinais crônicos de natureza idiopática, imprevisíveis e incuráveis, que requerem tratamento a longo prazo. Embora haja diferenças claras entre essas doenças, existem aspectos comuns, um dos quais é a alta probabilidade de comprometer a saúde mental, possivelmente devido ao caráter crônico e progressivo, contribuindo negativamente para a qualidade de vida (De Boer et al., 2016).

Os aspectos psicológicos dos pacientes com DII têm sido estudados desde a década de 1930 até os dias atuais, tornando inegável a relação entre manifestações intestinais e psicológicas (Bonaz & Bernstein, 2013). Pessoas com DII convivem com sintomas desagradáveis, como diarreia, dor abdominal, possíveis complicações como estenoses e fístulas que podem resultar em hospitalizações e procedimentos cirúrgicos. Esses sintomas, combinados com a incerteza de seu curso, fomentam preocupações exacerbadas, de modo que esses medos podem implicar comprometimento emocional e culminar nos distúrbios psiquiátricos mais comuns na DII: ansiedade e depressão (Enns et al., 2018).

A importância desses distúrbios também é descrita pela epidemiologia, que mostra números expressivos. A prevalência de sintomas depressivos na DII varia de 9,3% a 68%, enquanto na ansiedade varia de 22,5% a 80% (Byrne, et al., 2017). Além disso, em comparação com a população em geral, indivíduos com DII têm duas a quatro vezes mais chances de desenvolver transtornos depressivos ao longo da vida e três a cinco vezes mais chances de desenvolver transtornos de ansiedade. Como resultado, combinado com a falta de terapia psicológica, há mudanças orgânicas em vários sistemas fisiológicos. Tais modificações são descritas pela imunoneuroendocrinologia (Bottaccioli, Bottaccioli & Minelli, 2019), que explica que as emoções interferem diretamente no sistema endócrino, imunológico e nervoso, para que interajam bidirecionalmente com o sistema entérico, o que, conseqüentemente, afeta negativamente o curso da DII, por piora dos sintomas.

Como alguns exemplos, Mittermaier, et al. (2004) observaram um número maior de crises em pacientes deprimidos. Gradus, et al. (2010) relataram em um estudo que havia um número maior de casos de suicídio em pacientes com DII do que na população em geral. Byrne, et al. (2017) afirmaram que os transtornos depressivos e de ansiedade estão associados a uma maior morbimortalidade em pessoas com condições médicas crônicas.

Assim, para uma intervenção psicológica, é necessário um estudo aprofundado desses pacientes, a fim de se obter o diagnóstico de tais distúrbios emocionais. A partir disso, será possível estabelecer medidas terapêuticas eficazes para evitar as complicações mencionadas. Além disso, embora existam muitas pesquisas mostrando a relação entre DII com ansiedade e depressão (Bonaz & Bernstein, 2013; Bottaccioli et al., 2019; Byrne et al., 2017; Enns et al., 2018; Gradus et al., 2010; Mittermaier et al., 2004), faltam informações sobre quais aspectos específicos da DII estão mais associados a esses distúrbios. Isso é essencial para identificar na prática quais pacientes estariam mais sujeitos a esses distúrbios, o que poderia facilitar sua prevenção e tratamento. Assim, o objetivo do presente estudo foi identificar os principais fatores associados à ansiedade e depressão em pacientes com DII.

## MÉTODO

### *Participantes*

A pesquisa foi um estudo transversal, descritivo, que envolveu a aplicação de questionários em três grupos diferentes. O primeiro, denominado grupo IBD, consistia em 100 pacientes adultos acompanhados nos ambulatórios de coloproctologia de dois hospitais terciários que são referências para DII, alfabetizados e maiores de 18 anos. O segundo grupo, denominado grupo controle ambulatorial, consistia em 100 pacientes acompanhados nos ambulatórios de coloproctologia dos mesmos hospitais, mas por outras doenças, sem DII, alfabetizados e maiores de 18 anos. O terceiro foi o grupo de visitantes de um parque urbano onde são praticadas atividades ao ar livre, o grupo Controle-parque, composto por 100 pacientes adultos, que se declararam saudáveis, sem DII, alfabetizados e com mais de 18 anos.

### *Material*

Os instrumentos para coleta de dados foram o General Anxiety Disorder (GAD-7), Patient Health Questionnaire (PHQ-9), um questionário sociodemográfico e outro questionário aplicado exclusivamente no grupo DII. Especificando-os, o GAD-7 é um instrumento para avaliação, diagnóstico e monitoramento do transtorno de ansiedade generalizada (geralmente chamado apenas de ansiedade), composto por sete itens, dispostos em uma escala de quatro pontos: 0 (nenhuma uma vez daquele sintoma em um período de duas semanas) e 3 (quase todos os dias daquele sintoma em um período de duas semanas); portanto, sua pontuação varia de 0 a 21. Um indicador positivo é considerado igual ou maior que 10. Assim, quanto menor o número da soma (mais próximo de 0), menor o indicador positivo para o distúrbio e quanto mais próximo da soma máxima, maior a intensidade da patologia. Foi publicado por Spitzer et al. (2006) e validado por Kroenke et al. (2007), de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV. A literatura já citada identificou sensibilidade de 89% e especificidade de 82% Bergerot et al. (2017).

