



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO: CIÊNCIAS EM GASTROENTEROLOGIA E
HEPATOLOGIA

RAQUEL PELLIZZARI CALIXTO

O Impacto das Doenças Inflamatórias Intestinais na Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão: avaliação através dos questionários *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)*, *Short Form Health Survey Versão 1(SF-36)* e *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*.

Porto Alegre
2011

RAQUEL PELLIZZARI CALIXTO

O Impacto das Doenças Inflamatórias Intestinais na Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão: avaliação através dos questionários *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ), *Short Form Health Survey* (SF-36) e *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

Trabalho apresentado como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação: Ciências em Gastroenterologia e Hepatologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador Dr. Carlos Fernando de Magalhães Francesconi

Porto Alegre
2011

CIP - Catalogação na Publicação

Pellizzari Calixto, Raquel

O Impacto das Doenças Inflamatórias Intestinais na Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão: avaliação através dos questionários Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ), Short Form Health Survey Versão 1 (SF-36) e Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). / Raquel Pellizzari Calixto. -- 2011. 60 f.

Orientador: Carlos Fernando de Magalhães Francesconi.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências em Gastroenterologia, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Doenças Inflamatórias Intestinais. 2. Qualidade de Vida. 3. Ansiedade. 4. Depressão. I. de Magalhães Francesconi, Carlos Fernando, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Aos meus pais, Ney Moura Calixto e Ivete Pellizzari, que tanto amo e respeito, principais incentivadores dessa conquista, que sempre me deram muito amor e me proporcionaram oportunidades de chegar até aqui, que sempre me apoiaram e estiveram comigo durante a minha caminhada.

Ao meu noivo Robson Moraes Macedo, a quem amo muito, que esteve presente em momentos importantes da minha vida, obrigada pela compreensão nos dias difíceis, pelo incentivo e apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Carlos Fernando de Magalhães Francesconi por ter me aceito como sua orientanda, pela paciência e sabedoria, por ter me aconselhado, e compartilhado sua experiência e conhecimento ao longo desse caminho em que aprendi e cresci como profissional.

À Dra. Cristina Flores, por toda contribuição, ajuda e carinho que tiveste comigo nesse trabalho.

À Nutricionista Lia Nunes Ferreira Alves, amiga querida, companheira de tempos da faculdade, obrigada por ter me ajudado muito, por ter contribuído nas tardes de troca de saberes, desabafos e carinho.

Ao Curso de Pós-Graduação Ciência em Gastroenterologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde realizei minha pesquisa.

Ao secretário do Serviço de Gastroenterologia Fernando Soares e às secretárias da Pós-Graduação Moema Vianna Goulart e Jamile da Silva Ladeira, pelo carinho e respeito.

Ao Fundo de Incentivo a Pesquisa – FIPE do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo suporte financeiro.

A Capes, pela bolsa de apoio à pesquisa.

Aos residentes, doutorandos e funcionários do ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal, na zona 15, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde fiz minha coleta de dados.

Aos pacientes, sujeitos dessa pesquisa, cuja participação foi de grande importância para o conhecimento.

SUMÁRIO

RESUMO	VIII
ABSTRACT	IX
LISTA DE QUADROS	X
LISTA DE TABELAS	XI
LISTA DE ABREVIATURAS	XII
1 REFERENCIAL TEÓRICO	13
1.1 Doença Inflamatória Intestinal	13
1.2 Epidemiologia	14
1.3 Critérios Diagnóstico e Tratamento	15
1.4 Qualidade de Vida e Doença Inflamatória Intestinal	16
1.5 Questionário - <i>Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)</i>	18
1.6 Questionário – <i>Short Form Health Survey 36 (SF-36)</i>	19
1.7 Questionário - <i>Hospital Anxiety and Depression (HADS)</i>	20
1.8 <i>Ecores de Truelove e Harvey-Bradshaw</i>	21
2 JUSTIFICATIVA	24
3 OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo Geral	25
3.2 Objetivos específicos	25
4. PACIENTES E MÉTODOS	26
4.1 Critérios de inclusão	26
4.2 Critérios de exclusão	26
4.3 Delineamento	26
4.4 Metodologia	26
5 ASPECTOS ESTATÍSTICOS	28
5.1 Cálculo amostral	28
5.2 Análise estatística dos dados	28
6 ASPECTOS ÉTICOS	29
7 RESULTADOS	30
8 DISCUSSÃO	37
9 CONCLUSÃO	43
REFERENCIAS	44
APENDICE	49

ANEXO 1 IBDQ –Versão em Português	50
ANEXO 2 HADS	57
ANEXO 3 SF-36	59
ANEXO 4 Artigo	63

RESUMO

INTRODUÇÃO: As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) são constituídas principalmente pela Retocolite Ulcerativa e pela Doença de Crohn; são mais prevalentes entre 20 e 40 anos de idade. São caracterizadas por processo inflamatório crônico, sendo as suas principais manifestações clínicas dor abdominal e diarreia. São doenças que podem afetar a qualidade de vida dos pacientes e causam com frequência ansiedade e depressão em seus portadores. Para avaliação da qualidade de vida em pacientes com doença inflamatória intestinal podem ser utilizados questionários doença-específicos *Inflammatory Bowel Disease*, bem como questionários genéricos multidimensionais como o *Short Form Health Survey 36*, que mede a qualidade de vida em oito domínios. O questionário *Hospital Anxiety and Depression Scale*, com 14 questões, dividido em duas sub-escalas, tem sido utilizado para avaliação de ansiedade e depressão. Todos estes questionários são validados para a língua portuguesa. **OBJETIVO:** Avaliar a qualidade de vida de pacientes com doença inflamatória intestinal através do questionário *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ). **METODOLOGIA:** Estudo transversal, com questionários auto-aplicáveis, aprovado pelo CEP do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (09-091). Para um nível de significância de 5%, obteve-se um total mínimo de 113 pacientes com o diagnóstico de DII. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram aplicados três questionários, dois de qualidade de vida (IBDQ e SF-36) e um de ansiedade e depressão (HADS). **RESULTADOS:** 120 pacientes participaram do estudo, com média de idade de 41 anos. 70 (58,3%) eram do sexo feminino, 69 eram portadores de DC. Não houve baixos escores de qualidade de vida através dos domínios do IBDQ, sintomas intestinais ($52 \pm 12,7$), sintomas sistêmicos ($23,3 \pm 7,0$), aspectos sociais ($26 \pm 8,5$) e aspectos emocionais ($56,3 \pm 18,1$). O SF-36, mostrou baixos escores em limitações físicas ($47,2 \pm 42,4$) e aspectos emocionais ($49,8 \pm 43,4$); o HADS:apresentou uma média de $9,5 \pm 2,7$ para ansiedade e $8,7 \pm 2,0$ para depressão. **CONCLUSÃO:** o instrumento IBDQ mostra que os pacientes apresentaram boa qualidade de vida, não havendo diferença entre os pacientes com DC e RCU; somente os domínios limitações físicas e aspectos emocionais se mostraram afetados quando se avaliou qualidade de vida pelo SF-36; os escores do instrumento HADS sugerem que as DII estejam associadas a níveis leves de ansiedade e depressão.

Palavras- chave: doença inflamatória intestinal, qualidade de vida, ansiedade e depressão.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Inflammatory Bowel Disease (IBD) mainly comprises ulcerative colitis and Crohn's disease; they are more prevalent between 20 and 40 years of age. They are characterized by chronic inflammation and its main clinical manifestations are abdominal pain and diarrhea. These disorders affect the quality of life of the patients and may cause anxiety and depression. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease may be assessed by the disease-specific multidimensional Inflammatory Bowel Disease Questionnaire; it can also be evaluated generic multidimensional *Short Form Health Survey 36*, that measures the quality of life in eight domains. The *Hospital Anxiety and Depression Scale* has been used to assess anxiety and depression; it is a questionnaire with 14 questions, divided into two sub-scales. All these questionnaires have been validated to the Portuguese language.

AIM: Assessing quality of life of patients with inflammatory bowel disease through the questionnaire *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ).

METHODS: Cross-sectional study with self-reported questionnaires, approved by the CEP of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre (09-091). For a significance level of 5%, we obtained a total of 113 patients diagnosed with IBD. All participants signed a consent form. Three questionnaires were applied, two quality of life (IBDQ and SF-36) and an

anxiety and depression (HADS). **RESULTS:** 120 patients participated in the study, with a mean age of 41 years. 70 (58.3%) were female, 69 were suffering from CD. There were no low scores of quality of life across the domains of the IBDQ, intestinal symptoms (52 ± 12.7), systemic symptoms (23.3 ± 7.0), social aspects (26 ± 8.5) and emotional aspects ($56, 3 \pm 18.1$). SF-36 showed lower scores on physical limitations (47.2 ± 42.4) and emotional (49.8 ± 43.4); HADS: mean 9.5 ± 2.7 and 8.7 for anxiety ± 2.0 for depression. **CONCLUSIONS:** the IBDQ questionnaire did show that patients, as a whole, had good quality of life, with no difference between patients with CD and UC; only the domains physical limitations and emotional aspects proved affected when measuring quality of life by SF-36; HADS scores suggest that IBD is associated with mild levels of anxiety and depression.

Keywords: inflammatory bowel disease, quality of life, anxiety and depression.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Índice de gravidade da Retocolite Ulcerativa – Truelove **pag 21**
- Quadro 2** - Índice de atividade da Doença de Crohn – Harvey-Bradshaw **pag 22**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra	pag 30
Tabela 2 - Atividade da doença através dos Índices de Harvey- Bradshaw e Truelove	pag 30
Tabela 3 – Qualidade de vida – IBDQ e SF-36.....	pag 31
Tabela 4 – Ansiedade e Depressão	pag 32
Tabela 5 – Comparação entre as doenças através do teste t- Student para amostras independentes	pag 32
Tabela 6 – Associações entre as escalas através do coeficiente de correlação de Pearson	pag 33
Tabela 7 - Associação entre SF-36 e HADS através do coeficiente de correlação de Pearson	pag 34
Tabela 8 – Associações entre qualidade de vida, ansiedade e depressão com o índice de Gravidade da Retocolite Ulcerativa – Truelove através do coeficiente de correlação de Spearman	pag 35
Tabela 9 - Associações entre qualidade de vida, ansiedade e depressão com o índice de atividade da Doença de Crohn – Harvey-Bradshaw através do coeficiente de correlação de Spearman.....	pag 36

LISTA DE ABREVIATURAS

DII –	Doença Inflamatória Intestinal
RCUI -	Retocolite Ulcerativa Idiopática
DC -	Doença de Crohn
PCR -	Proteína C reativa
TNF- alfa -	Fator de necrose tumoral alfa
TGI	Trato gastrointestinal
OMS -	Organização Mundial da Saúde
IBDQ -	<i>Inflammatory Bowel Disease Questionnaire</i>
SF-36 -	<i>Short Form Health Survey 36</i>
HADS -	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
SI -	Sintomas intestinais
SS -	Sintomas Sistêmicos
AS -	Aspectos sociais
AE -	Aspectos Emocionais
n-	Amostra
HBI	Harvey –Bradshaw Índice
CDAI	<i>Crohn's Disease Activity Index</i>

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Doença Inflamatória Intestinal

Doença inflamatória intestinal (DII) abrange doenças como a Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa Idiopática (RCUI), cujo órgão alvo é o intestino. Sua etiologia é desconhecida. Fatores ambientais (fumo, anticoncepcionais, dieta, infecções, amamentação, doenças na infância e apendicectomia) ao interagirem com a predisposição genética do paciente, são prováveis gatilhos da doença que desencadeiam uma resposta imunológica descontrolada originando um processo inflamatório crônico intestinal. São doenças com baixa taxa de mortalidade, porém sua elevada morbidade interfere de forma significativa na qualidade de vida dos doentes (Rodríguez-Moranta, *et al.* 2007; Krishnan, *et.al.* 2002).

O início da DII ocorre com mais frequência entre 20 e 40 anos de idade em ambos os sexos, o quadro clínico mais freqüente inclui diarreia crônica, dor abdominal, sangramento retal, febre, perda de peso, desnutrição, deficiência-retardo de crescimento, manifestações extra-intestinais (articulares, dermatológica, oftálmicas, hematológicas, vasculares e hepáticas), obstruções gastrointestinais parciais ou totais e fístulas perianais (Rodríguez-Moranta, *et al.* 2007; Pezzone, *et.al.* 2002).

A Doença de *Crohn* (DC) pode envolver qualquer parte do TGI, desde a boca até o ânus, mas atinge predominantemente o íleo terminal e o cólon. Ela evolui por surtos de exacerbação e remissão (Beattie, *et.al.*2006). É caracterizada por processo inflamatório crônico, idiopático, de natureza transmural, que não respeita a superfície mucosa, estendendo-se à profundidade da parede comprometida e pode exteriorizar-se para estruturas vizinhas. Reconhecem-se três formas básicas de apresentações da doença: inflamatória, estenosante e fistulizante (Colli, *et.al.* 2008).

As queixas mais freqüentes são diarreia, dor abdominal no quadrante inferior direito, associadas ou não a febre e perda de peso. Se o processo inflamatório incluir outros segmentos do cólon, podem surgir evacuações mucossanguinolentas. Outra manifestação importante é a presença de fístula entre o intestino e alguma das vísceras pélvicas, como outra alça do intestino delgado, cólon, bexiga, vagina, mesentério, ou exteriormente através de orifícios de saída pela parede abdominal e região perianal. Os

quadros estenosantes se apresentam com manifestações de sub-oclusão ou mesmo oclusão intestinal mecânica (Nayar *et al.*2004).

