

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA

JOSÉ LUIZ AMURATTI GONÇALVES

**Qualidade de vida e religiosidade/espiritualidade
como base para o enfrentamento da doença de Crohn
e sua correlação com os fenótipos**

São Paulo

2023

JOSÉ LUIZ AMURATTI GONÇALVES

**Qualidade de vida e religiosidade/espiritualidade
como base para o enfrentamento da doença de Crohn
e sua correlação com os fenótipos**

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências em Gastroenterologia

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Carlos Nahas

São Paulo

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Gonçalves, Jose Luis Amuratti
Qualidade de vida e
religiosidade/espiritualidade como base para o
enfrentamento da doença de Crohn e sua correlação com
os fenótipos / Jose Luis Amuratti Gonçalves. -- São
Paulo, 2023.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências em Gastroenterologia.
Orientador: Sérgio Carlos Nahas.

Descritores: 1.Qualidade de vida
2.Espiritualidade 3.Doença de Crohn 4.Doenças crônicas
5.Doenças inflamatórias intestinais 6.Enfrentamento

USP/FM/DBD-264/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

reprodução autorizada pelo autor

DEDICATÓRIA

Dedico com todo Amor esta dissertação à minha esposa, Cleusa de Lima Bueno Amuratti, que me ensina a fazer a diferença todos os dias e a não perder a oportunidade de fazer o bem.

Às minhas filhas Beatriz e Renata Rodovalho Gonçalves, e às do meu coração, Livia Caroline e Camila Jaqueline Bueno Dourado.

À Ana Luiza Bueno Parede, neta querida, que tornou minha vida ainda mais incrível.

Aos médicos e profissionais da saúde: “Não há maior amor do que doar a própria vida pelos seus irmãos” (João, 15:13).

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, o Professor Doutor Sérgio Carlos Nahas, pelo fabuloso exemplo de vida.

Ao Professor Doutor Carlos Walter Sobrado Júnior pela oportunidade, pela honra de desfrutar de sua amizade.

Ao Professor Doutor José Jukemura, pela atenção e pelo carinho de um amigo.

A todos os colegas do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais da Disciplina de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da FMUSP: Doutores Marcelo Rodrigues Borba, Arceu Scanavini, Nathália Queiroz Freitas, Marianne Gouvea Monteiro de Camargo, Lucas Rodrigues Boarini, Edésio Vieira da Silva Filho e Carolina Bortolozzo Graciolli Facanali, que, em meu primeiro dia no ambulatório, já me estimularam para a produção científica. Todos vocês se tornaram meus amigos.

Agradeço meus amigos Professores Doutores Maria do Patrocínio Tenório Nunes e Lin Chin An Lin, que me incentivaram e proporcionaram a volta à vida acadêmica.

Ao Professor Doutor Alex Jones Flores Cassenote e Cristiane de Jesus Almeida, pelo excelente trabalho estatístico e pelo carinho.

À enfermeira Christiane Haro, pelo apoio e incentivo sempre.

Aos meus amigos da 67 turma da FMUSP, uma honra estar ao lado de vocês.

À Professora Adriane Schiermer, pela revisão da língua portuguesa desta dissertação, meus agradecimentos.

Adendo aos agradecimentos

Agradeço a Deus o fato de me tornar um paciente grave e passar por um enfrentamento contra uma doença também grave, durante a feitura desta dissertação, e aqui teço algumas considerações:

Em minha apresentação ao Departamento, o Professor Doutor José Jukemura me interrogou por diversas vezes sobre qual era o meu interesse no tema do Enfrentamento Religioso-Espiritual nesta enfermidade. Ele insistia na indagação, e eu titubeava em responder, temendo o “viés” religioso *versus* o “viés” científico.