O PHQ-9 é usado para avaliar, diagnosticar e monitorar a presença ou ausência de transtorno depressivo maior (comumente chamado de depressão) (Martin et al., 2006). A ferramenta foi desenvolvida de acordo com os critérios do DSM-IV e permite o diagnóstico e rastreamento dos níveis de depressão. É composto por nove itens dispostos em uma escala idêntica ao GAD-7, com o mesmo funcionamento de sua soma e seu escore variando de 0 a 27. Os questionários que avaliam a presença de depressão em pacientes com DII foram validados por um estudo específico que demonstrou que o PHQ-9 tem maior sensibilidade (95%) quando comparado a outros questionários igualmente validados (Starcevic & Portman, 2013).

Esses questionários foram preparados de acordo com o DSM-IV. Embora exista uma atualização deste manual, o DSM-V, não houve alteração significativa nos critérios de diagnóstico de ansiedade e depressão que comprometesse seu uso (Bernstein et al., 2018; Starcevic & Portman, 2013).

O questionário sociodemográfico, elaborado pelos autores deste artigo, aborda temas relacionados à idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação da moradia, situação econômica, tabagismo, ter ou não ter plano de saúde e doenças concomitantes.

No último questionário, exclusivamente para o grupo com DII, haviam quatro questões relacionadas ao tempo de diagnóstico de DII, cirurgia e hospitalizações por DII e assistência psicológica.

### *Procedimento*

A abordagem dos pacientes do grupo com DII foi realizada após uma palestra educativa sobre o tema “Qualidade de Vida e DII”, previamente planejada pelos autores, e os questionários foram aplicados nos ambulatórios de coloproctologia. Em relação ao grupo de pacientes ambulatoriais controle, a abordagem também foi realizada em ambulatórios de coloproctologia, enquanto os pacientes aguardavam suas consultas para outras doenças além da DII. Para o grupo controle-parque, a abordagem foi realizada em pessoas que estavam dentro do parque urbano já referido.

Para os três grupos, foram realizados os mesmos procedimentos para coleta de dados: após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes receberam os questionários do GAD-7, PHQ-9 e a pesquisa sociodemográfica. Eles foram instruídos sobre o objetivo do projeto e o funcionamento dos questionários de auto-aplicação. Os questionários foram preenchidos individualmente, confidencialmente, sem a necessidade de identificação e colocados em uma pasta fosca imediatamente após serem devolvidos aos pesquisadores. Ao final, todos os participantes da pesquisa foram instruídos com informações sobre locais onde os serviços de saúde psicológica eram prestados e formas de obtê-los pelo sistema público de saúde por meio de um panfleto informativo.

### *Análise de dados*

Quanto ao tratamento dos dados, a comparação entre idade e diferentes grupos foi realizada pelo Teste de Análise de Variância (ANOVA), seguido pelo pós-teste de comparação de médias (Tukey). A avaliação da associação de variáveis categóricas, tanto sociodemográficas quanto relacionadas à DII, com diferentes grupos de pacientes ou com diferentes diagnósticos de DII ou com sinais de ansiedade e depressão, foi realizada pelo teste do qui-quadrado, com correção de Bonferroni quando necessário. Os demais resultados deste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas. A análise estatística foi realizada no programa estatístico SPSS, versão 23.0, considerando nível de significância de 5%.

## **RESULTADOS**

As características sociodemográficas dos indivíduos nos três grupos estudados são mostradas no Quadro 1, podendo-se observar que os grupos são semelhantes em termos de gênero, etnia e distribuição do tabagismo ( $p > 0,05$ ). Houve menor média de idade no grupo Controle-parque ( $p < 0,001$ ), maior número de pessoas divorciadas no grupo DII ( $p = 0,010$ ), maior número de indivíduos com emprego estável no grupo Controle-parque ( $p = 0,014$ ) e indivíduos de classes sociais mais baixas do grupo DII ( $p < 0,001$ ).

Em relação ao resultado do questionário PHQ-9, o Grupo DII obteve 42,0% de indicador positivo para depressão, significativamente superior ao do grupo Controle-parque (13,0%) ( $p = 0,001$ ), mas sem diferença estatisticamente significativa quando comparado ao grupo controle-ambulatorio (31,0%). Dessa forma, é possível observar que indivíduos com DII apresentaram maior prevalência de depressão. Além disso, ao avaliar de forma estratificada por gravidade, parece que não houve pacientes com forma grave de depressão no grupo Controle-parque, diferentemente dos outros grupos ( $p = 0,001$ ) (Quadro 2). Valores semelhantes também foram encontrados para ansiedade, com prevalência de 55,0%, quando comparados ao grupo controle-ambulatorio (38,0%) ( $p < 0,05$ ) e grupo controle-parque (20,0%) ( $p < 0,001$ ). Além disso, também houve um número menor de indivíduos

com ansiedade grave no grupo controle-parque em comparação aos outros grupos ( $p < 0,001$ ) (Quadro 3).