Retocolite ulcerativa idiopática é uma inflamação crônica do colón e reto, comprometendo um ou mais dos seus segmentos, preferencialmente os distais, ou toda sua extensão, incluindo o íleo terminal (ileite de refluxo). O processo inflamatório lesa exclusivamente a mucosa colônica. Ela evolui com períodos de atividade e remissão variáveis, pois são raros os casos diagnosticados que permanecem assintomáticos por mais de 5 anos (Irvine, *et.al.* 2008).

Sangramento retal e diarréia são manifestações clínicas relativamente comuns e estão associados à dor abdominal em cólica, tenesmo, febre e emagrecimento. Sua complicação de maior gravidade é a dilatação aguda do cólon, conhecida como megacólon tóxico, evento com elevado índice de mortalidade por sepse secundária à perfuração cólica (Irvine, *et.al.* 2008).

Como a Doença de Crohn, a RCUI também pode apresentar manifestações extra-intestinais. A cura da doença, tanto em situações eletivas como de urgência, envolve a colectomia total com alternativa de criação de uma bolsa ileal ou anastomose ileoanal. Por afetar a mucosa do cólon, sem comprometer a profundidade da sua parede, dificilmente provoca obstrução intestinal (Beattie, *et.al.*2006; Rayhorn *et.al.*2002).

1.2 Epidemiologia

A DII representa um problema de saúde pública importante. Estudos têm mostrado que ela é mais frequente em países industrializados, em que a taxa de incidência é de 160/ 100.000 pessoas /ano e a prevalência de 26 a 214 pacientes /100.000 pessoas /ano (Victoria, *et al.*2009).

Recentes dados mostram que a admissão em hospitais tem sido mais frequente nos pacientes com DC em comparação com RCUI. Na América Latina a incidência é de 0.03 casos por 100.000 pessoas /ano, no período de 1987-1993 (Victoria *et.al.*2009; Santana, *et.al.*2007).

A DII é considerada doença rara nos países da América do Sul, porém estudos sugerem um aumento do número de casos diagnosticados nas últimas décadas, mas

ela afeta 1,4 milhões de pessoas nos EUA, 2,2 milhões na Europa e cerca de 150mil pessoas no Canadá (Souza, *et.al.*2002).

Ainda não se têm muitos estudos epidemiológicos que relatem a ocorrência da DII nos países em desenvolvimento, como o Brasil, e particularmente o Rio Grande do Sul (Souza, *et.al.*2008).

1.3 Critérios Diagnóstico e Tratamento

Para o diagnóstico da DII é utilizada, preferencialmente, endoscopia com biópsia e avaliação anatomopatológica, mas ele pode ser feito através de estudos radiológicos (trânsito de delgado, enema com duplo contraste ou enterografia do intestino delgado por tomografia computadorizada ou ressonância magnética), que permitem uma análise da localização e extensão das lesões (Rayhorn *et.al.*2002).

Como métodos de diagnóstico complementar utilizam-se hemograma, hemossedimentação, dosagens de Proteína C-Reativa (PCR) e ferro sérico, que auxiliam no estadiamento das condições nutricionais, assim como, da atividade da inflamação (Rayhorn *et.al.*2002).

Para o tratamento farmacológico utilizam-se vários medicamentos como a sulfasalazina, o ácido 5-aminossalílico, corticoesteróides, como hidrocortisona e prednisona, imunomoduladores, como a azatioprina (AZA) e a 6-mercaptopurina (6-MP), a ciclosporina e o metotrexate (Harrison, *et.al.* 2002; Jani, *et.al.* 2002).

Além desses citados, há também agentes biológicos que agem contra o Fator de Necrose Tumoral alfa (TNF-alfa), como o Infliximabe e o Adalimumabe (Rodríguez-Moranta *et.al.* 2007).

A desnutrição e deficiência de micronutrientes como vitaminas (B12 e lipossolúveis A, D, E, K) e minerais são muito comuns entre pacientes com DII como consequência do seu curso clínico ou pelo de uso de fármacos (Bin *et. al.*2010). Sua repercussão pode ser tão relevante do ponto de vista clínico, que cuidados com uma nutrição adequada e suplementação desses nutrientes devem ser sempre considerados, pois que visam suprir eventuais carências nutricionais que podem interferir na evolução clínica dos doentes (Campos, *et al.* 2002).

1.4 Qualidade de Vida e Doença Inflamatória Intestinal

O interesse pela qualidade de vida na área da saúde é relativamente recente e tem influenciado as práticas e políticas no setor nas últimas décadas. (Seidl *et al.*2004)

Qualidade de vida relacionada à saúde é um conceito que refere-se ao impacto da doença sobre as atividades cotidianas, percepções de doença e suas conseqüências, e também reflete os aspectos emocionais, sociais e psicológicos dos pacientes. (Drossman *et.al.* 1999; Borgaonkar *et.al.* 2000)

O conceito de Qualidade de Vida envolve duas tendências distintas. A primeira, mais abrangente, adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a define como:

“a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.
(WHOQOL Group,1995)

A segunda é mais focada com a saúde:

“É a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde”. (Seidl, *et al.*2004)

Na definição da OMS observa-se que QV é subjetiva, ou seja, trata-se da percepção da pessoa sobre seu estado de saúde e sobre aspectos não médicos do seu contexto de vida, mas multidimensional que pode abranger uma avaliação tanto positiva como negativa. (Fleck *et.al.* 1999 Seidl, *et al.*2004).

Porém, a avaliação da QV tornou-se de grande importância como medida de avaliação dos resultados de tratamentos na medicina (Fleck *et.al.* 2000), e serve como ferramenta para avaliar e explicar a evolução das doenças (Borgaonkar *et.al.* 2000).

Desfrutar de qualidade de vida pode ter diferentes significados: pode traduzir satisfação na vida, estar realizado como pessoa; pode significar ter condições financeiras ótimas que propiciem conforto material e acesso a bens de consumo; ou poderia ser um sentimento de bem-estar pessoal ou simplesmente viver bem (Marques, *et. al.*1996).

Estudos mostram que paciente com DII tem QV prejudicada quando comparados aos controles saudáveis no que diz respeito a limitações físicas, aspectos sociais e emocionais, e os escores de QV pioram a medida que a doença se agrava (Borgaonkar *et. al.*, 2000).

Durante o curso da DII, ela pode causar diferentes impactos no grau de satisfação de vida dos seus portadores e sabe-se que ela pode acarretar alterações em certos domínios, principalmente no âmbito social, psicológico e sócio-profissional (Pontes, *et al.*2004).

Estudos demonstram que pacientes com DC têm menor qualidade de vida que pacientes com RCUI, que pode ser explicado pela maior inflamação sistêmica e maior prevalência de depressão (Larsson, *et al.*2008, Drossman, *et al.*1989, Borgaonkar *et.a./* 2000).

Porém, estudos sugerem que a RCUI também pode ter impacto negativo na QV dos pacientes em remissão ou exacerbação, e quando comparados com pacientes de grupo controle sadios, sua qualidade de vida se mostra comprometida (Irvine *et.al.*2008). Fatores que afetam a QV dos pacientes com RCUI incluem curso da doença, fármacos utilizados e fatores não relacionados à doença como: características demográficas, aspectos psicossociais e sócio - econômicos (Irvine *et.al.*2008).

Além disso, preocupações físicas relevantes aos pacientes incluem a presença de sangramento retal, inflamação sistêmica, diarreia, náusea, constipação e fadiga, que podem modificar a percepção de qualidade de vida dos indivíduos com DII (Wolfe, *et al.*2008; Mackner, *et al.*2004).

Para avaliação da QV, geralmente utilizam-se questionários quantitativos, multidimensionais e auto-aplicáveis, de duas formas distintas: questionários específicos para doença, como IBDQ, e o genérico como SF-36 (Irvine *et.al.* 2008).

1.5 Questionário – *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)*

O “*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*” - IBDQ (Anexo 1) foi desenvolvido em 1988 nos Estados Unidos da América por Mitchel *et.al.* (1988), através de entrevistas, que continham 150 perguntas.

Em 1989 foi reduzido para 32 perguntas, por Guyatt, *et.al.* (1989), compreendendo 4 domínios: sintomas intestinais, sintomas sistêmicos, aspectos sociais e emocionais, sendo as respostas apresentadas sob forma de múltipla escolha com sete alternativas. O escore 1 significa a pior qualidade de vida, e a 7 a melhor.

O IBDQ é um questionário específico para Doença Inflamatória Intestinal, ou seja, esse tipo de questionário é desenvolvido para utilização em indivíduos com condições especiais, como a DII, para ser mais sensível que os genéricos e também para detectar pequenas modificações na qualidade de vida relacionada à saúde (Irvine *et.al.* 2008).

Foi o primeiro questionário de qualidade de vida para pacientes com DII a ser publicado e desenvolvido para ser utilizado em ensaios clínicos (Borgaonkar *et.al.*, 2000).

O questionário foi validado para a língua portuguesa em São Paulo, onde foram estudados 50 pacientes consecutivos, em atendimento no Ambulatório da Disciplina de Gastroenterologia da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP em 1998 (Pontes *et al.*2004).

Estudos têm mostrado que as médias de escores, tanto dos domínios como o total, dos pacientes com DII em exacerbação ou remissão são comparáveis com estudos populacionais e que os escores do IBDQ tem boa correlação com a severidade da doença (Borgaonkar *et.al.* 2000).

O questionário se mostra sensível a mudança no estado da doença e funciona bem se auto-aplicável ou aplicado pelo pesquisador (Borgaonkar *et.al.* 2000), sendo uma medida confiável, com boa reprodutibilidade, amplamente validado, que reflete as alterações importantes que ocorrem no estado de saúde dos pacientes com DII, podendo ser plenamente utilizado para avaliação do impacto de medidas terapêuticas (Pontes *et al.*2004, Borgaonkar *et.al.*, 2000).

1.6 Questionário – *Short Form Health Survey 36 (SF-36)*

Instrumento mais utilizado na atualidade, o SF-36 (Anexo 3) é um questionário genérico, validado na língua portuguesa, que avalia a qualidade de vida. Foi desenvolvido nos Estados Unidos a partir de outros instrumentos desenvolvidos na década de 70 e 80 para satisfazer a necessidade de comparação entre grupos (Campolina *et al.*2008, Ciconelli *et al.*1999).

Foi produzido para ser independente de sexo, idade e condição de saúde, podendo ser utilizado para avaliação da qualidade de vida de diferentes populações (Irvine *et al.* 2008).

Esse questionário tem como principais vantagens a versatilidade, brevidade e aplicável tanto por entrevistador quanto auto-aplicável (Campolina *et al.*2008).

O questionário contém 36 questões que avaliam a qualidade de vida, dividido em oito domínios, que para versão traduzida e validada para língua Portuguesa do Brasil são: capacidade funcional, limitações por aspectos físicos de saúde, dor corporal, percepção geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspectos emocionais e saúde mental (Campolina *et al.*2008, Ciconelli *et al.*1999, Jekinson *et al.* 1993).

Os oito domínios acima citados representam aqueles que com mais frequência são medidos e mais afetados pela doença e também pelo tratamento. Esses foram selecionados a partir dos 40 domínios do *Medical Outcomes Study* (MOS), que acompanhou beneficiários do Medicare nos Estados Unidos, sendo inicialmente utilizados 149 itens para compor um perfil de funcionalidade e bem-estar, chegando a um modelo final de 36 itens (Campolina *et al.*2008, Ware, *et al.*1992).

Cada escala (domínio) possui de 2 a 10 itens, sendo que o conjunto delas pode ser resumido em duas medidas: componente físico e mental (Campolina *et al.*2008). A partir das respostas os escores são codificados, somados e transformados numa escala de 0 (pior possibilidade de estado de saúde) a 100 (melhor possibilidade de estado de saúde) (Campolina *et al.*2008; Ware, *et al.*1992).