Aí Pedro, o Apóstolo sussurrou: “Importa antes agradar a Deus do que aos homens” (Atos, 5:29), e eu respondi que sim, tive formação de pregador do Novo Mandamento de Jesus, pela Religião de Deus, do Cristo e do Espírito Santo – LBV – Legião da Boa Vontade.

Por estas razões exponho duas situações:

A primeira é como escreveu a Irmã Monique Marie Marthe Bourget em sua tese de Doutorado nesta casa e de quem faço totalmente minhas palavras: “Ainda que eu reconheça *a priori* a impossibilidade de total separação sujeito-objeto nesta produção científica, manifesto igualmente meus esforços no sentido de controlar possíveis enviesamentos. Mediados pelas várias etapas que percorri...” e aqui minhas próprias palavras: adoto questionários validados cientificamente e durante a aplicação absolutamente nenhuma palavra de qualquer sugestão foi emitida que pudesse afetar o caráter puramente científico desta obra.

A segunda situação é que “coincidentemente” meu empenho em colaborar com esta área de conhecimento foi ampliada sobremaneira, pois, há alguns meses da finalização desta pesquisa fui diagnosticado com uma neoplasia avançada localmente de próstata com recidiva após a cirurgia, quando tenho a oportunidade de vivenciar este “enfrentamento” e, ao contrário de minha perspectiva anterior, muito me estimulou a compreender minha missão e a perseverar no bem.

RESUMO

Gonçalves JLA. *Qualidade de vida e religiosidade/espiritualidade como base para o enfrentamento da doença de Crohn e sua correlação com os fenótipos* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2023.

Introdução: A doença de Crohn se caracteriza por ser uma inflamação crônica no aparelho digestivo de caráter recorrente com períodos de agudização e remissão. A DC pode apresentar-se com os fenótipos: inflamatório, estenosante e fistulizante. Os pacientes alteram substancialmente suas rotinas e a qualidade de vida tende a ser afetada. O tratamento é multidisciplinar, e o enfrentamento religioso-espiritual é ferramenta de apoio. **Objetivos:** Estudar a qualidade de vida e a Religiosidade/Espiritualidade dos pacientes portadores de DC e sua relação com os fenótipos inflamatório, fibroestenósante e fistulizante. **Métodos:** Estudo transversal prospectivo, realizado no ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais da Disciplina de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da FMUSP de março a outubro de 2021, com 151 pacientes consecutivos. Avaliados dados sociodemográficos, classificação de Montreal e questionários S-IBDQ (Short –Inflammatory Bowel Disease Questionnaire) e p-DUREL (Universidade de Duke – Religiosidade). Variáveis qualitativas foram avaliadas com o teste de qui-quadrado ou teste exato de Fischer quando necessário. O teste de Mann-Whitney foi usado para análise de variáveis quantitativas e, para mais de 2 grupos foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, ambas técnicas de estatísticas não paramétricas. **Resultados:** Quanto à localização: ileo-colônica (41,1%), ileal (27,2%) e colônica (25,2%) e 6,6% apresentaram perianal exclusiva. O comportamento fistulizante acometeu 44,4% dos doentes. 80% da população estudada declarou pertencer às religiões católica e evangélica. Na investigação sobre lazer antes e depois do diagnóstico da DC, encontramos uma redução de 20% nas atividades de recreação (70% vs. 50%, $p < 0,05$). A qualidade de vida resultou na pontuação de 40 (10 a 70) e a pontuação em Religiosidade/Espiritualidade com médias positivas nos três domínios, Religiosidade organizacional (61,4%), não organizacional (75%) e Espiritualidade intrínseca que é analisada por meio de três questões, trouxe os resultados de 98,6%, 93,6% e 89,3% respectivamente. Não foram observadas diferenças entre a qualidade de vida e o enfrentamento religioso/espiritual em portadores de DC nos três fenótipos inflamatórios. **Conclusão:** A população estudada é homogênea em relação às características religiosas e sociodemográficas. A atividade religiosa (organizacional ou não) e a Espiritualidade intrínseca estão presentes na vida dos pacientes portadores de DC, podendo ser consideradas como ferramentas importantes na adesão ao tratamento e na relação profissional do médico com o doente. O grau de Religiosidade/Espiritualidade e a qualidade de vida independem do fenótipo e comportamento da DC. A Religiosidade e Espiritualidade positivas não apresentam correlação com melhor qualidade de vida dos pacientes portadores de DC. A homogeneidade da amostra dificulta uma avaliação adequada, o que nos leva a sugerir novos estudos com grupos mais heterogêneos.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Espiritualidade; Doença de Crohn; Doenças crônicas; Doenças inflamatórias intestinais; Enfrentamento.