**Quadro 1.** Características sociodemográficas dos indivíduos estudados de acordo com o grupo.

Variáveis	Grupos			Valor de $p$
	DII	Controle-ambulatorio	Controle-parque	
<b>Gênero</b>				
Feminino	54,0 (54)	51,0 (51)	40,0 (40)	0,114
Masculino	46,0 (46)	49,0 (49)	60,0 (60)	
<b>Média de idade</b>	44,77±16,82a	49,49±14,38a	36,69±13,93b	<0,001
<b>Faixa etária (anos)</b>				
18-25	14,0 (14)ab	7,0 (07)b	23,0 (23)a	<0,001
26-36	26,0 (26)a	12,0 (12)b	35,0 (35)a	
37-59	37,0 (37)ab	53,0 (53)a	34,0 (34)b	
≥60	23,0 (23)a	28,0 (28)a	8,0 (08)b	
<b>Etnia</b>				
Branços	44,0 (44)	44,0 (44)	28,0 (28)	0,054
Pardos	44,0 (44)	49,0 (49)	53,0 (53)	
Negros	11,0 (11)	6,0 (06)	16,0 (16)	
Amarelos	0,0 (00)	1,0 (01)	3,0 (03)	
Indígenas	1,0 (01)	0,0 (00)	0,0 (00)	
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	37,0 (37)a	22,0 (22)a	36,0 (36)a	0,010
Casado	54,0 (54)a	58,0 (58)a	51,0 (51)a	
Divorciado	3,0 (03)b	16,0 (16)a	12,0 (12)a	
Viúvo	6,0 (06)a	4,0 (04)a	1,0 (01)a	
<b>Tabagismo</b>				
Sim	12,0 (12)	13,0 (13)	11,0 (11)	0,910
Não	88,0 (88)	87,0 (87)	89,0 (89)	
<b>Emprego/ocupação</b>				
Empregado	53,0 (53)b	62,0 (62)ab	76,0 (76)a	0,014
Desempregado	29,0 (29)a	22,0 (22)a	17,0 (17)a	
Aposentado	18,0 (18)a	16,0 (16)a	7,0 (07)a	
<b>Classe social</b>				
A	3,0 (03)a	1,0 (01)a	0,0 (00)a	<0,001
B	4,0 (04)a	5,0 (05)a	5,0 (05)a	
C	21,0 (21)b	23,0 (23)b	44,0 (44)a	
D	26,0 (26)b	44,0 (44)a	41,0 (41)ab	
E	46,0 (46)a	27,0 (27)b	10,0 (10)c	

**Nota.** Os resultados são apresentados como média ± desvio-padrão da média (idade) ou frequência relativa (frequência absoluta). Valor de  $p$  no teste ANOVA unidirecional ou no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os grupos (pós-teste de Tukey ou teste do qui-quadrado como correção de Bonferroni,  $p < 0,05$ ).

Para identificar possíveis fatores que poderiam influenciar diretamente o surgimento de ansiedade ou depressão, as informações coletadas foram cruzadas com grupos de indivíduos. Em relação à idade, não houve diferença geral entre os grupos, e a única observação significativa foi na análise da ansiedade no grupo controle-ambulatorio, em que 85,7% dos idosos eram negativos e 14,3% positivos ( $p=0,005$ ).

Comparando apenas indivíduos com critérios positivos para depressão ( $\text{PHQ-9} \geq 10$ ) e ocupação / emprego, observou-se que o grupo com DII possuía um número menor de pessoas com emprego estável (4,8%) do que os outros grupos (19,4% para o grupo controle-ambulatorio e 46,2% para o grupo controle-parque) ( $p < 0,001$ ) (Quadro 4).



**Quadro 2.** Prevalência de depressão entre os grupos estudados de acordo com o questionário PHQ-9.

Depressão	DII	Controle-ambulatório	Controle-parque	Valor de <i>p</i>
Negativo ( $\leq 10$ )	58,0 (58)b	69,0(69)b	87,0(87)a	
Positivo ( $>10$ )	42,0 (42)a	31,0 (31)a	13,0 (13)b	
Moderado (10-14)	19,0 (19)a	14,0 (14)a	8,0 (08)a	0,001
Moderadamente severo (15-19)	9,0(09)a	7,0(07)a	4,0(04)a	
Severo ( $\geq 20$ )	14,0 (14)a	10,0 (10)a	1,0 (01)b	

**Nota.** Os resultados são apresentados como média  $\pm$  desvio-padrão da média (idade) ou frequência relativa (frequência absoluta). Valor de *p* no teste ANOVA unidirecional ou no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os grupos (pós-teste de Tukey ou teste do qui-quadrado como correção de Bonferroni,  $p < 0,05$ ).

**Quadro 3.** Prevalência de ansiedade entre os grupos estudados de acordo com o questionário GAD-7.

Ansiedade	DII	Controle-ambulatório	Controle-parque	Valor de <i>p</i>
Negativo ( $\leq 10$ )	45,0 (45)b	62,0 (62)b	80,0 (80)a	
Positivo ( $>10$ )	55,0 (55)a	38,0 (38)a	20,0 (20)b	
Moderado (10-14)	19,0 (19)a	17,0(17)a	12,0(12)a	<0,001
Severo ( $\geq 15$ )	36,0 (36)a	21,0 (21)a	8,0 (08)b	

**Nota.** Os resultados são apresentados como média  $\pm$  desvio-padrão da média (idade) ou frequência relativa (frequência absoluta). Valor de *p* no teste ANOVA unidirecional ou no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os grupos (pós-teste de Tukey ou teste do qui-quadrado como correção de Bonferroni,  $p < 0,05$ ).