1.7 Questionário –Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

A escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS foi primeiramente desenvolvida para identificar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes de hospitais clínicos não-psiquiátricos (Botega *et.al.*1995), sendo posteriormente utilizada em outros tipos de pacientes; em pacientes não internados e em indivíduos sem doença (Marcolino *et.al.* 2007). Assim, em 1995, esse instrumento foi traduzido e validado para língua Portuguesa do Brasil por Botega *et.al.*

Ansiedade é um sentimento útil, presente nas mudanças e nas experiências inéditas dos indivíduos, porém quando ela é desproporcional a situação desencadeadora, ou quando não existe um objetivo específico, ou mesmo se ela interfere no desempenho do indivíduo considera-se patológica. Já a depressão, é uma síndrome clínica que pode incluir aspectos psicóticos, distúrbios somáticos, retardo psicomotor e risco de suicídio.(Brandi, 2007)

Dessa forma, essa escala avalia esses dois transtornos sem conter itens vegetativos (fadiga, insônia, cefaléia, anorexia, falta de ar e outros) que podem ser possíveis confundidores da aferição por isso, tem sido amplamente utilizada para avaliar transtornos de humor em pacientes com doenças físicas. (Botega, *et al.*1995)

As principais características desse instrumento são: ausência de sintomas vegetativos; conceito de ansiedade separado de depressão; conceito de depressão encontra-se na noção de anedonia; destina-se a detecção de graus leves de transtornos afetivos em ambiente não psiquiátrico; rapidamente preenchido por ser curto e ao paciente solicita-se que responda baseando-se em como se sentiu durante a última semana. (Botega, *et al.*1995)

O questionário contém 14 questões do tipo múltipla escolha. Compõe-se de duas sub-escalas, para ansiedade e depressão, as duas com 7 itens. A classificação dos escores é de 0 (sem aflição) a 21 (máximo de aflição). (Zigmond, *et al.*1983; Botega, *et al.*1995)

Estudos mostram um equilíbrio ótimo entre especificidade e sensibilidade para a HADS, quando estabelecido um ponto de corte de 8 para as sub-escalas do questionário .(Brandi, 2007)

O HADS se mostra um bom instrumento de rastreio de ansiedade e depressão, mas não propicia um diagnóstico psiquiátrico formal. (Zigmond, *et al.* 1983)

1.8 Escores de avaliação da atividade e gravidade da doença - Truelove e Harvey- Bradshaw

A avaliação da atividade da RCUI é importante para o prognóstico e tratamento do paciente. O índice de gravidade da doença, de Truelove, para a Retocolite Ulcerativa idiopática é um instrumento muito utilizado desde 1955, e é representado no Quadro 1. (Truelove and Witts, 1955, Seo *et.al.* 2008)

Esse índice é composto por achados clínicos e parâmetros laboratoriais, e Truelove e Witts, através dele, foram os primeiros a quantificar a atividade da doença e defini-la como Leve, Moderada e Grave. Sendo que na maioria das vezes os casos são leves (60-70%), seguidos de moderados (20-25%) e graves (10- 15%). (Cooney *et.al.* 2007, Seo *et.al.* 2008)

Em 27% dos pacientes o primeiro ataque é de intensidade moderada, sendo que os pacientes tipicamente demonstram 5 a 6 evacuações com sangue por dia, dor abdominal, fadiga e baixa temperatura. (Truelove and Witts, 1955)

No estudo de Edward e Truelove 19% apresentaram doença severa, mostrando episódios de diarreia com sangue, anemia, hipoalbuminemia, febre e taquicardia, indicando assim doença severa. (Yamada, *et.al.* 2003)

Quadro 1 – Índice de gravidade da Retocolite ulcerativa – Truelove

	Leve (60-70%)	Moderada (20-25%)	Grave (10-15%)
TRUELOVE & WITTS	(60-70%)	(20-25%)	(10-15%)
Nº de evacuações/ dia	≤ 4	4-6	>6
Sangue vivo nas fezes	±	+	++
Temperatura	Normal	Valores intermediários	> 37,5 em 2 dias dentro de 4 dias
Pulso	Normal	Intermediário	> 90 bpm

Hemoglobina	>10,5 g/dl	Intermediária	<10,5 g/dl
VSG	<30 mm	Intermediário	>30 mm

Para identificar atividade da Doença de Crohn, geralmente em ensaios clínicos, utiliza-se o *Crohn's Disease Activity Index* (CDAI), porém o cálculo do escores é complexo, e a avaliação compreende o relato dos últimos 7 dia, podendo ocasionar uma erro na aferição. (Best, 2006; Vermeire et. al. 2010)

Reconhecendo as dificuldades do CDAI, Harvey e Bradshaw modificaram o CDAI e criaram o seu índice simplificado usando apenas um único dia de avaliação, para tornar a coleta e o cálculo mais fáceis. Também excluíram três variáveis: peso corporal, hematócrito e o uso de antidiarreicos. Além disso, os valores são somente somados e não precisam ser multiplicados e posteriormente somados como o CDAI. (Harvey RF, Bradshaw JM, 1980; Best, 2006; Vermeire et. al. 2010)

Estudos mostram que este índice apresenta uma boa correlação com o escore mais tradicionalmente utilizado – o *Crohn's Disease Activity Index* (CDAI)- e o substitui quando questões relacionadas à facilidade de coleta de informações são relevantes. Pois, a simplicidade do HBI o torna mais adequado para o uso em ensaios clínico, além de ser mais favorável a longo prazo para acompanhamento e , portanto poderia ser usado na prática clínica. (Best, 2006; Vermeire et. al. 2010)

No estudo de Vermeire et.al. 2010, os índices, CDAI e HBI, se correlacionaram positivamente, o que também foi demonstrado no estudo de Best, 2006, confirmando que a utilização do HBI é mais apropriada que o CDAI, pois é menos complicado, mais fácil de calcular e tem menor chance de viés de memória.

Quadro 2 – Índice de atividade Harvey- Bradshaw para a Doença de Crohn –

A	Bem estar geral	0 = muito bom	1 = bom	2= ruim	3 = muito ruim	4 = terrível
B	Dor abdominal	0= nenhuma	1 = leve	2= moderada	3= severa	
C	Número de evacuações líquidas por dia					
D	Massa abdominal	0= nenhuma	1=duvidosa	2= definitiva	3= bem definida e	

					dolorosa	
E	Complicações: artralgia, uveíte, eritema nodoso, úlceras aftosas, pioderma gangrenoso, fissura anal, nova fistula, abscesso (1 de pontuação por item)					

Pontuação: < 8 inativa/ leve ; 8-10 leve/moderada ; >10 moderada/ grave

2 JUSTIFICATIVA

A Retocolite Ulcerativa Idiopática e a Doença de Crohn são enfermidades que acometem seus portadores, oscilando entre episódios de atividade (associado com urgência em evacuar, dor abdominal e diarreia) e remissão.

Dessa forma, por esses sintomas e às complicações clínicas a elas associadas, podem causar ansiedade, depressão e influenciar na qualidade de vida desses pacientes.

Acrescente-se as poucas referências com dados brasileiros, tornando de grande relevância fazer um estudo com aplicação de questionários que avaliem a ansiedade, depressão e a qualidade de vida de pacientes do Rio Grande do Sul com Doença Inflamatória Intestinal.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida de pacientes com doença inflamatória intestinal através do questionário *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ).

3.2 Objetivos específicos

Comparar os escores de QV obtidos no questionário IBDQ com os obtidos no questionário *Short Form Health Survey 36* (SF-36).

Avaliar se existem diferenças entre as doenças inflamatórias intestinais, DC e RCU, nos escores de QV.

Comparar os escores de QV obtidos no questionário IBDQ com os escores de ansiedade e depressão encontrados no questionário *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

Avaliar o impacto de ansiedade e depressão entre DC e RCUI através do questionário *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

Correlacionar os diferentes escores de Qualidade de Vida (IBDQ e SF-36) e de ansiedade e depressão (HADS) com os escores de *Harvey-Bradshaw* e *Truelove*.

4 PACIENTES E MÉTODOS

4.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos pacientes adultos acima de 18 anos com o diagnóstico estabelecido pelos critérios clínicos, radiológicos, laboratoriais, endoscópicos e anátomo-patológicos convencionais, de doença inflamatória intestinal - Retocolite Ulcerativa Idiopática e Doença de Crohn- atendidos no ambulatório de Gastroenterologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de março de 2009 a abril de 2010.

4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os pacientes com DII e com limitações neuromotoras, portadores de DII e internados na sala de emergência ou nas unidades de internação do HCPA, gestantes e lactantes. Pacientes analfabetos funcionais ou que não tivessem condições de entender espontaneamente o conteúdo do questionário de Qualidade de Vida *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)* e o *Short Form Health Survey 36 (SF-36)*, e ansiedade e depressão, *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* versões brasileiras.

4.3 Delineamento

Foi realizado um estudo transversal, com uma amostra de pacientes consecutivos, nos quais foram aplicados os questionários de perguntas fechadas sobre Qualidade de Vida através dos questionários: *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)*, *Short Form Health Survey 36 (SF-36)*; e ansiedade e depressão: *Hospital Anxiety and Depression (HADS)* em suas versões validadas para a língua portuguesa praticada no Brasil.

4.4 Metodologia

Os pacientes foram abordados antes ou após sua consulta de rotina no ambulatório de DII e convidados a participar da pesquisa, estando de acordo, assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento foi aplicado na Zona 15, no local onde aguardam as consultas, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, durante o período de março de 2009 a abril de 2010.

Foram aplicados três questionários: o IBDQ com 32 perguntas fechadas, com 7 alternativas de respostas, em que o escore 1 significa a pior qualidade de vida e o escore 7 a melhor; o SF-36 com onze questões, sendo os escores codificados, somados e transformados numa escala de 0 (pior possibilidade de estado de saúde) a 100 (melhor possibilidade de estado de saúde) e o questionário HADS com 14 questões divididas em duas sub-escalas, a classificação dos escores é de 0 (sem aflição) a 21 (máximo de aflição).

Os instrumentos eram de fácil entendimento e auto-aplicáveis podendo assim, serem respondidos pelos pacientes sem ajuda. Eles recebiam uma prancheta e uma caneta e preenchiam os questionários sozinhos sem auxílio, após o término, chamavam o pesquisador e os entregavam. Nesse momento o pesquisador fazia uma breve conferência para ver se não faltava nenhuma questão a ser respondida, caso isso ocorresse, o pesquisador comentava ao paciente que revisasse a página que continha o equívoco de preenchimento e assinalasse a questão.

Todos os questionários foram aplicados pelo mesmo pesquisador, e o entrevistador não interferiu ou induziu as respostas, tendo uma atitude neutra deixando o paciente à vontade para realizar os questionários.

As respostas foram tabuladas em tabelas do programa Excel 2003, e a análise estatística foi realizada através do programa SPSS versão 17.

Os índices de gravidade da RCUI e índice de atividade da DC foram preenchidos pela médica- gastroenterologista que atendia os pacientes no ambulatório, a partir dos dados contidos nas consultas referentes ao mesmo dia de preenchimento dos instrumentos.

Os escores dos questionários de Qualidade de Vida foram correlacionados com as doenças inflamatórias intestinais, com o escore de ansiedade e depressão e escores dos Índices de Truelove e Harvey – Bradshaw que avaliam a atividade da RCUI e DC, respectivamente.

5 ASPECTOS ESTATÍSTICOS

5.1 Cálculo amostral

O cálculo do tamanho da amostra foi baseado no estudo de Pontes et al. (2004). Para um nível de significância de 5%, um poder de 90% e um coeficiente de correlação mínimo de 0,3 entre as escalas, obteve-se um total mínimo de 113 pacientes. Este cálculo foi obtido de Hulley, Cummings e Browner (2003).

5.2 Análise estatística dos dados

As variáveis quantitativas foram descritas através de média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram descritas através de frequências absolutas e relativas.

Para avaliar as diferenças nos escores de QV (IBDQ e SF-36) e HADS entre as doenças inflamatórias intestinais foi aplicado o teste t-Student .

Para avaliar as associações entre as escalas foram utilizados o coeficiente de correlação de Pearson (distribuição simétrica) ou de Spearman (distribuição assimétrica).

O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 13.0.

6 ASPECTOS ÉTICOS

O protocolo desse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o número 09- 091, e os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

7 RESULTADOS

Da amostra de 128 pacientes em estudo, 8 (6,7%) foram excluídos devido ao incorreto preenchimento dos três instrumentos; dos 120 pacientes avaliados, 70 (58,3%) eram do sexo feminino e 50 (41,7) do sexo masculino e tinham idade média de $41,2 \pm 13$ anos. Dessa amostra 57 (69%) eram portadores de Doença de Crohn e 51 pacientes (42,5%) de Retocolite Ulcerativa. (Tabela 1). Estavam em remissão 85,7 % dos pacientes com DC e 64,6% dos com RCUI . (Tabela 2)

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Variáveis	N=120
Idade - média \pm DP	41, 2 \pm 13,0
Sexo – n (%)	
Feminino	70 (58,3)
Masculino	50 (41,7)
Doenças – n (%)	
DC	69 (57,5)
RCUI	51 (42,5)

Tabela 2 – Atividade da doença através dos Índices de Harvey- Bradshaw e Truelove

	DC	RCUI
Instrumento de avaliação de atividade da doença	HARVEY BRADSHAW n = 63	TRUELOVE n = 48
Remissão	85,7%	64,6%
Leve	9,5%	10,4%
Moderada	4,8%	22,9%
Grave	0	2,1%

A Tabela 3 resume os dados referentes à qualidade de vida dos pacientes segundo os questionários IBDQ e SF-36. A partir do IBDQ podemos observar que os pacientes tiveram escores que indicam boa qualidade de vida em todos os domínios do questionário. Porém, de acordo com os resultados observa-se que houve menores escores de qualidade de vida somente em dois dos oito domínios do SF-36, sendo que os pacientes apresentaram uma média de $47,2 \pm 42,4$ no domínio Limitações Físicas e $49,8 \pm 43,4$ no domínio Aspectos Emocionais ficando abaixo da metade da variação que é de 0 a 100 pontos. Percebe-se também que os pacientes apresentaram melhores escores nos domínios Capacidade Funcional e Aspectos Sociais, com médias superiores a 65 pontos.