ABSTRACT

Goncalves JLA. *Quality of life and religiosity/spirituality as a basis for coping and its correlation to the phenotypes* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2023.

Introduction: Crohn's disease is characterized by a chronic inflammation in the digestive system of recurrent character with periods of exacerbation and remission. CD shows the following phenotypes: inflammatory, stenosing and fistulizing. Patients substantially change their routines and quality of life tends to be affected. The treatment is multidisciplinary, and the Religious-Spiritual confrontation is a support tool. **Objectives:** To study the quality of life and religiosity/spirituality of patients with CD, and their relationship with the inflammatory, fibrostenosing and fistulizing phenotypes. **Methods:** Prospective cross-sectional study carried out at the IBD outpatient clinic of the Coloproctology discipline of Hospital das Clínicas da FMUSP from March to October 2021, with 151 consecutive patients. Socio-demographic data, Montreal classification and S-IBDQ (Short - Inflammatory Bowel Disease Questionnaire) and p-DUREL (Duke University – Religiosity) data were evaluated. Qualitative variables were evaluated using the chi-square test or Fisher's exact test when necessary. The Mann-Whitney test was used to analyze quantitative variables and, for more than 2 groups, the Kruskal-Wallis test was used, both non-parametric statistical techniques. **Results:** According to the affected segment: ileo-colonic (41.1%), ileal (27.2%) and colonic (25.2%) and 6.6% had exclusive perianal. Fistulizing behavior affected 44.4% of patients. 80% of the population studied belonged to the Catholic and Evangelical religions. In the investigation of leisure before and after the diagnosis of CD, the result is a 20% reduction in recreational activities (70% vs. 50%, $p < 0.05$). Quality of life resulted in a score of 40 (10 to 70) and the score for religiosity/spirituality with positive means in the three domains, organizational religiosity (61.4%), non-organizational (75%) and intrinsic spirituality that is analyzed through 3 questions, the results are 98.6%, 93.6% and 89.3% respectively. No differences were observed between quality of life and religious/spiritual coping in CD patients in the three inflammatory phenotypes. **Conclusions:** The studied population presented homogeneous sociodemographic results and high religious and spiritual activity. R/S in a positive context were not associated with better QoL or phenotype. R/S is present in the patients' lives and could be seen as an important tool for adherence to treatment and the professional relationship between doctor and patient. The homogeneity of the sample complicates an appropriate evaluation, which leads us to suggest new studies with more heterogeneous groups.

Keywords: Quality of life. Spirituality; Crohn's disease; Chronic disease; Inflammatory bowel diseases; Coping.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Classificação fenotípica de Montreal para doença de Crohn e retocolite ulcerativa	17
Tabela 2 -	Índice de atividade de Harvey-Bradshaw	18
Tabela 3 -	Características sociodemográficas dos doentes estudados.....	36
Tabela 4 -	Localização e comportamento da doença de Crohn entre os doentes estudados	38
Tabela 5 -	Distribuição das respostas para cada categoria das perguntas do IBDQ e escore médio \pm desvio padrão.....	39
Tabela 6 -	Distribuição das respostas para cada categoria das perguntas do DUREL e escore médio \pm desvio padrão	45
Tabela 7 -	Distribuição das questões do DUREL, segundo a localização da DC, incluindo frequência absoluta, relativa e valor de p.....	47
Tabela 8 -	Distribuição das questões do DUREL, segundo o comportamento inflamatório da DC, incluindo frequência absoluta, relativa e valor de p	48
Tabela 9 -	Distribuição das questões do DUREL, segundo o comportamento fistulizante da DC, incluindo frequência absoluta, relativa e valor de p	49
Tabela 10 -	Distribuição das questões do DUREL, segundo o comportamento estenosante da DC, incluindo frequência absoluta, relativa e valor de p	50