Na população com positividade para ansiedade, observada no Quadro 5, o mesmo ocorreu na comparação com ocupação, onde o grupo com DII apresentou 10,9% das pessoas com emprego estável, o grupo controle-ambulatório 26,3% e o grupo controle-parque 45% ( $p = 0,005$ ).

Também foi analisada a influência da classe social na presença ou ausência de ansiedade e depressão entre os grupos. Na comparação de cada classe (A a E) entre os grupos, não houve diferença em relação à ansiedade ( $p = 0,293$ ) e depressão ( $p = 0,644$ ). Também foi avaliada de forma agrupada, ou seja, classes A + B versus classes C + D + E, não resultando em diferença para ansiedade ( $p = 0,493$ ) ou depressão ( $p = 0,342$ ). A maioria dos indivíduos era de classes sociais mais baixas. Quanto à ansiedade, quando comparadas às classes A + B versus C + D + E, foram obtidos 5,5% x 94,5% no grupo com DII, 2,6% x 97,4% no grupo com controle-ambulatório e 0% x 100% no grupo controle-parque. Em relação à depressão, 4,8% x 95,2% no grupo DII, 0% x 100% no grupo controle-ambulatório e no grupo controle-parque.

Outra análise realizada refere-se ao questionamento sobre a autopercepção de ser saudável ou não. Ao fazer uma análise simples das respostas de acordo com os grupos, naturalmente aqueles no grupo controle-parque tiveram uma taxa maior (93%) de resposta “sim”, contra 62% no grupo DII e 72% no grupo controle-ambulatório ( $p < 0,001$ ) (Quadro 6).

**Quadro 4.** Frequência de indivíduos com PHQ-9  $\geq 10$  em relação à ocupação.

Ocupação	DII	Controle-ambulatório	Controle-parque	Valor de <i>p</i>
Estágio	0,0 (00)a	0,0 (00)a	15,4 (02)a	
Emprego estável	4,8 (02)b	19,4 (06)ab	46,2 (06)a	
Autônomo	40,5 (17)a	32,3 (10)a	23,1 (03)a	<0,001
Aposentado	16,7 (07)a	12,9 (04)a	0,0 (00)a	
Desempregado	38,1 (16)a	35,5 (11)a	15,4 (02)a	

**Nota.** Os dados são apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de *p* no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os grupos (teste do qui-quadrado, com correção de Bonferroni,  $p < 0,05$ ).

**Quadro 5.** Frequência de indivíduos com GAD-7  $\geq 10$  em relação à ocupação.

Ocupação	DII	Controle-ambulatorio	Controle-parque	Valor de <i>p</i>
Estágio	0,0 (00)a	0,0 (00)a	10,0 (02)a	0,005
Emprego estável	10,9 (06)b	26,3 (10)ab	45,0 (09)a	
Autônomo	38,2 (21)a	34,2 (13)a	15,0 (03)a	
Aposentado	16,4 (09)a	10,5 (04)a	5,0 (01)a	
Desempregado	34,5 (19)a	28,9 (11)a	25,0 (05)a	

**Nota.** Os dados são apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de *p* no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os grupos (teste do qui-quadrado, com correção de Bonferroni,  $p < 0,05$ ).

**Quadro 6.** Comparação entre os grupos quanto à autodeclaração de ser saudável ou não.

Autodeclarado saudável	DII	Controle-ambulatorio	Controle-parque	Valor de <i>p</i>
Não	38,0 (38)a	22,0 (22)b	7,0 (07)c	<0,001
Sim	62,0 (62)c	78,0 (78)b	93,0 (93)a	

**Nota.** Os resultados são apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de *p* no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os grupos (teste do qui-quadrado como correção de Bonferroni,  $p < 0,05$ ).

No entanto, a análise mais importante foi aquela em que apenas as respostas do grupo de DII foram comparadas com a depressão e ansiedade. Quanto à ansiedade, dos que se declararam saudáveis, 56,5% foram negativos para ansiedade contra 24,2% com ansiedade severa ( $p = 0,004$ ). No grupo que se autodeclarou não saudável ocorreu o contrário, 55,3% apresentaram ansiedade severa e apenas 26,3% negativas para ansiedade ( $p = 0,004$ ) (Quadro 7).

Percentuais análogos foram encontrados para o indicador de depressão positiva, conforme Quadro 8. Observa-se que dos indivíduos autodeclarados saudáveis do grupo DII, 75,8% eram negativos para depressão, enquanto 1,6% apresentavam em grau grave ( $p < 0,001$ ). Naqueles declarados não saudáveis, apenas 28,9% eram negativos para depressão, enquanto 34,2% apresentavam depressão grave ( $p < 0,001$ ) (Quadro 8). Quando questionados sobre a presença ou ausência de comorbidades, 9% do grupo DII responderam "sim", 19% do grupo com controle-ambulatorio e 6% do grupo controle-parque ( $p = 0,010$ ) (Quadro 9).

**Quadro 7.** Frequência de autodeclarados saudáveis pertencentes ao grupo DII em relação ao grau de gravidade de GAD-7.

Autodeclarados saudáveis	Grau de severidade do GAD-7			Valor de <i>p</i>
	Negativo (<10)	Moderado (10-14)	Severo ( $\geq 15$ )	
Sim	56,5 (35)a	19,4 (12)b	24,2 (15)b	0,004
Não	26,3 (10)b	18,4 (07)a	55,3 (21)a	

**Nota.** Os resultados são apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de *p* no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os grupos (teste do qui-quadrado como correção de Bonferroni,  $p < 0,05$ ).