Tabela 3 – Qualidade de vida - IBDQ e SF-36

Domínios	Variação	Média \pm DP	Mediana	Min – Max
IBDQ				
Sintomas Intestinais	10 – 70	$52,0 \pm 12,7$	54,0	17 – 70
Sintomas Sistêmicos	5 – 35	$23,3 \pm 7,0$	24,0	6 – 35
Aspectos Sociais	5 – 35	$26,0 \pm 8,5$	28,0	6 – 35
Aspectos Emocionais	12 – 84	$56,3 \pm 18,1$	59,0	12 – 84
Total	32 - 224	$157 \pm 42,5$	163	51 – 221
SF-36				
Capacidade Funcional	0 – 100	$65,7 \pm 28$	70	0 – 100
Limitações Físicas	0 – 100	$47,2 \pm 42,4$	50	0 – 100
Dor	0 – 100	$58,0 \pm 26,1$	61	10 – 100
Estado Geral de Saúde	0 – 100	$56,4 \pm 10,8$	57	25 – 35
Vitalidade	0 – 100	$54,7 \pm 15,8$	55	5 – 80
Aspectos sociais	0 – 100	$67,5 \pm 28,9$	75	0 – 100
Aspectos emocionais	0 – 100	$49,8 \pm 43,4$	33,3	0 – 100
Saúde mental	0 – 100	$60,6 \pm 25,2$	60	4 - 100

A pontuação do HADS variou de 0 a 21, sendo que os pacientes apresentaram uma média de 9,5 para a sub-escala ansiedade e 8,7 para a sub-escala depressão, tendo como mediana 9 nas duas sub-escalas; o mínimo de pontos para ansiedade e depressão foi de 5 e 2 e o máximo de 16 e 14 respectivamente. Dessa forma, o questionário HADS não detectou manifestações estatisticamente relevantes de ansiedade e depressão. (Tabela 4)

Tabela 4 – Ansiedade e depressão

HADS	Variação	Média ± DP	Mediana	Min – Max
Ansiedade	0 – 21	9,5 ± 2,7	9	5 – 16
Depressão	0 - 21	8,7 ± 2,0	9	2 – 14

Do total da amostra (n=120), 113 pacientes responderam corretamente o questionário IBDQ. Com relação aos questionários SF-36 e HADS, 13 pacientes responderam de forma inadequada o primeiro, e 5 o segundo questionário. Por isso, que para cada variável há um *n* diferente, em que a soma não totaliza 120. A Tabela 5 mostra as médias dos três instrumentos utilizados nas populações com DC e RCUI. Observa-se que em nenhum dos domínios houve diferença entre as duas doenças.

Tabela 5 – Comparação entre as doenças através do teste t- Student para amostras independentes

Variáveis	DC Média ± DP	RCUI Média ± DP	P
IBDQ	n = 68	n = 45	
Sintomas Intestinais	53,7 ± 11,1	49,4 ± 14,6	0,097
Sintomas Sistêmicos	23,8 ± 6,9	22,6 ± 7,3	0,371
Aspectos Sociais	26,5 ± 8,1	25,1 ± 9,1	0,391
Aspectos Emocionais	56,9 ± 17,4	55,5 ± 19,4	0,696
Total	160,9 ± 39,3	152,7 ± 46,9	0,312
SF- 36	n = 61	N = 46	
Capacidade Funcional	66,7±28,5	64,4±27,6	0,688
Limitações Físicas	50,8±42,6	42,4± 42,1	0,311
Dor	59,4±27,1	56,0±24,8	0,514
Estado Geral de Saúde	57,1±10	55,6±11,8	0,488
Vitalidade	56,3±16,3	52,5±14,9	0,219
Aspectos sociais	69,8±26,5	64,4±32	0,365
Aspectos emocionais	53,3±43,9	45,2±42,7	0,343
Saúde mental	62,6±25	57,9±25,5	0,346
HADS	n = 67	N = 48	
Ansiedade	9,3 ± 2,4	9,8 ± 3,0	0,296
Depressão	8,4 ± 1,8	9,1 ± 2,2	0,094

A Tabela 6 mostra as associações entre as escalas através do coeficiente de correlação de Pearson. Houve associação inversa estatisticamente significativa entre os escores de ansiedade com os escores do IBDQ, ou seja, pacientes mais ansiosos apresentaram baixa qualidade de vida segundo o IBDQ.

Não houve associação entre os escores de qualidade de vida do IBDQ com os escores de depressão.

Houve associação direta estatisticamente significava entre os escores de praticamente todos os domínios do SF-36 (exceto estado geral de saúde) com os escores do IBDQ, ou seja, pacientes com melhor qualidade de vida pelo SF-36 também apresentam melhor qualidade de vida pelo IBDQ.

Não houve associação estatisticamente significativa entre a qualidade de vida no domínio estado de saúde com a escala IBDQ. (Tabela 6)

Tabela 6 – Associações entre as escalas através do coeficiente de Correlação de Pearson

Variáveis	SI	SS	AS	AE	Total
HADS					
Ansiedade	- 0,437*	-0,514*	-0,466*	- 0,668*	-0,593*
Depressão	- 0,095	-0,114	-0,099	-0,187	-0,147
SF-36					
C.F	0, 554*	0, 670*	0, 667*	0, 576*	0, 647*
L.F	0, 506*	0, 647*	0, 613*	0, 527*	0, 602*
Dor	0, 610*	0, 691*	0, 604*	0, 555*	0, 649*
Estado Geral de Saúde	0, 186	0, 139	0, 165	0, 157	0, 177
Vitalidade	0, 575*	0, 707*	0, 586*	0, 556*	0, 639*
Aspectos sociais	0, 544*	0, 702*	0, 622*	0, 721*	0, 706*
Aspectos emocionais	0, 527*	0, 719*	0, 610*	0, 570*	0, 638*
Saúde mental	0, 633*	0, 719*	0, 627*	0, 782*	0, 761*

SI:sintomas intestinais; SS:sintomas sistêmicos; AS: aspectos sociais;AE: aspectos emocionais; CF: capacidade funcional;LF: limitações físicas

*p<0,001

A tabela 7 resume a associação entre o SF-36 e o HADS. Houve correlação inversa entre ansiedade com todos os domínios de qualidade de vida, exceto no domínio estado de saúde, ou seja, quanto maior a ansiedade do paciente menor seu

escore de qualidade de vida. A depressão somente obteve correlação inversa com três domínios do SF-36, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental, mais fortemente com o último domínio citado, ou seja, quanto maior a depressão menor a qualidade de vida nesses domínios do SF-36. Já o total do HADS teve correlação inversa com todos os domínios, mas também observa-se que essa correlação foi mais forte com saúde mental.

Tabela 7 – Associação entre SF-36 e HADS através do coeficiente de correlação de Pearson

SF-36	HADS		
	Ansiedade	Depressão	Total
C.F	-0,469***	-0,196	-0,432***
L.F	-0,406***	-0,045	-0,322**
Dor	-0,375***	-0,101	-0,333**
Estado Geral de Saúde	-0,177	-0,127	-0,199*
Vitalidade	-0,341***	-0,272**	-0,401***
Aspectos sociais	-0,571***	-0,237*	-0,551***
Aspectos emocionais	-0,367***	-0,122	-0,337**
Saúde mental	-0,635***	-0,383***	-0,676***

CF: capacidade funcional; LF: limitações físicas

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

As tabelas 8 e 9 mostram as associações entre a qualidade de vida, ansiedade e depressão com os escores de Truelove e de Harvey- Bradshaw.

Houve associação inversa com todos os domínios do questionário IBDQ com ambos os índices, dessa forma quanto maior o índice de atividade da doença menor foi o escore de qualidade de vida.

Em relação ao SF-36, houve associação inversa entre o escore de Truelove com três domínios, sendo eles, dor, vitalidade e saúde mental, assim, nesses domínios quanto menor foi a qualidade de vida (menor pontuação) maior foi a atividade da doença. Porém, não houve associação com o questionário HADS.

Tabela 8 – Associações entre qualidade de vida, ansiedade e depressão com o Índice de Gravidade da Retocolite Ulcerativa – Truelove através do coeficiente de correlação de Pearson

VARIÁVEIS	r_s
SF- 36	
Capacidade funcional	- 0,259
Limitações físicas	- 0,022
Dor	- 0,371*
Estado Geral de Saúde	- 0,004
Vitalidade	- 0,329*
Aspectos sociais	- 0,233
Aspectos emocionais	- 0,123
Saúde Mental	- 0,327*
IBDQ	
Sintomas Intestinais	- 0,496**
Sintomas sistêmicos	- 0,334*
Aspectos sociais	- 0,429**
Aspectos Emocionais	- 0,478**
Total	- 0,485
HADS	
Ansiedade	0,221
Depressão	0,003

* p <0,005

** p <0,01

*** p < 0,001

Houve associação inversa entre o índice Harvey- Bradshaw com a sub-escala de ansiedade do questionário HADS, mostrando que pacientes mais ansiosos tinham índices de atividade da doença mais elevados, da mesma forma observados com quase todos os domínios do SF-36, exceto estado geral de saúde, maior a qualidade de vida menor a atividade da doença (Tabela 8).

Assim, verifica-se que quanto maior índice de atividade da Doença de Crohn (Harvey-Bradshaw), menor a qualidade de vida e maior os escores de ansiedade dos pacientes com Doença de Crohn, o mesmo não ocorrendo com Retocolite Ulcerativa.

Tabela 9 – Associações entre qualidade de vida, ansiedade e depressão com o Índice de Atividade da Doença de Crohn – Harvey-Bradshaw através do coeficiente de correlação de Pearson

VARIÁVEIS	r_s
SF- 36	
Capacidade funcional	- 0,406**
Limitações físicas	- 0,542
Dor	- 0,562**
Estado Geral de Saúde	- 0,131
Vitalidade	- 0,363**
Aspectos sociais	- 0,368**
Aspectos Emocionais	- 0,493**
Saúde Mental	- 0,310*
IBDQ	
Sintomas Intestinais	- 0,542**
Sintomas sistêmicos	- 0,468**
Aspectos sociais	- 0,549**
Aspectos Emocionais	- 0,360**
Total	- 0,494
HADS	
Ansiedade	- 0,288*
Depressão	- 0,247

* p < 0,005

** p < 0,01

*** p < 0,001

8 DISCUSSÃO

No presente estudo participaram 120 pacientes sendo 51 portadores de Doença de Crohn e 69 de Retocolite Ulcerativa, 58,3% eram do sexo feminino e 41,7% dos pacientes do sexo masculino. Dos pacientes com DC e RCUI, 85,7% e 64,6% estavam em remissão. Este achado sugere que as DIIs no nosso meio, talvez se apresentem clinicamente de uma maneira menos agressiva, uma vez que a amostra foi composta de pacientes consecutivos de um ambulatório dedicado ao atendimento destes pacientes em um hospital universitário de referência para o sistema de saúde de nosso estado.

Os pacientes demonstraram boa qualidade de vida segundo o IBDQ, porém através do SF-36 tiveram baixa qualidade de vida em dois domínios, limitações físicas e aspectos emocionais. Já o HADS demonstrou que os pacientes não apresentaram ansiedade e depressão.

O período de estudo de 13 meses foi suficientemente longo para permitir que pacientes com diferentes espectros de gravidade da doença fossem avaliados. Nesse período os pacientes foram avaliados uma vez de forma seqüencial, e no caso de reconsulta eles não eram reavaliados, pois o cálculo amostral contemplava somente aquele momento, para que obtivéssemos um dado daquela manifestação clínica.

A inclusão consecutiva dos pacientes diminuiu o risco de um viés de seleção. Não houve uma procura ativa de pacientes com DII na sala de emergência do HCPA. Esta variável não parece significativa, uma vez que neste período poucos pacientes com formas graves de DC e RCUI internaram no serviço de gastroenterologia (dados não apresentados). A metodologia utilizada foi bem estruturada e organizada, sendo os instrumentos fáceis e também de baixo custo.

Seguindo a metodologia aplicada, as informações foram coletadas em um ambiente neutro, onde os pacientes se sentiram à vontade para responder os questionários, que são auto-aplicáveis, sem nenhuma interferência do pesquisador nas suas respostas. Após a finalização do preenchimento, a pesquisadora junto com o paciente fazia uma breve verificação se não havia faltado nenhuma resposta ou o preenchimento de duas respostas em uma questão; em caso positivo, ela pedia para o

paciente revisar toda a folha em que havia sido detectado o equívoco e visando a sua retificação.

Nosso objetivo foi avaliar o impacto na qualidade de vida de pacientes com doença inflamatória intestinal através de questionário específico para a doença bem como através de questionários genéricos. O primeiro (IBDQ) mostrou que os pacientes da nossa amostra apresentaram escores aceitáveis (boa qualidade de vida), resultado semelhante ao de PALLIS *et.al.* (2002).

Porém, no estudo de IGLESIAS *et.al.* (2010) isso não foi demonstrado, pois os pacientes espanhóis com DC tiveram baixos escores em todos os domínios do SF-36. Já em relação ao IBDQ, o domínio mais afetado foi Sintomas Sistêmicos.

Já no estudo de McCOLL *et.al.* (2004), no Reino Unido, sua amostra demonstrou baixos escores no total do IBDQ, e nos domínios limitações físicas, vitalidade, dor e estado geral de saúde, diferentemente do que encontramos no nosso estudo, houve também correlação moderada a alta entre a atividade da doença com o IBDQ total. Além disso, um dado mostrado foi que pacientes que relataram comorbidades tiveram baixos escores no SF-36 dos que não relataram.

Ambos os estudos tiveram metodologia semelhante a nossa como: pacientes maiores de 18 anos, atendidos em um único hospital e numa unidade específica para Doença Inflamatória Intestinal; porém o nosso estudo difere no seguinte aspecto, avaliamos a qualidade de vida, ansiedade e depressão de pacientes com Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn, em remissão ou exacerbação, enquanto que o estudo de IGLESIAS *et.al.* (2010) avaliou somente a qualidade de vida de pacientes com DC em remissão e McColl *et.al.* (2004) a qualidade de vida de pacientes com RCUI

Observamos em nosso estudo que não há diferença na qualidade de vida dos pacientes com Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa, também demonstrado em outros estudos como o de COHEN *et.al.*(2010) que avaliou a qualidade de vida através do IBDQ, em 50 pacientes do Sul do Brasil, o de BLANCO *et. al.* (2005) e CASELLAS *et. al.* (2001), que avaliaram a qualidade de vida a partir do IBDQ em 120 e 289 pacientes espanhóis respectivamente.