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Distribuição dos doentes estudados de acordo com o sexo	34
Figura 2 -	Distribuição etária dos doentes estudados.....	35
Figura 3 -	Distribuição média de IC95% para cada questão do IBDQ.....	41
Figura 4 -	Distribuição do escore total SIBDQ de acordo com a localização da DC	42
Figura 5 -	Distribuição do escore total SIBDQ de acordo com a presença do comportamento inflamatório	43
Figura 6 -	Distribuição do escore total SIBDQ de acordo com a presença do comportamento fistulizante.....	43
Figura 7 -	Distribuição do escore total SIBDQ de acordo com a presença do comportamento estenosante	44
Figura 8 -	Distribuição média de IC95% para cada questão do DUREL	46
Figura 9 -	Distribuição do escore total SIBDQ de acordo com a frequência para a pergunta “Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou a outro encontro religioso?” do DUREL ...	51
Figura 10 -	Distribuição do escore total SIBDQ de acordo com a frequência para a pergunta “Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?” do DUREL	52
Figura 11 -	Distribuição do escore total SIBDQ de acordo com a afirmativa: “Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)”	52
Figura 12 -	Distribuição do escore total SIBDQ de acordo com a afirmativa “As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver”	53
Figura 13 -	Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida	53

LISTA DE ABREVIATURAS

DC	Doença de Crohn
DII	Doenças Inflamatórias Intestinais
DUREL	Duke University Religiosity
ERE	Enfrentamento Religioso-Espiritual
HC FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IBDQ-S	Short Inflammatory Bowel Disease
NORA	Atividades Religiosas Não Organizacionais
ORA	Atividades Religiosas Organizacionais
R/E	Religiosidade e Espiritualidade
RCUI	Retocolite Ulcerativa
RI	Religiosidade Intrínseca
RNO	Religiosidade Não Organizacional
RO	Religiosidade Organizacional

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO	12
1.1 DII –DC	13
1.2 Qualidade de vida.....	19
1.3 Religiosidade/Espiritualidade e-enfrentamento.....	21
1.4 Justificativa	23
II - OBJETIVOS	25
III - CASUÍSTICA E MÉTODOS	27
3.1 População de Estudo	28
3.2 Critérios de Inclusão	28
3.3 Critério de Exclusão	28
3.4 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	29
3.5 Método	29
3.6 Classificação do Fenótipos da Doença de Crohn	30
3.7 Questionário de Qualidade de Vida	30
3.8 Índice Religiosidade/Espiritualidade.....	31
3.9 Análise Estatística.....	32
IV - RESULTADOS	33
4.1 Características Sociodemográficas	34
4.2 Fenótipo da DC.....	38
4.3 Qualidade de vida	39
4.4 Questionário de Qualidade de vida X Fenótipo da DC.....	42
4.5 Índice de Religiosidade/Espiritualidade.....	45
4.6 Índice R/E X Fenótipo DC.....	47
4.7 Índice R/E X Fenótipo DC e QV.....	51
V - DISCUSSÃO	54
VI - CONCLUSÃO	60
VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
VIII.- REFERÊNCIAS	64
IX - ANEXOS.....	74
Anexo 1 - Questionário sociodemográfico	75
Anexo 2 - SIBDQ	76
Anexo 3 - Índice de Religiosidade da Universidade Duke	77

I INTRODUÇÃO

I INTRODUÇÃO

1.1 Doença inflamatória intestinal – A doença de Crohn

“Doenças inflamatórias intestinais (DII)” é um termo amplo que tem sido empregado para designar inflamações crônicas de caráter recorrente com períodos de agudização. Possui duas principais formas de apresentação: a doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU), que diferem pela área do trato gastrointestinal comprometida, profundidade do tecido afetado e fisiopatologia envolvida.