**Quadro 8.** Frequência de autodeclarados saudáveis pertencentes ao grupo DII em relação ao grau de gravidade do PHQ-9.

Autodeclarados saudáveis	Grau de severidade do PHQ-9				Valor de <i>p</i>
	Negativo (<10)	Moderado (10-14)	Moderadamente severo (15-19)	Severo ( $\geq 20$ )	
Sim	75,8 (47)a	14,5 (09)a	8,1 (05)a	1,6 (01)b	<0,001
Não	28,9 (11)b	26,3 (10)a	10,5 (04)a	34,2 (13)a	

**Nota.** Os resultados são apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de *p* no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os grupos (teste do qui-quadrado como correção de Bonferroni,  $p < 0,05$ ).

**Quadro 9.** Presença de comorbidades nos indivíduos estudados de acordo com o grupo.

Comorbidades	DII	Controle-ambulatório	Controle-parque	Valor de <i>p</i>
Não	91,0 (91)ab	81,0 (81)b	94,0 (94)a	0,010
Sim	9,0 (9)ab	19,0 (19)a	6,0 (6)b	

**Nota.** Os resultados são apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de *p* no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os grupos (teste do qui-quadrado como correção de Bonferroni,  $p < 0,05$ ).

Na avaliação da ansiedade, comparando DC x CU, 46,6% x 40,7% foram negativos, apresentaram ansiedade moderada 17,8% x 22,2% e ansiedade grave 35,6% x 37% ( $p = 0,834$ ). Na avaliação da depressão, 57,5% x 59,3% foram negativos e 42,5% x 40,7% foram positivos ( $p = 0,942$ ). Ao estratificar o grau de gravidade da depressão, não houve diferença ( $p = 0,124$ ).

**Quadro 10.** Associação entre complicações e evolução da doença de acordo com o tipo de doença em indivíduos do grupo DII.

Variável	Doença de Crohn	Colite ulcerativa	Valor de <i>p</i>
<b>Tempo até o diagnóstico</b>			
< 2 anos	12,3 (09)	11,1 (03)	0,872
2-5 anos	34,2 (25)	29,6 (08)	
> 5 anos	53,4 (39)	59,3 (16)	
<b>Foi hospitalizado devido a DII?</b>			
Sim	74,0 (54)	70,4 (19)	0,915
Não	26,0 (19)	29,6 (08)	
<b>Cirurgia prévia devido a DII?</b>			
Sim	42,5 (31)a	14,8 (04)b	0,019
Não	57,5 (42)b	85,2 (23)a	
<b>Recebe/recebeu assistência psicológica?</b>			
Sim	13,7 (10)	25,9 (07)	0,252
Não	86,3 (63)	74,1 (20)	
<b>Usa ansiolítico/antidepressivo?</b>			
Sim	28,8 (21)	25,9 (07)	0,976
Não	71,2 (52)	74,1 (20)	

**Nota.** Os resultados são apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de *p* no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os grupos (teste do qui-quadrado como correção de Bonferroni,  $p < 0,05$ ).

Observou-se que houve diferença apenas quanto à necessidade de cirurgia, onde os pacientes com DC foram mais operados do que os pacientes com CU ( $p = 0,019$ ). Os demais aspectos: tempo de diagnóstico, necessidade de internação por doença, atendimento psicológico ou não e uso de ansiolíticos / antidepressivos não apresentaram diferença significativa ( $p > 0,05$ ) (Quadro 10). Quando esses mesmos fatores foram comparados com a presença ou ausência de ansiedade e depressão, observou-se que houve menos depressão naqueles com menos de dois anos de diagnóstico ( $p = 0,036$ ), a maioria dos ansiosos não faz uso de ansiolíticos ( $p = 0,022$ ), a maioria dos deprimidos não faz uso de antidepressivos ( $p = 0,010$ ), sem diferença significativa em relação a internação pela doença ( $p = 0,942$ ), cirurgias anteriores por causa da doença ( $p = 0,932$ ) e se recebem ou não atendimento psicológico ( $p = 0,463$ ) (Quadro 11).



**Quadro 11.** Associação entre complicações e progressão da doença e presença ou não de ansiedade/depressão em pacientes do grupo DII.

Variável	Ansiedade		Valor de <i>p</i>	Depressão		Valor de <i>p</i>
	Positivo	Negativo		Positivo	Negativo	
<b>Tempo até o diagnóstico</b>						
< 2 anos	9,1 (05)	15,6 (07)	0,433	2,4 (01)a	19,0 (11)b	0,036
2-5 anos	23,6 (13)	28,9 (13)		26,2 (11)a	25,9 (15)a	
> 5 anos	67,3 (37)	55,6 (25)		71,4 (30)a	55,2 (32)a	
<b>Foi hospitalizado devido a DII?</b>						
Sim	76,4 (42)	68,9 (31)	0,541	73,8 (31)	72,4 (42)	0,942
Não	23,6 (13)	31,1 (14)		26,2 (11)	27,6 (16)	
<b>Cirurgia prévia devido a DII?</b>						
Sim	38,2 (21)	31,1 (14)	0,598	35,7 (15)	34,5 (20)	0,932
Não	61,8 (34)	68,9 (31)		64,3 (27)	65,5 (38)	
<b>Recebe/recebeu assistência psicológica?</b>						
Sim	20,0 (11)	13,3 (06)	0,538	21,4 (09)	13,8 (08)	0,463
Não	80,0 (44)	86,7 (39)		78,6 (33)	86,2 (50)	
<b>Usa ansiolítico/antidepressivo?</b>						
Sim	38,2 (21)a	15,6 (07)b	0,022	42,9 (18)a	17,2 (10)b	0,010

**Nota.** Os resultados são apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de *p* no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os grupos (teste do qui-quadrado como correção de Bonferroni,  $p < 0,05$ ).