Ao compararmos o IBDQ com o questionário genérico que avalia a qualidade de vida, o SF-36, observamos que em dois domínios (limitações físicas e aspectos

emocionais) os pacientes demonstraram menores escores de qualidade de vida, também mostrado no estudo de PONTES *et. al.* (2004), que validou o IBDQ para língua portuguesa do Brasil. Nessa comparação, nosso estudo mostrou associação com todos os domínios do SF-36 (exceto estado geral de saúde) com os do IBDQ, diferentemente do estudo de PONTES *et. al.* (2004), que não obteve correlação entre o componente sintomas intestinais do IBDQ com aspectos emocionais do SF-36.

Nosso interesse nesse estudo foi avaliar o impacto das DII na qualidade de vida, ansiedade e depressão naquele momento que estavam em tratamento ambulatorial, sem questionarmos possíveis acontecimentos futuros, diferentemente de BLANCO *et. al.*(2005) que se interessou em avaliar a necessidade de internação hospitalar em caso de recaída, mostrando em seu estudo que esse fator pode influenciar negativamente na qualidade de vida.

As questões psicológicas, como ansiedade e depressão, foram avaliadas através do questionário HADS. Nosso estudo demonstrou que não houve diferença estatisticamente significativa destas variáveis entre Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn.

Ao compararmos os instrumentos IBDQ e HADS não foi demonstrada associação entre os domínios do IBDQ com a sub-escala depressão do HADS. Porém, ao correlacionarmos o HADS com o SF-36 observamos que houve associação inversa (negativa) entre ansiedade com todos os domínios do SF-36, exceto estado geral de saúde; por outro lado já com depressão, mostrou associação inversa (negativa) apenas com três domínios, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental. O escore total do HADS correlacionou-se com todos os domínios e mais fortemente com saúde mental.

Na literatura observamos estudos com o HADS em diferentes populações, o estudo de BOTEGA *et.al.* 1995 avaliou ansiedade e depressão em pacientes de enfermagem, utilizando o HADS, e encontrou que houve uma prevalência de transtornos de humor, o que não ocorreu no nosso estudo, pois nossos pacientes não apresentaram escores de ansiedade e depressão compatíveis com este diagnóstico. No estudo de CASTRO *et.al.* (2006) os pacientes com dor crônica apresentaram ansiedade e depressão, o que foi mostrado também no estudo de KNOWLES *et. al* (2010) na Austrália, com pacientes portadores de DC, em que 55% tinham ansiedade e 41%

depressão moderadas, enquanto que 10% e 3% as apresentavam na forma severa, respectivamente. Nossos resultados corroboram a idéia de que nossos pacientes estavam com seu estado psicológico relativamente bem, quando comparados aos estudos citados, considerando a linha de corte de 8 e escores entre 8 e 10 como limite de níveis leves de ansiedade e depressão.

A associação com os índices de gravidade e de atividade das doenças, Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn, mostrou que quanto maior o índice segundo Truelove e Harvey- Bradshaw, menor a qualidade de vida e maior a ansiedade e depressão desses pacientes. COHEN *et.al.*(2010), que avaliou 50 pacientes brasileiros, com RCUI e DC, mostrou em seu estudo que não houve diferença na qualidade de vida dos pacientes com DII em remissão.

Ao pesquisarmos na literatura estudos com população brasileira encontramos o de CASTRO *et. al.* (2003) que avaliou a qualidade de vida, através do SF-36, de pacientes com insuficiência renal crônica. Eles apresentaram um comprometimento nos diferentes domínios do SF-36, sendo aspectos físicos e vitalidade os com menores escores, diferentemente do nosso estudo, pois os pacientes apresentaram menores escores somente em limitações físicas e aspectos sociais, mantendo-se na média dos escores necessários caracterizando que estavam com uma qualidade de vida adequada.

Quando comparamos o nosso estudo com o realizado em pessoas não portadoras de doença crônica, como o estudo de TEIXEIRA *et. al.* (2002), que avaliou a qualidade de vida utilizando o SF-36 em alunos de psicologia, nossos pacientes não diferiram muito, pois os alunos demonstram baixos escores também em dois domínios, aspectos emocionais e vitalidade, diferentes dos apresentados em nosso estudo.

Estudo de MORAES *et.al.* 2010, mostrou que pacientes internados em unidade de ortopedia tiveram uma prevalência maior de ansiedade, mostrando que há uma associação entre injúrias ortopédicas e esse sintoma, o que não podemos inferir no nosso estudo, pois ansiedade não foi demonstrada por nossos pacientes quando avaliada isoladamente.

Esse é o primeiro estudo que avalia ansiedade e depressão de uma população com doença inflamatória intestinal no Brasil. Pesquisando na base de dados como PUB

MED observamos ainda a escassez de estudos que utilizam o HADS para avaliação em pacientes com DII em outros países, e um número menor ainda correlacionando-o com qualidade de vida.

Nosso estudo pode ser considerado inovador considerando a falta de dados epidemiológicos que indiquem uma amostra representativa da população, sendo ele uma representação da população Brasileira atendida em uma unidade de referência. Além disso, observando a literatura podemos constatar que muitos estudos visam avaliar a validade, confiabilidade e sensibilidade do IBDQ, sem o objetivo de estimar a qualidade de vida da população, como são os casos dos estudos de BERNKLEV *et.al.*(2002) na Noruega, CICCOCIO PPO *et.al.*(2011) na Itália, HASHIMOTO *et.al.*(2003) no Japão, LEONG *et.al.*(2003) na China e REN *et.al.*(2007) no Canadá.

Dois pontos que podem ser considerados limitações são a quantidade de questões dos questionários, podendo tornar o preenchimento cansativo, e também a disposição das perguntas do questionário SF-36, que pode ter confundido a visão dos pacientes levando-os a erro de preenchimento.

Os questionários, tanto de qualidade de vida (SF-36 e IBDQ) quanto de ansiedade e depressão (HADS) se mostraram sensíveis ao estado de saúde dos pacientes naquele momento, fato demonstrado na correlação com os índices de atividade da doença. Dessa forma, eles também podem ser considerados confiáveis, bem como também de fácil preenchimento, entendimento, autoaplicáveis e de baixo custo. Por esses motivos, pode se considerar sua incorporação na prática clínica para contribuir na avaliação da repercussão das DIIs na qualidade de vida dos pacientes, visando um tratamento mais adequado e individualizado às suas necessidades no momento das consultas. Há de se considerar também que baixa qualidade de vida, pode se tornar gerador de ansiedade e de sintomas depressivos, causando assim, uma piora na condição do doente frente à sua doença.

Os pacientes com doença inflamatória intestinal do estudo apresentaram boa qualidade de vida segundo nossos resultados, o que poderia ser explicada pela adesão ao tratamento, já que o hospital disponibiliza um ambulatório específico com profissionais para o atendimento da Doença Inflamatória Intestinal, servindo de referência para esses pacientes e os acolhendo

Pacientes que tiveram escores elevados, segundo Truelove e Harvey-Bradshaw, poderiam estar passando por fase de exacerbação, leve, moderada ou grave, que poderia estar interferindo no seu estado de saúde e principalmente na sua qualidade de vida.

O estudo é de grande relevância para a prática clínica, porém ainda não se tem muitos dados epidemiológicos para que nos embasem sobre uma amostra que represente a população de pacientes com doença inflamatória intestinal no Estado do Rio Grande do Sul, o que explica a necessidade de mais estudos nessa área do conhecimento.

9 CONCLUSÕES

- Não houve diferença significativa nos escores de qualidade de vida entre os pacientes com Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn.
- Houve uma associação inversa entre os escores do IBDQ e a sub-escala ansiedade do HADS, ou seja, pacientes mais ansiosos apresentaram níveis de qualidade de vida mais baixos.
- Não houve associação entre depressão e os escores do IBDQ.
- O IBDQ mostrou que os pacientes estavam com bons níveis de qualidade de vida a partir dos seus escores.
- Houve menores escores somente em dois domínios do SF-36: limitações físicas e aspectos emocionais.
- O questionário HADS não detectou manifestações de ansiedade e depressão relevantes nos pacientes com DII.
- Houve associação inversa entre os índices Truelove e Harvey- Bradshaw, de atividade de RCU e DC respectivamente, com os domínios do IBDQ, ou seja, quanto maior a atividade da doença menor a qualidade de vida.
- Houve associação inversa entre três domínios do SF-36, dor, vitalidade e saúde mental, com o escore do Índice de Truelove, ou seja, quanto maior atividade da doença menor a qualidade de vida dos pacientes.
- Não houve associação entre os escores do Índice de Truelove e as sub-escalas do HADS.
- Houve associação inversa entre HB com todos os domínios do SF-36, exceto estado geral de saúde, ou seja, quanto maior o escore de qualidade de vida, menor a atividade da doença.

REFERÊNCIAS

Beattie, R.M.; Croft,M.n.; Fell, J.M; et. Al. Inflammatory bowel disease. Arch.Dis.Child.2006; 91:426-432.

Bernklev, T. *et.al* .Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease: Translation,Data Quality, Scaling Assumptions, Validity, Reliability and Sensitivity to Change of the Norwegian Version of IBDQ. Scand J Gastroenterol 2002;37:1164 –1174

Best, W. Predicting the Crohn Disease Activity Index from Harvey-Bradshaw Index, Inflamm. Bowel Disease.vol12.nº4. apr 2006.

Bin, C.M, *et al*. Comparison between handgrip strength, subjective global assessment, anthropometry, and biochemical markers in assessing nutritional status of patients with Crohn's disease in clinical remission. Dig. Dis.Sci, 2010, 55:137-144.

Blanco, B.L; *et.al*. Relación entre variables sociodemográficas y clínicas y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Esp Enferm Dig. 2005; 97(12): 887-898.

Borgaonkar,M.R; Irvine,E.J. Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorders. Gut.2000;47:444-454

Botega,N.J; Bio, M.R; Zomignami, MA, Junior, C.G; Pereira, W.A.B. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HADS) de ansiedade e depressão. Ver. Saúde Pública, 29(5) 355-63, 1995.

Campolina,A.G.; Ciconelli, R.M.; O SF-36 e o desenvolvimento de novas medidas de avaliação da qualidade de vida. Acta Reumatol. Port. 127-133. 2008

Campos,F.G; Waitzberg,D.L; Teixeira,M.G; Mucerino,R; Gama,A.H; Kiss,D.R. Inflammatory Bowel Diseases. Principles of Nutritional Therapy. Ver. Hosp.Clin. Fac.Med. São Paulo. 57(4):187-198.2002.

Casellas. F; *et.al*. Influence of inflammatory bowel disease on different dimension of quality of life. European Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2001, vol.13:5. 567-572.

Castro, M; *et. al*. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do questionário genérico SF-36. Ass. Medica Brás. 2003; 49 (3): 245 – 9.

- Castro, M.M.C; Quarantini,L; Neves-Batista,S; *et.al.* Validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em Pacientes com Dor Crônica. *Rev Bras Anesthesiol.* 2006; 56: 5: 470-477
- Ciccocioppo,R.*et.al.* Validation of the Italian translation of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire. *Digestive andLiverDisease xxx (2011) xxx–xxx*
- Ciconelli, R.M.; Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (Brasil-36). *Rev.Bras.Reumatol.* vol.39. mai/jun. 1999.
- Cohen, D; *et.al.* Assessment of quality of life of patients with Inflammatory Bowel Disease residing in Southern Brasil. *Arq. Gastroenterol.* V.47, nº 3, jul/set. 2010
- Colli, M.V; Amaro, T.A; *et.al.* Toxicidade da azatioprina na Doença de Crohn: incidência e evolução. *Rev Assoc Med Bras.* 2008; 54(5): 415-21.
- Cooney, R.M *et.al.* Outcome measurement in clinical trials for Ulcerative Colitis: towards standartisation. *Trials*, 2007, 8:17
- Drossman, D.A; Creed, F.H.; et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disordes. *Gut.* 1999; 45(supII) II25-II30.
- Drossman, D.A; Patrick D.L; Mitchell C.M; Zagami, E.A; Appelbaum, M.I. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease. Functional status and patient worries and concerns. *Dig Dis Sci* 1989;34:1379–86.
- Guyatt, G; Mitchell, A; Irvine, E.J. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, 1989;96:804-10.
- Harrison, J; Hanauer, S.B. Medical treatment of Crohn's Disease. *Gastroenterol Clin N Am.* 2002. 31:167-184.
- Harvey, RF; Bradshaw, J.M.; A simple index of Crohn' s disease activity. *Lancet*, 1980, Mar.8; 1(8167):514
- Hashimoto,H. *et.al.* Reliability, validity, and responsiveness of the Japanese version of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire. *J Gastroenterol* 2003; 38:1138–1143.
- Hulley,S.B; Cummings, S.R; Browner, W.S. Delineando Pesquisa Científica: Uma Abordagem Epidemiológica. *Artmed*, 2ª Edição, Porto Alegre,2003.374p.
- Iglesias,M. *et.al.* Health related quality of life in patients with Cohn's disease in remission. *Rev. Esp. Enfermagem Dig (Madrid).* Vol. 102. N.º 11, pp. 624-630, 2010
- Irvine, E. J.; Quality of life of patients with ulcerative colitis: past, present and future. *Inflamm. Bowel. Dis.*2008; 14:554-565.

Jani, N; Regueiro.M.D. Medical treatment of Ulcerative Colitis. *Gastroenterol Clin N Am.* 2002. 31:147-166.