A DII afeta jovens em idade produtiva e idosos, prejudicando de maneira significativa a qualidade de vida (QV), necessita de acompanhamento médico prolongado e representa um grande ônus para a sociedade, uma vez que seu tratamento tem alto custo para os sistemas de saúde e restringe a atividade social do indivíduo ^(1,2).

Apesar da DII estar presente em todo o mundo, sua incidência e prevalência é variável. As menores incidências da DC foram registradas na África, América do Sul e Ásia, enquanto que as maiores nos Estados Unidos, Europa Ocidental e do Norte, tendo sido observado que é mais comum em países desenvolvidos e industrializados, demonstrando que a urbanização de fato influencia no desenvolvimento e agravamento da DC ^(3,4,5).

Guimarães *et al.* em recente revisão sistemática relataram que nos Estados Unidos da América registrou-se a taxa de incidência de 2,4 casos novos por 100.000 habitantes/ano e a prevalência de 135,6 casos/100.000 habitantes para doença de Crohn ⁽⁶⁾.

Bernstein *et al.*, em estudo epidemiológico realizado no Canadá, encontraram taxa de incidência de 13,4 casos novos/100.000 habitantes/ano e prevalência de 233,7 casos /100.000 habitantes ⁽⁷⁾

Alguns estudos epidemiológicos recentes têm revelado aumento significativo nas taxas de incidência e prevalência das DII em regiões recém-industrializadas como América do Sul, Ásia e África, e os principais fatores que têm impactado neste aumento são: maior taxa de urbanização, tabagismo, ocidentalização da dieta, sedentarismo e baixas taxas de aleitamento materno.

Em toda a Europa foi registrado um aumento em incidência e a prevalência estimada da DC nas últimas décadas de aproximadamente 0,3% (7,8).

No Brasil, os dados epidemiológicos publicados são escassos e pouco fidedignos, não podendo atualmente revelar a real dimensão das DII em nosso país, por causa da grande heterogeneidade desta afecção nas várias regiões de nosso país, ausência de disponibilidade de métodos diagnósticos, falta de profissionais especialistas em DII, além da dificuldade na obtenção de dados realistas no sistema de informações e notificações do Datasus (9).

Um estudo realizado no estado do Espírito Santo, Brasil conduzido por Lima Martins *et al.* em 2018 avaliando 1.484 pacientes, utilizou a base de dados dos registros no Ministério da Saúde para acesso a medicamentos de alto custo, resultando numa incidência anual de DC de 2,4 casos novos por 100.000 habitantes e prevalência de 14,1 casos por 100.000 habitantes (10).

Outro estudo publicado em 2018 realizado por Gasparini *et al.* com número igual a 22.638 pacientes do SUS no Estado de São Paulo, média de idade 42,6 anos e predomínio do gênero feminino (sendo 10.451 com DC) mostrou uma incidência de 13,30 novos casos para cada 100 mil habitantes por ano e uma prevalência média de 52,6 casos em cada 100 mil habitantes. A conclusão é de que houve um aumento da prevalência da DII, semelhante aos resultados obtidos na Europa (11).

A sua fisiopatologia não está totalmente esclarecida. Estudos creditam o processo inflamatório recorrente como resultado de fatores relacionados com o conteúdo alimentar, antígenos bacterianos (infecção patogênica persistente),

disbiose e aumento da permeabilidade intestinal, fatores estes que se somam à alteração da resposta imunológica, geneticamente determinada.