## DISCUSSÃO

O ponto de partida para a análise dos possíveis fatores relacionados à maior prevalência de ansiedade e depressão em pessoas com DII do que na população em geral foi a constatação de que essa desproporção realmente existe. Como pode ser visto nos resultados, os indivíduos do grupo DII apresentaram maior prevalência de ansiedade e depressão do que os do grupo controle-parque, pessoas supostamente saudáveis. Os resultados aqui apresentados estão de acordo com a literatura no que se refere ao fato de haver mais indivíduos com ansiedade e depressão com DII do que pessoas saudáveis. Padrão semelhante foi encontrado na literatura ao demonstrar que 9,3% a 68% dos pacientes com DII apresentam transtornos depressivos, enquanto a média da população mundial é de 11,1% (Addolorato et al., 1997; Byrne et al., 2017; Roberts et al., 2018; Yongwen et al., 2018).

Observa-se também que a DII predispõe e agrava as doenças psiquiátricas, principalmente os transtornos de humor e de ansiedade, que também influenciam no curso da doença de modo a agravá-la, gerando um ciclo vicioso (Arantes et al., 2017; Byrne et al., 2017; Kiebles et al., 2010). Diversas publicações também mostraram que a ansiedade e a depressão podem estar associadas a outras doenças crônicas que não apenas DII, como asma, diabetes e artrite, talvez porque também causem algum grau de estresse e desconforto a longo prazo (Lewis et al., 2019; Nakagawa, et al., 2017). O grupo de pessoas que compõem o grupo controle-parque é caracterizado por realizar alguma atividade física, mesmo que leve e esporádica, que pode ser um meio eficaz na prevenção e tratamento dos transtornos de ansiedade e depressão (Rebar et al., 2015).

Entre aqueles com critérios positivos para ansiedade, o grupo DII apresentou menor número de indivíduos com vínculo empregatício estável (10,9%) em comparação ao grupo controle-parque (45,0%). Notável diferença também foi observada em termos de depressão, onde apenas 4,8% dos pacientes do grupo DII tinham emprego estável contra 46,2% do grupo controle-parque. Vale questionar se a presença de ansiedade e / ou depressão pode ser causa ou consequência da menor empregabilidade no grupo DII. Enns et al., (2018) demonstraram que a ansiedade e a depressão

impactam na funcionalidade laboral e no absenteísmo, o que pode contribuir para que os indivíduos tenham menos empregos permanentes.

É possível que a questão do emprego esteja diretamente relacionada à classe social, já que no grupo DII foram obtidos 46% dos indivíduos pertencentes à classe social E, contra 27% no grupo controle-ambulatório e apenas 10% no grupo controle-parque. Porém, quando houve cruzamento de classes sociais com positividade para ansiedade e depressão, não houve significância estatística para esse fator, demonstrando que o fato de estar empregado, ou seja, ter uma ocupação que dá maior sentido à vida, permite ao indivíduo sentir-se útil, o que pode significar mais do que simplesmente obter uma remuneração. Vários autores têm demonstrado altos índices de instabilidade ocupacional e financeira em pacientes com DII, o que pode estar relacionado ao prejuízo funcional gerado tanto pela doença quanto pelos transtornos psiquiátricos associados (Kessler et al., 2003; Kim et al., 2013; Williams et al., 2005).

Investigou-se se havia diferença entre as duas formas de DII, o que não foi evidenciado, bem como não houve diferença quanto à gravidade dos distúrbios. Embora muitos possam ter a impressão de que a CU é uma doença mais benigna do que a DC, as evidências mostram que isso nem sempre é verdade, e a CU pode evoluir de forma bastante séria e comprometer a qualidade de vida dos pacientes (Souza & Fiocchi, 2016). Assim, ambos teriam possibilidade semelhante de afetar emocionalmente os pacientes e, portanto, teriam prevalência semelhante de ansiedade e depressão, conforme já demonstrado por outros autores (Arantes et al., 2017; Kochar et al., 2018 Lewis et al., 2019).








Observou-se menor prevalência de depressão entre os indivíduos com DII diagnosticados com menos de dois anos de sintomas, o que pode ser justificado pelo fato de provavelmente terem sido tratados em tempo hábil, pois quando realizados dentro da chamada “janela de oportunidade” há uma chance maior de que o tratamento promova remissão sustentada (Berget al, 2019) e, conseqüentemente, proporcione uma melhor qualidade de vida. Assim, era realmente esperado que esse resultado fosse obtido, porém, o mesmo não aconteceu em relação à ansiedade.