Jekinson C, Coulter A e Wright L: Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *BMJ*, 306:1437-40, 1993.

Knowles,S.R; *et.al.* Preliminary Examination of the Relations Between Disease Activity, Illness Perceptions, Coping Strategies, and Psychological Morbidity in Crohn's Disease Guided by the Common Sense Model of Illness. *Inflamm. Bowel. Dis.* 2011

Krishnan, A; Korzeik,J.R; Inflammatory Bowel Disease and environmental influences. *Gastroenterol Clin N Am.* 2002. 31: 21-39.

Larsson,K; Löf,L; Rönnblom,A; Nordin,K; Quality of life for patients with exacerbation in inflammatory bowel disease and how they cope with disease activity.J. of Psychosomatic Research. 64(2008) 139-148.

Leong, R.W.L. *et.al.* Quality of life in Chinese patients with inflammatory bowel disease: validation of the Chinese translation of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 711–718.

McColl, E. *et.al.* A comparison of the discriminatory power of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire and the SF-36 in people with ulcerative colitis. *Quality of Life Research* 13: 805–811, 2004.

Mackner, L. M., Sisson, D. P., & Crandall, W. V. (2004). Review: Psychosocial issues in pediatric inflammatory bowel disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 243–257.

Marques,L.F. Qualidade de vida, uma aproximação conceitual. *Psico*, vol.27 . 49-62, jul/dez,1996.

Mitchell, A; Guyatt, G. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *J.Clin.Gastroenterol.* 1988;10: 306-10.

Moraes, V.Y; et al. Anxiety and depression in Brazilian Orthopaedics Inpatients: A cross Sectional study with a clinical Sample Comparison. *J Clin Psychol Med Settings* (2010) 17:31–37.

Nayar, M.; Rhodes, J.M.; Management of inflammatory bowel disease. *Postgrad. Med. J.* 2004. 80:206-213. www.postgradmedj.com

Pallis, *et.al.* Assessing health- related quality of life in patients with inflammatory bowel disease in Crete, Grece. *BMC Gastroenterology*, 2002. 2:1.

Pezzone, M.A; Wald, A. Functional bowel disorders in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Clin N Am.* 2002. 31: 347-357.

Pontes, R.M.A; Miszputen,S.J; Filho,O.F.F; Miranda,C; Ferraz; M.B. Qualidade de Vida em Pacientes Portadores de Doença Inflamatória Intestinal: tradução para o português e validação do questionário “Inflammatory Bowel Disease Questionnaire” (IBDQ). *Arq. Gastroenterologia.* Vol. 41, nº 2 – abr / jun.2004.

Rayhorn, N.;Rauhorn, D.J.; Inflammatory Bowel Disease: Symptoms in the bowel and beyond. *The Nurse Practitioner.*2002, vol.27;nº11. www.tnpj.com

Reinisch,W.; Sandborn,W.J.; Bala, M. ; *et al.* Response and remission are associate with improved quality of life, employment and disability status, hours worked, and productivity of patients with ulcerative colitis. *Inflamm.Bowel.Dis.* 2007.vol13. nº9.

Ren,W.H. *et.al.* Validation of the Mainland Chinese Version of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) for Ulcerative Colitis and Crohn’s Disease. *Inflamm Bowel Dis.* Vol. 13, Number 7, July 2007

Rodríguez-Moranta,F.;Soriano-Izquierdo,A.; Guadiola,J. Estado actual del tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Cir.Esp.*2007; 82(5): 254-9

Sainsbury,A.; Heatley,R.V. Review article: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Aliment.Pharmacol. Ther.*2005;21:499-508.

Santana, G.O.; Lyra, L.G.C.; Santana, T.C.A. *et al.*Crohn’s disease in one mixed-race population in Brazil. *World J. Gastroenterol.* 2007. 13(33):4489-4492.

Seidt, E.M.F; Zannon,C.M.L. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad.Saúde Pública,* Rio de Janeiro. 20(2): 580-588. mar /abr. 2004.

Seo M *et al.* Evaluation of Disease Activity in patients with moderately active Ulcerative Colitis: comparisons between a New Activity Index and Truelove and Witts’s Classification. *Am J Gastroenterol* 1995; vol 90:no 10.

Souza , M.M.; Belasco, A.G.S.; Aguilar- Nascimento, J.E.; Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal do Estado do Mato Grosso. *Rev.Bras.Coloproct.* 2008; 28(3):324-328.

Souza, M.H.L.P; Trancon, L.E.A; Rodrigues, C.M. *et al.* Evolução da ocorrência (1980-1999) da Doença de Crohn e da Retocolite Ulcerativa Idiopática e análise das suas características clínicas em um hospital universitário do sudeste do Brasil. *Arq.Gastroenterol.* 2002. vol.39:2 98-105

Teixeira, A.C.P. Inventário SF-36: avaliação da qualidade de vida de alunos de psicologia do centro UNISAL – U.E. Lorena (SP). *Revista de Psicologia da Vetor Editora.* Vol. 3. nº1, 2002. 16- 27.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL) position paper from the World Health Organization. Soc.Sci.Med. 1995; 41:1403-9.

Truelove,S.C.; Witts, L.J.; Cortisone in ulcerative colitis. Final report on therapeutic trial. British Med. Journal. Oct. 1955. 2(4947) 1041-8

Vermeire, S. *et. al.* Correlation between the Crohn's disease activity and Harvey – Bradshaw Indices in assessing Crohn's Disease Severity.Clin. Gastroenterol and Hepatology. 2010;8:357-363.

Victoria, C.R.; Sasaki,L,Y.; Nunes, H.R.C. Incidence and prevalence rates of inflammatory bowel disease, in Midwestern of São Paulo State, Brazil. Arq. Gastroenterol.2009.vol.46:1. 20-25

Yamada, T; *et. al.* Textbook of Gastroenterology, Fourth Edition, vol. 2 Lippincott Williams and Wilkins. USA, 2003. pag. 1705 -1706

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30:473–83.

Wolfe,B.J; Sirois; Beyond standard of life measures: the subjective experiences of living with inflammatory bowel disease. Qual. Life Res. (DOI10.1007/s11136-008-9362-1) 2008.

Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361–70.

APÊNDICE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação: Ciências em Gastroenterologia

Os pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais (Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn) sofrem com os sintomas desses distúrbios gastrointestinais, que podem acabar prejudicando a qualidade de vida relacionada à saúde. O tratamento das Doenças Inflamatórias intestinais é realizado com uso de medicamentos e o acompanhamento do paciente informa o grau da sua melhora ou piora. É uma doença que pode afetar como as pessoas sentem as suas vidas, pelo desconforto que produzem. A expressão “qualidade de vida” diz respeito a este desconforto sentido pelos pacientes. Nesse sentido, a finalidade deste estudo é avaliar a qualidade de vida, ansiedade e depressão dos portadores de Doenças Inflamatórias Intestinais através de questionários específicos.

Fui convidado a participar dessa pesquisa, que ocorrerá no HCPA, e que consiste em:

- Responder questionários que avaliam a qualidade de vida, ansiedade e depressão;
- Disponibilizar aproximadamente 30 minutos do meu tempo para respondê-los.

Fui igualmente informado que as informações prestadas aqui serão mantidas em termos estritamente confidenciais e que meu nome não aparecerá nos questionários. Ninguém, a não ser as pessoas envolvidas com o estudo, terá acesso a estas informações.

Tenho a compreensão de que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Entendo que o estudo não me beneficiará diretamente, mas do seu conhecimento poderão advir benefícios para o avanço da medicina. Tenho pleno conhecimento que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Raquel Pellizzari Calixto – (51) 84220332

Pesquisador responsável: Dr. Carlos Fernando de M. Francesconi – telefone: (51) 21018974 ou (51) 99873307.

* este termo de consentimento será retirado do questionário para manter o anonimato das informações.

ANEXO 1

VERSÃO EM PORTUGUÊS DO IBDQ

1- Com que frequência você tem evacuado nas duas últimas semanas? Por favor, indique com que frequência tem evacuado nas últimas duas semanas, escolhendo uma das seguintes opções:

1. Mais freqüente do que nunca
2. Extremamente freqüente
3. Muito freqüente
4. Moderado aumento na freqüência
5. Pouco aumento
6. Pequeno aumento
7. Normal, sem aumento na freqüência das evacuações

2- Com que frequência se sentiu cansado, fatigado e exausto, nas últimas duas semanas?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

3- Com que frequência, nas últimas duas semanas, você se sentiu frustrado, impaciente ou inquieto?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

4- Com que frequência, nas duas últimas semanas, você não foi capaz de ir à escola ou ao seu trabalho, por causa do seu problema intestinal?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

5- Com que frequência, nas duas últimas semanas, você teve diarreia?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

6- Quanta disposição física você sentiu que tinha, nas últimas duas semanas?

1. Absolutamente sem energia
2. Muito pouca energia
3. Pouca energia
4. Alguma energia
5. Uma moderada quantidade de energia
6. Bastante energia
7. Cheio de energia

7- Com que frequência, nas últimas duas semanas, você se sentiu preocupado com a possibilidade de precisar de uma cirurgia, por causa do seu problema intestinal?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

8- Com que frequência, nas últimas duas semanas, você teve que atrasar ou cancelar um compromisso social por causa de seu problema intestinal?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

9- Com que frequência, nas últimas duas semanas, você teve cólicas na barriga?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

10- Com que frequência, nas últimas duas semanas, você sentiu mal estar?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

11- Com que frequência, nas duas últimas semanas, você teve problemas por medo de não achar um banheiro?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes

4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

12- Quanta dificuldade você teve para praticar esportes ou se divertir como você gostaria de ter feito, por causa dos seus problemas intestinais, nas duas últimas semanas?

1. Grande dificuldade, sendo impossível fazer estas atividades
2. Grande dificuldade
3. Moderada dificuldade
4. Alguma dificuldade
5. Pouca dificuldade
6. Raramente alguma dificuldade
7. Nenhuma dificuldade

13- Com que frequência, nas duas últimas semanas, você foi incomodado por dores na barriga?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

14- Com que frequência, nas duas últimas semanas, você teve problemas para ter uma boa noite de sono ou por acordar durante a noite? (Pelo problema intestinal)

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

15- Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu deprimido e sem coragem?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

16- Com que frequência, nas duas últimas semanas, você evitou ir a lugares que não tivessem banheiros (privada) bem próximos?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes

- 6. Raramente
- 7. Nunca

17- De uma maneira geral, nas últimas duas semanas, quanto problema você teve com a eliminação de grande quantidade de gases?

- 1. O principal problema
- 2. Um grande problema
- 3. Um importante problema
- 4. Algum problema
- 5. Pouco problema
- 6. Raramente foi um problema
- 7. Nenhum problema

18- De uma maneira geral, nas duas últimas semanas, quanto problema você teve para manter o seu peso como você gostaria que fosse?

- 1. O principal problema
- 2. Um grande problema
- 3. Um significativo problema
- 4. Algum problema
- 5. Pouco problema
- 6. Raramente foi um problema
- 7. Nenhum problema

19- Muitos pacientes com problemas intestinais, com frequência têm preocupações e ficam ansiosos com sua doença. Isto inclui preocupações com câncer, preocupações de nunca se sentir melhor novamente, preocupação em ter uma piora. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu preocupado ou ansioso?

- 1. Sempre
- 2. Quase sempre
- 3. Muitas vezes
- 4. Poucas vezes
- 5. Bem poucas vezes
- 6. Raramente
- 7. Nunca

20- Quanto tempo, nas últimas duas semanas, você sentiu inchaço na barriga?

- 1. Sempre
- 2. Quase sempre
- 3. Muitas vezes
- 4. Poucas vezes
- 5. Bem poucas vezes
- 6. Raramente
- 7. Nunca

21- Quanto tempo, nas últimas duas semanas, você se sentiu tranquilo e relaxado?

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Bem poucas vezes
- 4. Poucas vezes
- 5. Muitas vezes
- 6. Quase sempre
- 7. Sempre

22- Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você teve problemas de sangramento retal com suas evacuações?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

23- Quanto do tempo, nas duas últimas semanas, você sentiu vergonha por causa do seu problema intestinal?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

24- Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você foi incomodado por ter que ir ao banheiro evacuar e não conseguiu, apesar do esforço?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

25- Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você sentiu vontade de chorar?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

26- Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você foi incomodado por evacuar acidentalmente nas suas calças?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

27- Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você sentiu raiva por causa do seu problema intestinal?

1. Sempre

2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

28- Quanto diminuiu sua atividade sexual, nas duas últimas semanas, por causa do seu problema intestinal?

1. Absolutamente sem sexo
2. Grande limitação
3. Moderada limitação
4. Alguma limitação
5. Pouca limitação
6. Raramente limitação
7. Sem limitação alguma

29- Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você se sentiu enjoado?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

30- Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você se sentiu irritado?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

31- Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você sentiu falta de compreensão por parte das outras pessoas?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Muitas vezes
4. Poucas vezes
5. Bem poucas vezes
6. Raramente
7. Nunca

32- Quanto satisfeito, feliz ou agradecido você se sentiu com sua vida pessoal, nas duas últimas semanas?

1. Muito insatisfeito, infeliz a maioria do tempo
2. Geralmente insatisfeito, infeliz
3. Um pouco insatisfeito, infeliz
4. Geralmente satisfeito, agradecido
5. Satisfeito a maior parte do tempo, feliz

6. Muito satisfeito a maior parte do tempo, feliz
7. Extremamente satisfeito, não poderia estar mais feliz ou agradecido

PONTUAÇÃO DO IBDQ

As questões que compõem cada domínio apresentam-se no questionário de maneira não ordenada, para que sejam evitados vieses nas respostas.