Essa alteração genética modifica a barreira epitelial intestinal, respostas imunológicas e a composição da microbiota intestinal ^(12,13). Atualmente estima-se que mais de 200 loci gênicos são relacionados como sendo predisponentes a DC, mesmo sabendo que sua correspondência aos fenótipos não chega a 50%. Então, os pesquisadores atribuem a fatores epigenéticos que alteram a transcrição genética e assim se justificam as diferenças fenotípicas ⁽¹⁴⁾.

A DC se inicia entre a segunda e terceira década de vida, embora possa acometer indivíduos de qualquer idade. A faixa de maior predominância é a de maior atividade laboral, adultos jovens, entre 20 e 35 anos de idade, tanto homens como mulheres, apesar de apresentar outro pico acima de 50 anos, comprometendo a QV física, social, psicológica e familiar, diminuindo a capacidade laboral e tolhendo a vida social.

A DC é caracterizada por lesões descontínuas na mucosa gastrointestinal, podendo acometer da boca ao ânus, sendo classicamente um processo inflamatório transmural. Além de acometer todas as camadas do órgão, podem causar erosões, ulcerações, estenoses e formar fístulas, que comunicam o intestino com outros órgãos e com a parede intestinal. Os segmentos do trato digestório mais acometidos são íleo, cólon e região perineal ⁽¹⁵⁾.

Os principais sintomas no momento do diagnóstico da DC são: diarreia crônica, acompanhada de sangramento, dor abdominal e emagrecimento. Na DII, a presença de diarreia por período superior a 6 semanas é o tempo necessário para diferenciar de diarreia de causa infecciosa.

Os sinais mais prevalentes são: febre, palidez, anemia, caquexia, distensão abdominal, plastrão na fossa ilíaca direita e fístula anal ^(15,16).

Além das manifestações digestivas, os portadores de DC podem apresentar manifestações extraintestinais (MEI) em 30 a 40% dos casos, sendo as reumatológicas, dermatológicas e oftalmológicas as mais comuns.

Essas MEI podem preceder, ocorrer concomitante ou posteriormente às alterações intestinais, guardando ou não relação com a atividade inflamatória intestinal ⁽¹⁷⁾.

De modo geral, além da avaliação clínica, os exames laboratoriais, endoscópicos, radiológicos e histopatológicos são suficientes para confirmar o diagnóstico da DC.

Exames laboratoriais que devem ser incluídos nessa avaliação inicial são: hemograma completo, eletrólitos, função renal e hepática, cinética do ferro para análise geral e as provas de atividade inflamatória (PCR e calprotectina fecal) que auxiliam no direcionamento diagnóstico.

O estudo endoscópico do cólon e íleo terminal com biópsias é o principal método para esclarecer o diagnóstico, pois além de identificar as lesões aftoides, úlceras profundas e serpiginosas, entremeadas por mucosa normal pode colher material para avaliação histopatológica. A colonoscopia permite avaliar o grau de atividade inflamatória, sua localização e extensão ^(17,18).

Os aspectos histológicos na DC não são específicos, especialmente quando apenas a mucosa está representada na amostra. O diagnóstico histopatológico na DC depende em grande parte da presença do granuloma que são pequenos, compactos e sem necrose associada e podem ou não apresentar células gigantes multinucleadas. A presença do granuloma não caseoso é mais encontrado em peças cirúrgicas do que em material de biópsias endoscópicas. Outras alterações podem estar presentes, tais como infiltrado linfoplasmocitário, metaplasia pilórica, hiperplasia das células de Paneth e agregados linfóides ⁽¹⁹⁾.

Os métodos de imagens tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM), enterotomografia e entero-ressonância são importantes para avaliar as complicações da DC (abscessos, estenoses, fístulas) e para o estadiamento da doença no trato digestivo, grau de comprometimento do intestino delgado ⁽²⁰⁾.