Assim, pode-se perceber na presente pesquisa que pessoas com DII apresentam maior prevalência de ansiedade e depressão do que indivíduos saudáveis, mas sem diferença quando comparados àqueles com outras doenças crônicas. Os principais fatores identificados como causadores ou relacionados ao surgimento de tais transtornos psiquiátricos foram a autopercepção de não ser saudável e a menor taxa de emprego estável. Indivíduos com DII diagnosticados menos de dois anos após o início dos sintomas apresentaram menos depressão do que aqueles que demoraram mais para serem diagnosticados e, finalmente, a maioria daqueles que têm ansiedade ou depressão não usa medicamentos para esses transtornos. Embora o levantamento de dados tenha sido realizado em dois hospitais diferentes e em um parque, todos eram da mesma cidade, o que pode ser caracterizado como um único centro de estudo, sendo esta a principal fragilidade da pesquisa. Pode-se acrescentar também o fato de não ter sido verificada a atividade da doença inflamatória no grupo DII, a fim de melhor caracterizar a influência da doença ativa na prevalência de ansiedade e depressão, porém, nem a atividade das comorbidades foi verificada no grupo controle-ambulatório, o que seria difícil de se verificar. A justificativa para o fato desta avaliação não ter sido realizada é dar maior veracidade às informações que foram coletadas por meio de questionário, a fim de proporcionar aos indivíduos um maior grau de confiança quanto ao sigilo para que pudessem responder adequadamente às perguntas íntimas. Os resultados aqui encontrados não são um ponto final sobre o assunto, mas sim um acréscimo de informações quanto à importância de valorizar os aspectos emocionais dos pacientes com DII, atuando na prevenção, diagnóstico e tratamento adequado.

## ORCID

Carlos Henrique dos Santos  <https://orcid.org/0000-0002-1181-7329>

Amanda Galindo  <https://orcid.org/0000-0001-8707-8983>

Barbara Alencar  <https://orcid.org/0000-0002-5245-9660>  
Camila Dantas  <https://orcid.org/0000-0002-0275-264X>  
Isadora Guilherme  <https://orcid.org/0000-0002-1122-3491>  
José Elias Gomes  <https://orcid.org/0000-0003-1337-4768>  
Kayque Dallacqua  <https://orcid.org/0000-0002-0564-0870>  
Mariana Souza  <https://orcid.org/0000-0001-7866-4737>  
Patricia Senna  <https://orcid.org/0000-0002-2361-2523>

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Carlos Santos: Concetualização; Curadoria dos dados; Análise formal; Investigação Redação do rascunho original; Redação – revisão e edição.

Amanda Galindo: Concetualização; Análise formal; Metodologia; Supervisão; Validação; Redação – revisão e edição.

Barbara Alencar: Recursos; Validação; Redação – revisão e edição.

Camila Dantas: Concetualização; Curadoria dos dados; Análise formal; Investigação Redação do rascunho original; Redação – revisão e edição.

Isadora Guilherme: Recursos; Validação; Redação – revisão e edição.

José Elias Gomes: Concetualização; Análise formal; Metodologia; Supervisão; Validação; Redação – revisão e edição.

Kayque Dallacqua: Recursos; Validação; Redação – revisão e edição.

Mariana Souza: Recursos; Validação; Redação – revisão e edição.

Patricia Senna: Concetualização; Análise formal; Metodologia; Supervisão; Validação; Redação – revisão e edição.

## REFERÊNCIAS

- Addolorato, G., Capristo, E., Stefanini, G. F., & Gasbarrini, G. (1997). Inflammatory bowel disease: A study of the association between anxiety and depression, physical morbidity, and nutritional status. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 32, 1013-1021. <https://doi.org/10.3109/00365529709011218>
- Arantes, J. A. V., Santos, C. H. M., Delfino, B. M., Silva, B. A., Souza, R. M. M., Souza, T. M. M., Flavio, I. D., Ferreira, C. G., & Cruz, S. B. G. (2017). Epidemiological profile and clinical characteristics of patients with intestinal inflammatory disease. *Journal Coloproctology*, 37, 273–278. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.06.004>
- Berg, D. R., Colombel, J. F., & Ungaro, R. (2019). The role of early biologic therapy in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 25, 1896-1905. <https://doi.org/10.1093/ibd/izz059>
- Bergerot, C. D., Mitchell, H. R., Ashing, K. T., & Kim, Y. (2017). A prospective study of changes in anxiety, depression, and problems in living during chemotherapy treatments: effects of age and gender. *Supportive care in cancer*, 25, 1897-1904. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3596-9>
- Bernstein, C. N., Zhang, L., Lix, L. M., Graff, L. A., Walker, J. R., Fisk, J. D., Patten, S. B., Hitchon, C. A., Bolton, J. M., Sareen, J., El-Gabalawy, R., Marriott, J., & Marrie, R., A. (2018). The validity and reliability of screening measures for depression and anxiety disorders in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 24, 1867-1875. <https://doi.org/10.1093/ibd/izy068>
- Byrne, G., Rosenfeld, G., Leung, Y., Qian, H., Raudzus, J., Nunez, C., & Bressler, B. (2017). Prevalence of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease. *Canadian Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 2017, 6496727. <https://doi.org/10.1155/2017/6496727>
- De Boer, A. G., Evertsz, F. B., Stokkers, P. C., Bockting, C. L., Sanderman, R., Hommes, D. W., Sprangers, M. A. G., & Frings-Dresen, M. H. W. (2016). Employment status, difficulties at work