Cada questão dentro de cada um dos domínios aferidos tem sete alternativas de respostas. Cada opção de resposta vale seu próprio número em pontos, sendo 1 pior qualidade de vida e 7 a melhor, somando-se o total de pontos obtidos em cada domínio. A soma simples de todos os domínios resultará no escore total obtido pelo paciente.

Abaixo são relacionadas os domínios e suas respectivas questões:

1- **Questões do componente sintomas intestinais:** 01, 05, 09, 13, 17, 20, 22, 24, 26, 29 (Escore podem variar de 10 a 70 pontos).

2- **Questões do componente sintomas sistêmicos:** 02, 06, 10, 14, 18 (Escore podem variar de 5 a 35 pontos).

3- **Questões do componente aspectos sociais:** 04, 08, 12, 16, 28 (Escore podem variar de 5 a 35 pontos).

4- **Questões do componente aspectos emocionais:** 03,07,11,15,19,21,23,25,27,30, 31,32 (Escore podem variar de 12 a 84 pontos)

ANEXO 2**Escala de ansiedade e depressão para hospital geral (HADS)**

Identificação: _____

Data: ___/___/___

Por favor, assinale uma alternativa em cada grupo abaixo, que melhor represente o seu estado de saúde hoje.

1. Eu me sinto tenso ou contraído:

- 1. A maior parte do tempo
- 2. Boa parte do tempo
- 3. De vez em quando
- 4. Nunca

2. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 1. Sim, do mesmo jeito que antes
- 2. Não tanto quanto antes
- 3. Só um pouco
- 4. Já não sinto mais prazer em nada

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

- 1. Sim, e de um jeito muito forte
- 2. Sim, mas não tão forte
- 3. Um pouco, mas isto não me preocupa
- 4. Não sinto nada disto

4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 1. Do mesmo jeito que antes
- 2. Atualmente um pouco menos
- 3. Atualmente bem menos
- 4. Não consigo mais

5. Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 1. A maior parte do tempo
- 2. Boa parte do tempo
- 3. De vez em quando
- 4. Raramente

6. Eu me sinto alegre:

- 1. Nunca
- 2. Poucas vezes
- 3. Muitas vezes
- 4. A maior parte do tempo

7. Consigo sentar à vontade e me sentir relaxado:

- 1. Sim, quase sempre
- 2. Muitas vezes
- 3. Poucas vezes
- 4. Nunca

8. Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 1. Quase sempre
- 2. Muitas vezes
- 3. De vez em quando
- 4. Nunca

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

- 1. Nunca
- 2. De vez em quando
- 3. Muitas vezes
- 4. Quase sempre

10. Eu perdi o interesse em cuidar de minha aparência:

- 1. Completamente
- 2. Não estou mais me cuidando como deveria
- 3. Talvez não tanto quanto antes
- 4. Me cuido do mesmo jeito que antes

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

- 1. Sim, demais
- 2. Bastante
- 3. Um pouco
- 4. Não me sinto assim

12. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 1. Do mesmo jeito que antes
- 2. Um pouco menos do que antes
- 3. Bem menos do que antes
- 4. Quase nunca

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

- 1. A quase todo o momento
- 2. Várias vezes
- 3. De vez em quando
- 4. Não sinto isto

14. Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 1. Quase sempre
- 2. Várias vezes
- 3. Poucas vezes
- 4. Quase nunca

ANEXO 3

Identificação: _____

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE

INSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma opção)

- Excelente.....1
 Muito boa.....2
 Boa.....3
 Ruim.....4
 Muito ruim.....5

2. Comparado há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma opção)

- Muito melhor agora do que a um ano atrás.....1
 Um pouco melhor agora do que a um ano atrás.....2
 Quase a mesma de um ano atrás.....3
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4
 Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, you tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

<u>ATIVIDADES</u>	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não.Não dificulta de Modo algum
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a; A quantidade de tempo que você levava para fazer seu trabalho ou outras atividades diminuiu?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a; A quantidade de tempo que você levava para fazer seu trabalho ou outras atividades diminuiu?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiam nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupos?

(circule uma opção)

- De forma nenhuma.....1
 Ligeiramente.....2
 Moderadamente.....3
 Bastante.....4
 Extremamente.....5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

(circule uma opção)

- Nenhuma.....1
 Muito Leve.....2
 Leve.....3
 Moderada.....4
 Grave.....5
 Muito Grave.....6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

- De maneira alguma.....1

Um pouco.....2
 Moderadamente.....3
 Bastante.....4
 Extremamente.....5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor de uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Nas últimas 4 semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena Parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentindo uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentindo tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentindo calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentindo com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentindo desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentindo esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentindo uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentindo cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiam com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo.....1
 A maior parte do tempo.....2
 Alguma parte do tempo.....3
 Uma pequena parte do tempo.....4
 Nenhuma parte do tempo.....5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
A Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5

b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 4 – ARTIGO

Inflammatory bowel disease: low impact on scores of quality of life, and depression and anxiety in patients attending a tertiary care center in Brazil.

Raquel Pellizzari Calixto¹;Cristina Flores²;Carlos Fernando de Magalhães Francesconi³.

¹Dietitian, Postgraduate Program: Gastroenterology Sciences, Faculty of Medicine, UFRGS, Porto Alegre-RS, Brazil; ² Gastroenterology Division, Hospital de Clínicas de Porto Alegre; ³ Gastroenterology Division, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre-RS, Brazil; Associate Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, UFRGS, Porto Alegre-RS, Brazil

Institution

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Medical School, Federal University of Rio Grande do Sul

Postgraduate Program: Gastroenterology and Hepatology Sciences

Corresponding Author:

Raquel Pellizzari Calixto

Address: Av. Clóvis Paim Grivot, nº400, Apt.305

Post Code: 90250-020 –Humaitá

Porto Alegre/RS/Brasil

Tel: 51- 84220332

e-mail: raquel_calixto@hotmail.com

ABSTRACT

INTRODUCTION: Inflammatory bowel disease (IBD) affects patient quality of life (QoL). Few studies, however, have evaluated the impact of IBD on QoL, anxiety and depression in Brazilian patients.

OBJECTIVE: To evaluate psychological aspects of patients with IBD through the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **METHODS:** Cross-sectional study; IBDQ, SF-36 and HADS were applied to consecutive outpatients in a tertiary referral center for IBD. Harvey-Bradshaw Index (HBI) and Truelove scores (TS) were used to evaluate Crohn's Disease (CD) and Ulcerative Colitis (UC) activity. Sample calculation: 113 patients for a significance level of 5%, power of 90% and a correlation coefficient of at least 0.3 between the scales. Statistical analysis: Student-t test, Pearson and Spearman correlations. Protocol approved by the local Research Ethics Committee and consent form signed by all participants. **RESULTS:** 120 patients participated in the study; mean age: 41.7 years; female: 58.3%; CD: 69 patients. No low scores for QoL were found across the 4 IBDQ domains; the SF-36 showed low scores in relation to physical limitations (47.2 ± 42.4) and emotional aspects (49.8 ± 43.4); HADS score presented a mean of 9.5 ± 2.7 for anxiety and 8.7 ± 2.0 for depression. There was a negative association between the HBI and TS indices, and QoL and HADS scores. **CONCLUSION:** The IBDQ and HADS showed that outpatients of a tertiary care center for IBD in Brazil presented with good quality of life, with no difference being observed between patients with CD and UC.

Keywords: inflammatory bowel disease, Crohn's disease, ulcerative colitis, quality of life, anxiety and depression.

INTRODUCTION:

Inflammatory Bowel Disease (IBD), in both forms of ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD), are chronic diseases that more frequently affect young people of a working age, compromising their quality of life (QoL) in both personal and social contexts.^{1,2,3,4,5}

There are few studies that assess the impact of IBD on QoL using a Brazilian population sample.⁶

Studies conducted in other countries have primarily aimed at evaluating the validity, reliability and sensitivity of the quality of life disease-specific instrument, the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ), though not being designed to measure the impact of the diseases themselves on the subjects. Few studies have used the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) instrument to estimate the influence of these diseases on the psychological aspects of patients.^{7,8,9,10,11}

This study aimed to assess the impact of IBD on quality of life and the psychological effects of these diseases on patients attending an outpatient tertiary care clinic in southern Brazil.

METHODS

The study protocol was approved by the local Research Ethics Committee, and all patients signed a Consent Form.

Design

A cross-sectional study was conducted in a population of patients with inflammatory bowel disease, through application of the quality of life assessment tool IBDQ^{12,13} and the Short Form 36 Health Survey (SF-36)^{14,15,16}. Anxiety and depression were evaluated using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)^{17,18}. All versions have been validated for the Brazilian-Portuguese language.

Patients

A total of 128 consecutive patients with inflammatory bowel disease were included in the study, all of whom attended an outpatient care clinic at a referral center

for the treatment of IBD. All were approached either before or after their routine visit to the clinic and invited to participate in the study.

Protocol

Three questionnaires were applied. The IBDQ, having 32 closed questions with a 7 point response scale, where 1 signifies worst quality of life and 7 equates to the best. The scores were expressed as follows: ≥ 200 = excellent; 151-199 = good; 101-150 = regular and ≤ 100 = bad. The SF-36, having eleven questions; the scores were coded, summed up and converted onto a scale from 0 to 100, denoting worst possible to best possible health status, respectively. The HADS questionnaire, having 14 questions divided into two sub-scales to measure anxiety and depression, with classification of scores from 0 (no distress) to 21 (maximum distress).

The questionnaires are considered to be easily understood, self-reported instruments and were completed by patients without any external help.

The clinical indices of UC severity (Truelove) and CD activity (Harvey Bradshaw) were calculated at the clinic on the day of consultation, when the questionnaires were also completed.

Sample size

The sample size calculation was based on the study of Pontes et al¹⁹. (2004). For a significance level of 5%, a statistical power of 90% and a correlation coefficient of at least 0.3 between the scales was used, obtaining a minimum total of 113 patients.

Data analysis

Quantitative variables were described through average and standard deviation, and qualitative variables through absolute and relative frequencies.

The Student t-test was applied to assess the differences between the inflammatory bowel diseases for QoL scores (IBDQ and SF-36) and anxiety and depression scores (HADS).

The relationships between the scales were evaluated using Pearson's correlation coefficient (symmetric distribution) or Spearman's correlation coefficient (asymmetric distribution).

The level of significance adopted was 5% ($p \leq 0.05$) and the analyses were performed using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 13.0.

RESULTS

Eight patients (6.7%) from a sample of 128 were excluded due to incorrect completion of questionnaires. The IBDQ was correctly completed by 113 patients, 115 for the SF-36, and 123 for the HADS. From the 120 patients evaluated, 70 (58.3%) were female; the mean \pm SD age was 41.2 ± 13 years; 69 (57.5%) presented with Crohn's Disease and 51 (42.5%) with Ulcerative Colitis; 85.7% of CD and 64.6% of UC patients were in remission.

Patient IBDQ scores indicated a good quality of life for all fields of the questionnaire. Lower scores for quality of life were shown in only two of the eight SF-36 domains: the mean (\pm SD) of the Physical Limitations and Emotional Aspects were 47.2 ± 42.4 and 49.8 ± 43.4 , respectively, with both results being below 50, which is half of the variation from 0 to 100 points. The best scores were observed in the Functional Capacity and Social Aspects domains, averaging over 65 points. There was no difference observed between the two diseases in any of the domains. (Table 1).

The HADS questionnaire did not detect statistically significant manifestations of anxiety and depression in the studied population. Scores ranged from 0 to 21, and patients presented a mean score of 9.5 for the anxiety and 8.7 for the depression subscales, with the median being 9; the minimum points for anxiety and depression were 5 and 2 with the maximum being 16 and 14, respectively. When correlated with the Harvey-Bradshaw index for Crohn's disease, an association was found between a greater degree of disease activity and lower quality of life and higher anxiety scores of patients.

There was a statistically significant direct association between the scores for almost all domains of the SF-36 (except general health) with the IBDQ scores, showing a good correlation between both questionnaires. Patients with higher anxiety scores presented lower scores for quality of life on the IBDQ. There was no association between scores of the IBDQ with depression. (Table 2).

Table 3 shows the correlation between quality of life, anxiety and depression with the Truelove activity index. There was a statistically significant, inverse association between this index and the SF-36 scores for pain, vitality and mental health, and for all areas of the IBDQ. The same was not observed with the scores from the HADS questionnaire.

Table 4 demonstrates that there was no statistically significant association between the physical limitations and general health domains only of the SF-36 with the HBI, although all other domains presented with an inverse association. It was also observed that the greater the disease activity, the higher the patient anxiety. There was an inverse association between disease activity and depression, although there is no statistical significance.

DISCUSSION

Our study showed, rather surprisingly, a low disease impact on quality of life scores for patients with IBD attending the outpatient clinic of a tertiary care referral centre in Brazil. Additionally, a low disease impact was also detected on anxiety and depression scores in the same population of patients

These findings can probably be explained by the high disease remission rates observed in our study, 85.7% for CD and 64.6% for UC. The reason for this is probably related to the fact that our study sample consisted of outpatients, who were interviewed during previously scheduled elective consultations, whereas patients showing more intense disease activity were more likely to not wait for appointments and to be seen on an off-schedule basis, thus not participating in our study.

Our results are in contrast to the findings of KNOWELD et. al. 2011²⁰ who found that when evaluating patients with CD, 55% presented with moderate anxiety and 41% with moderate depression. This can be explained by the fact that half their study sample consisted of patients with clinically active disease. Our results support the idea that keeping patients in remission has a positive impact on their lives, reducing anxiety and depression levels.