A DC pode ser classificada pelo fenótipo em três comportamentos que são: inflamatório, fibroestenósante e fistulizante ou penetrante, de acordo com a classificação de Montreal ⁽²¹⁾.

Tabela 1 - Classificação fenotípica de Montreal para doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa (CU)

	Classificação para DC	Classificação para CU
Idade de diagnóstico (A)	A1 - abaixo de 16 anos A2 - entre 17 e 40 anos A3 - acima de 40 anos	A1 - abaixo de 16 anos A2 - entre 17 e 40 anos A3 - acima de 40 anos
Localização (L)	L1 – Íleo L2 – Cólon L3 - Íleo-Cólon L4 - Trato gastrointestinal superior isolado	NA
Comportamento (B)	B1 - não estenosante, não penetrante B2 – estenosante B3 – penetrante P - Doença perianal	NA
Extensão (E)	NA	E1 - Proctite ulcerativa E2 - Colite esquerda E3 - Colite extensa

NA = não se aplica. Classificação de Montreal: Satsangi et al., 2006 ⁽²¹⁾.

Classificar a DC é ferramenta importante para análise de dados, permitindo formar uma boa base de informações para pareamento e comparação com outras pesquisas.

A classificação de Montreal (2006) é considerada o padrão internacional em DC. Descreve a idade ao diagnóstico: abaixo de 16 anos (A1), entre 17 e 40 anos (A2), acima de 40 anos (A3), localização da doença: íleo terminal (L1), cólon (L2), íleo-cólon (L3) e localização gastrointestinal superior (L4) e comportamento da doença: não estenosante, não penetrante (B1),

estenosante (B2) e penetrante (B3) a qualquer momento durante o curso da doença. A ocorrência de fístulas e abscessos perianais é considerada um fator modificador, representado por um 'p' (para perianal) adicionado a B1, B2 ou B3. Embora a localização da doença possa permanecer estável após o diagnóstico, o comportamento da DC evolui ao longo do tempo, com um número crescente de pacientes progredindo de fenótipo inflamatório e estenosante para doença penetrante ⁽²²⁾.

A DC não tem cura e sua história natural é marcada por episódios de agudização e remissão. Para diferenciar o grau de atividade inflamatória, utilizamos a avaliação clínica e o índice de Harvey-Bradshaw (IHB) que é validado e muito utilizado na literatura científica e de simples aplicação ⁽²³⁾.

Tabela 2 - Índice de atividade de Harvey-Bradshaw

Variável	Descrição	Escore
1	Bem-estar geral	0 = muito bem 1 = levemente comprometido 2 = ruim 3 = muito ruim 4 = péssimo
2	Dor abdominal	0 = nenhuma 1 = leve 2 = moderada 3 = intensa
3	Número de evacuações líquidas por dia	1 por cada evacuação
4	Massa abdominal	1=presente; 0 = ausente
5	Complicações	1 por item: - Artralgia - Uveíte - Eritema nodoso - Úlceras aftosas - Pioderma gangrenoso - Fissura anal - Nova fístula - Abcesso
Total		Soma dos escores das variáveis de 1 a 5

Classificação da DC de acordo com o IHB: remissão sintomática: IHB igual ou inferior a 4 e sem uso de corticosteroides; doença leve a moderada: IHB de 5 a 7; doença moderada a grave: IHB igual ou superior a 8.

Aproximadamente 2/3 dos pacientes com DC desenvolvem complicações que requerem internação e hospitalização e/ou cirurgia, embora recentes estudos demonstrem uma diminuição nessas taxas, associadas ao maior uso dos agentes biológicos ⁽²⁴⁾.

Como principais objetivos no tratamento da DC estão a preservação da função intestinal com remissão clínica, laboratorial e endoscópica; evitar complicações e melhorar a qualidade de vida.