- and quality of life in inflammatory bowel disease patients. *European Journal of Gastroenterol Hepatology*, (28), 1130–1136. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000000685>
- Enns, M. W., Bernstein, C. N., Kroeker, K., Graff, L., Walker, J. R., Lix, L. M., Hitchon, C.A., El-Gabalawy, R., Fisk, J. D., & Marrie, R., A. (2018). The association of fatigue, pain, depression and anxiety with work and activity impairment in immune mediated inflammatory diseases. *PLoS one*, 13, e0198975. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198975>
- Frolkis, A. D., Dykeman, J., Negrón, M. E., Debruyn, J., Jette, N., Fiest, K. M., Frolkis, T., Barkema, H. W., Rioux, K.P., Panaccione, R., Ghosh, S., Wiebe, S., & Kaplan, G. G. (2013). Risk of surgery for inflammatory bowel diseases has decreased over time: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Gastroenterology*, 145, 996-1006. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2013.07.041>
- Gradus, J. L., Qin, P., Lincoln, A. K., Miller, M., Lawler, E., Sørensen, H. T., & Lash, T. T. (2010). Inflammatory bowel disease and completed suicide in Danish adults. *Inflammatory Bowel Diseases*, 16, 2158-2161. <https://doi.org/10.1002/ibd.21298>
- Kessler, R. C., Ormel, J., Demler, O., & Stang, P. E. (2003). Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: Results from the national comorbidity survey. *Journal of Occupational and environmental medicine*, 45, 1257-1266. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000100000.70011.bb>
- Kiebles, J. L., Doerfler, B., & Keefer, L. (2010). Preliminary evidence supporting a framework of psychological adjustment to inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 16, 1685-95. <https://doi.org/10.1002/ibd.21215>
- Kim, E. S., Cho, K. B., Park, K. S., Jang, B. I., Kim, K. O., Jeon, S. W., Jung, M.K., Kim, E. Y., & Yang, C. H. (2013). Predictive factors of impaired quality of life in Korean patients with inactive inflammatory bowel disease: Association with functional gastrointestinal disorders and mood disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 47, e38-e44. <https://doi.org/10.1097/MCG.0b013e318266fff5>
- Kochar, B., Barnes, E. L., Long, M. D., Cushing, K. C., Galanko, J., Martin, C. F., Raffals, L. E., & Sandler, R. S. (2018). Depression is associated with more aggressive inflammatory bowel disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 113, 80-85. <https://doi.org/10.1038/ajg.2017.423>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Lowe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146, 317-325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- Lewis, K., Marrie, R. A., Bernstein, C. N., Graff, L. A., Patten, S. B., Sareen, J., Fisk, J. D., & Bolton, J. M. (2019). The prevalence and risk factors of undiagnosed depression and anxiety disorders among patients with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 25, 1674-1680. <https://doi.org/10.1093/ibd/izz045>
- Martin, A., Rief, W., Klaiberg, A., & Braehler, E. (2006). Validity of the brief patient health questionnaire mood scale (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry*, 28, 71-77. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.07.003>
- Mittermaier, C., Dejacó, C., Waldhoer, T., Oefflerbauer-Ernst, A., Miehsler, W., Beier, M., Tillinger, W., Gangl, A., & Moser, G. (2004). Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 79–84 <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000106907.24881.f2>
- Nakagawa, R., Yamaguchi, S., Kimura, S., Sadamasu, A., Yamamoto, Y., Sato, Y., Akagi, R., Sasho, T., & Ohtori, S. (2017). Association of anxiety and depression with pain and quality of life in patients with chronic foot and ankle diseases. *Foot Ankle International*, 38, 1192-1198. <https://doi.org/10.1177/1071100717723133>

- Rebar, A. L., Stanton, R., Geard, D., Short, C., Duncan, M. J., & Vandelanotte, C. (2015). A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychology Review*, 9, 366-378. <https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1022901>
- Roberts, T., Esponda, G. M., Krupchanka, D., Shidhaye, R., Patel, V., & Rathod, S. (2018). Factors associated with health service utilisation for common mental disorders: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18, 262. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1837-1>
- Souza, H. S. P., & Fiocchi, C. (2016). Immunopathogenesis of IBD: Current State of the Art. *Nature Reviews. Gastroenterology and Hepatology*, 13, 13-27. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2015.186>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Starcevic, V., & Portman, M. E. (2013). The status quo as a good outcome: how the DSM-5 diagnostic criteria for generalized anxiety disorder remained unchanged from the DSM-IV criteria. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47, 995-997. <https://doi.org/10.1177/0004867413503719>
- Williams, M., Budavari, A., Olden, K. W., & Jones, M. P. (2005). Psychosocial assessment of functional gastrointestinal disorders in clinical practice. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 39, 847-857. <https://doi.org/10.1097/01.mcg.0000180637.82011.bb>
- Yongwen, J., Chauhan, U., Armstrong, D., Marshall, J., Tse, F., Moayyedi, Reinisch, W., Halder, S. (2018). A comparison of the prevalence of anxiety and depression between uncomplicated and complex IBD patient groups. *Gastroenterology nursing*, 41, 427-435. <https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000338>