Our main objective was to evaluate the impact of inflammatory bowel disease on patient quality of life, using a disease-specific Health-related Quality of Life

questionnaire (IBDQ), as well as through generic questionnaires. Our population demonstrated a good quality of life according to the IBDQ, and a lower quality of life in only two areas of the SF-36, physical limitations and emotional aspects. The IBDQ showed that patients presented acceptable scores, with a total mean \pm SD for CD and UC of 160.9 ± 39.3 and 152.7 ± 46.9 , respectively, a result similar to PALLIS et.al.²¹ who obtained mean scores (\pm SD) of 177.6 ± 39.6 for CD and 178.5 ± 35.3 for UC, but in contrast to IGLESIAS et.al.²² in which patients with CD had lower scores in all domains of the SF-36 and low scores in the Systemic Symptoms section of the IBDQ.

No difference in quality of life was observed between patients with Crohn's disease and those with Ulcerative Colitis, results also found in other studies using the IBDQ, such as COHEN et.al.⁶ who studied 50 patients in southern Brazil, and BLANCO et. al.²³ and CASELLAS et. al.²⁴ who assessed the quality of life for 120 and 289 Spanish patients, respectively.

When comparing the IBDQ with the generic SF-36, it was seen that patients showed lower quality of life scores in two domains (Physical Limitations and Emotional Aspects), something also observed by Pontes et. al.¹⁹ (2004). Our study showed an association between all domains of the SF-36 (except general health) with the IBDQ, whereas Pontes found no correlation between the Intestinal Symptoms component of the IBDQ with the SF-36.

Whilst comparing the IBDQ and HADS instruments, no association was demonstrated between the IBDQ domains with the depression sub-scale. It is worth noting the consistency of the results: deterioration in QoL and anxiety scores were associated with greater activity of the IBD. The total scores for the HADS correlated with all domains of the IBDQ, particularly so in the area of mental health.

The choice of Truelove and Harvey-Bradshaw indices was determined by the simplicity and ease of data collection, with values only being calculated on the consultation day. The HBI shows good correlation with the Crohn's Disease Activity Index (CDAI) and can replace it without interfering with the quality of the study.^{25,26,27,28}

The HBI showed a direct correlation with scores of anxiety and decreased quality of life, as also demonstrated by PONTES et. al.¹⁹

Two points can be considered as limitations to our study. Questionnaires: the large number of questions to be answered could potentially tire patients; the layout of the SF-36 questionnaire with the use of long tables and many rows and columns could lead to patient confusion and incorrect completion. Population sample: patients were evaluated in an elective medical consultation setting, whereas those with greater disease activity were more likely to be seen in the Emergency Room or directly admitted to hospital, therefore not being subject to the questionnaires. However, this comprised only a small number of cases, with care for almost all patients with IBD attending this institution coming under the control of the authors. Furthermore, whenever necessary, patients with more urgent conditions were promptly scheduled for a regular outpatient visit. As a consequence and with the recruitment period being almost one year, these patients were seen by our team in a time span close to the flare-up of their diseases, meaning that any major repercussion on their quality of life would probably not have been missed by our research.

Our study presented significant strengths: a low probability that a sampling bias was responsible for our results as the sample consisted of consecutive patients attending a specialist clinic dedicated to the care of IBD patients at a reference university hospital, part of the state health system; the number of patients evaluated met the study sample size calculation; individuals were evaluated sequentially; the same investigator evaluated all patients; it is the first study to evaluate in a systematic manner anxiety and depression in a population with IBD in Brazil through use of the HADS questionnaire, validated for the Brazilian-Portuguese language; the study showed that all three questionnaires, SF-36, IBDQ and HADS, were sensitive to the health status of patients with IBD, having a good correlation with disease activity indices; the concept that these questionnaires can be considered reliable, easily understood, self-applicable and cost effective, is also supported.

We believe that the incorporation of these questionnaires into our clinical practice will contribute to the assessment of IBD impact on the quality of life of our patients. This broader assessment can, therefore, contribute to a more appropriate and individualized care plan for these patients.

However, it is necessary to conduct further studies in order to evaluate whether IBD in low prevalence countries such as Brazil²⁹, express the same phenotype and severity patterns as in high prevalence countries. If a low incidence of patients with severe disease is found in these countries, it could possibly explain our findings of the low impact on QoL in our IBD patients.

In conclusion, the IBDQ and HADS questionnaires showed that outpatients attending a tertiary care center for IBD in Brazil presented with good quality of life, with no differences being observed between patients with CD and UC. Quality of life for these patients is significantly reduced with increased IBD activity.

ACKNOWLEDGMENT

The use of the IBDQ was made under license from McMaster University, Canada.

REFERENCES

- 1 Drossman DA, Patrick DL, Mitchell CM et al. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease. Functional status and patient worries and concerns. *Dig Dis Sci* 1989;34:1379–86.
- 2 Drossman DA; Creed FH, Svedlund J et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut*. 1999; 45(suppl) II25-II30.
- 3 Borgaonkar MR, Irvine EJ. Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorders. *Gut*.2000;47:444-454
- 4 Krishnan A, Korzeik JR. Inflammatory Bowel Disease and environmental influences. *Gastroenterol Clin N Am*. 2002. 31: 21-39.
- 5 Irvine E J. Quality of life of patients with ulcerative colitis: past, present and future. *Inflamm. Bowel. Dis*.2008; 14:554-565.
- 6 Cohen D,Bin CM, Fayth APT. Assessment of quality of life of patients with Inflammatory Bowel Disease residing in Southern Brasil. *Arq. Gastroenterol*. V.47, nº 3, jul/set. 2010
- 7 Bernklev, T, Moum B, Moum T. Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease: Translation, Data Quality, Scaling Assumptions, Validity, Reliability and Sensitivity to Change of the Norwegian Version of IBDQ. *Scand J Gastroenterol* 2002;37:1164 –1174

- 8 Ciccocioppo R, Klersey C, Russo ML et al. Validation of the Italian translation of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire. *Digestive and Liver Disease* xxx (2011) xxx–xxx
- 9 Hashimoto H, Green J, Iwao Y et al. Reliability, validity, and responsiveness of the Japanese version of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire. *J Gastroenterol* 2003; 38:1138–1143.
- 10 Leong RWL, Lee YT, Ching JY et al. Quality of life in Chinese patients with inflammatory bowel disease: validation of the Chinese translation of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 711–71
- 11 Ren WH, Lai M, Chen Y et al. Validation of the Mainland Chinese Version of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) for Ulcerative Colitis and Crohn's Disease. *Inflamm Bowel Dis*. Vol. 13, Number 7, July 2007
- 12 Mitchell A, Guyatt G, Singer J et al. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *J.Clin.Gastroenterol*. 1988;10: 306-10.
- 13 Guyatt G, Mitchell A, Irvine EJ et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, 1989;96:804-10.
- 14 Campolina AG, Ciconelli RM. O SF-36 e o desenvolvimento de novas medidas de avaliação da qualidade de vida. *Acta Reumatol. Port*. 127-133. 2008
- 15 Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (Brasil-36). *Rev.Bras.Reumatol*. vol.39. mai/jun. 1999.
- 16 Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473–83.
- 17 Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361–70.
- 18 Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, et al. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HADS) de ansiedade e depressão. *Ver. Saúde Pública*, 29(5) 355-63, 1995.
- 19 Pontes RMA, Miszputen SJ, Ferreira-Filho OF, et al. Qualidade de Vida em Pacientes Portadores de Doença Inflamatória Intestinal: tradução para o português e validação do questionário "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire" (IBDQ). *Arq. Gastroenterologia*. Vol. 41, nº 2 – abr / jun.2004.
- 20 Knowles SR, Wilson JL, Connell WR et al. Preliminary Examination of the Relations Between Disease Activity, Illness Perceptions, Coping Strategies, and Psychological

Morbidity in Crohn's Disease Guided by the Common Sense Model of Illness. *Inflamm. Bowel Dis.* 2011

21 Pallis AG, Vlachonikolis IG, Mouza IA. Assessing health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease in Crete, Greece. *BMC Gastroenterology*, 2002; 2:1.

22 Iglesias M, Vasquez I. Health related quality of life in patients with Crohn's disease in remission. *Rev. Esp. Enfermedad Dig (Madrid)*. Vol. 102. N.º 11, pp. 624-630, 2010

23 Blanco BL, Moreno-Jimenes J, Múgica JMD et al. Relación entre variables sociodemográficas y clínicas y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Esp Enferm Dig.* 2005; 97(12): 887-898.

24 Casellas F, López-Vivancos J, Badia X et al. Influence of inflammatory bowel disease on different dimension of quality of life. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology.* 2001, vol.13. nº5.

25 Harvey, RF; Bradshaw, JM. A simple index of Crohn's disease activity. *Lancet*, 1980, Mar.8; 1(8167):514

26 Tuelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis. Final report on therapeutic trial. *British Med. Journal. Out.* 1955.

27 Best W. Predicting the Crohn Disease Activity Index from Harvey-Bradshaw Index, *Inflamm. Bowel Disease*. vol12. nº4. apr 2006.

28 Vermeire S, Schreiber S, Sandborn WJ et al. Correlation between the Crohn's disease activity and Harvey-Bradshaw Indices in assessing Crohn's Disease Severity. *Clin. Gastroenterol and Hepatology.* 2010;8:357-363.

29 Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology.* 2011;140(6):1785-94.

TABELAS DO ARTIGO

Table 1 - Comparison of diseases through the Student t-test for independent samples

Variables	CD Average \pm DP	IUC Average \pm DP	P
IBDQ	n = 68	n = 45	
Intestinal Symptoms	53.7 \pm 11.1	49.4 \pm 14.6	0.097
Systemic Symptoms	23.8 \pm 6.9	22.6 \pm 7.3	0.371
Social Aspects	26.5 \pm 8.1	25.1 \pm 9.1	0.391
Emotional Aspects	56.9 \pm 17.4	55.5 \pm 19.4	0.696
Total	160.9 \pm 39.3	152.7 \pm 46.9	0.312
SF- 36	n = 61	n = 46	
Functional Capacity	66.7 \pm 28.5	64.4 \pm 27.6	0.688
Physical Limitations	50.8 \pm 42.6	42.4 \pm 42.1	0.311
Pain	59.4 \pm 27.1	56.0 \pm 24.8	0.514
General Health	57.1 \pm 10	55.6 \pm 11.8	0.488
Vitality	56.3 \pm 16.3	52.5 \pm 14.9	0.219
Social aspects	69.8 \pm 26.5	64.4 \pm 32	0.365
Emotional aspects	53.3 \pm 43.9	45.2 \pm 42.7	0.343
Mental health	62.6 \pm 25	57.9 \pm 25.5	0.346
HADS	n = 67	n = 48	
Anxiety	9.3 \pm 2.4	9.8 \pm 3.0	0.296
Depression	8.4 \pm 1.8	9.1 \pm 2.2	0.094

Table 2 - Associations between IBDQ, HADS and SF-36 through the Pearson Correlation coefficient

Variables	BS	SS	SA	EA	Total
HADS					
Anxiety	- 0.437*	- 0.514*	- 0.466*	- 0.668*	- 0.593*
Depression	- 0.095	- 0.114	- 0.099	- 0.187	- 0.147
SF-36					
FC	0.554*	0.670*	0.667*	0.576*	0.647*
PL	0.506*	0.647*	0.613*	0.527*	0.602*
Pain	0.610*	0.691*	0.604*	0.555*	0.649*
General Health	0.186	0.139	0.165	0.157	0.177
Vitality	0.575*	0.707*	0.586*	0.556*	0.639*
Social aspects	0.544*	0.702*	0.622*	0.721*	0.706*
Emotional aspects	0.527*	0.719*	0.610*	0.570*	0.638*
Mental health	0.633*	0.719*	0.627*	0.782*	0.761*

BS: Bowel Symptoms; SS: systemic symptoms; SA: social aspects; EA: emotional aspects; FC: functional capacity; PL: physical limitations

*p<0,001

Table 3 - Associations between quality of life, anxiety and depression with the Severity of Ulcerative Colitis Index (Truelove) through Spearman's correlation coefficient

VARIABLES	r_s
SF- 36	
Functional Capacity	- 0.259
Physical Limitations	- 0.022
Pain	- 0.371*
General Health	- 0.004
Vitality	- 0.329*
Social aspects	- 0.233
Emotional aspects	- 0.123
Mental health	- 0.327*
IBDQ	
Intestinal Symptoms	- 0.496**
Systemic Symptoms	- 0.334*
Social Aspects	- 0.429**
Emotional Aspects	- 0.478**
Total	- 0.485
HADS	
Anxiety	0.221
Depression	0.003

* p <0,005

** p <0,01

*** p < 0,001

Table 4 - Associations between quality of life, anxiety and depression with the Activity Index for Crohn's Disease - Harvey-Bradshaw through Spearman's correlation coefficient

VARIABLES	r_s
SF- 36	
Functional Capacity	- 0.406**
Physical Limitations	- 0.542
Pain	- 0.562**
General Health	- 0.131
Vitality	- 0.363**
Social aspects	- 0.368**
Emotional aspects	- 0.493**
Mental health	- 0.310*
IBDQ	
Intestinal Symptoms	- 0.542**
Systemic Symptoms	- 0.468**
Social Aspects	- 0.549**
Emotional Aspects	- 0.360**
Total	- 0.494
HADS	
Anxiety	- 0.288*
Depression	- 0.247

* $p < 0,005$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$