Avanços médicos e pesquisas científicas ganharam vulto nos últimos anos em DII, resultando em novas terapias aprovadas com metas de tratamento adequadas, o que tem proporcionado uma melhor qualidade de vida dos doentes e menor número de internações e procedimentos cirúrgicos ⁽²⁴⁾.

1.2 Qualidade de vida

Transcrevo a seguir o conceito de qualidade de vida (QV) (In: Orley J, Kuyken W., em 1994) pela Organização Mundial da Saúde ^(25,26). Posteriormente, em 1999, a definição foi assim ampliada:

“ A qualidade de vida é determinada pela extensão em que as ambições e as esperanças correspondem à experiência pessoal; pelas percepções do indivíduo sobre sua posição na vida, levando em conta o contexto da cultura e os sistemas de valores em que a pessoa vive, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e conceitos, pela avaliação do estado atual em relação ao ideal, bem como o que as pessoas consideram como fatores importantes em suas vidas”.

QV é um novo conceito que transcende o âmbito da saúde e abrange vários domínios: físico, psicológico, sensação de bem-estar mental e

atualmente espiritual que, de acordo com a percepção individual, busca um contexto cultural e propósito na vida ^(27,28). Sua avaliação vem apresentando interesse científico crescente, pois sua mensuração pode ser utilizada em ensaios clínicos e reconhecidamente auxiliar em tratamentos e acompanhamentos médicos.

Lopes AM *et al.* (2017) citaram:

“ O desafio no estudo da qualidade de vida, especialmente em Doenças Inflamatórias Intestinais, está na grande multiplicidade e subjetividade que o próprio conceito carrega consigo, pois não existe um consenso entre os pesquisadores sobre a correta definição do termo ⁽²⁹⁾ ”.

Em 2017, Panzini *et al.* trouxeram um novo conceito de qualidade de vida, que transcende a ausência de doença e abrange vários domínios: físico, psicológico, sensação de bem-estar mental e espiritual que, de acordo com a percepção individual, busca um contexto cultural e o propósito da vida ^(30,31,32).

Elsbeth Guthrie *et al.* em 2002, estudando especificamente qualidade de vida em DII, relataram que esses pacientes reportam uma qualidade de vida ruim, variável com a gravidade e fase da doença nos seguintes aspectos: limitação física e emocional pela doença, saúde mental, energia e vitalidade, percepção da dor e percepção da saúde em geral ⁽³³⁾.

Por serem patologias crônicas, incuráveis e com alta morbidade, vários índices têm sido empregados para a mensuração da QV, tendo sido frequentemente utilizados nos ensaios clínicos.

Para a coleta de dados sobre qualidade de vida, um dos sistemas mais utilizados é o questionário de doença inflamatória intestinal (IBDQ), descrito em 1989 e que avalia a QV por meio de 32 quesitos ou, na sua forma resumida, denominado S-IBDQ (*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire – Short*), com 10 questões, descrito em 1996 por Irvine e colaboradores ⁽³⁴⁾ (Anexo 1).

1.3 Religiosidade-Espiritualidade e Enfrentamento

Descrevo a seguir os conceitos de Religiosidade e Espiritualidade, apresentados por Koenig *et al.* em 2008:

“Religiosidade é a prática de uma religião, que é definida como um sistema de crenças e práticas realizadas por uma comunidade, com suporte em rituais que reconhecem, veneram e se comunicam com o Sagrado, o Divino, a Última Verdade, a Realidade ou o Nirvana”.

“Espiritualidade é uma busca pessoal pela compreensão de questões existenciais maiores (por exemplo, o fim e o sentido da vida) e suas relações com o sagrado e/ou transcendente, o que não, necessariamente, ocasiona no desenvolvimento de práticas religiosas ou na formação de comunidades religiosas ⁽³⁵⁾”.

A definição ou o conceito de enfrentamento deriva de uma palavra da língua inglesa “coping”, cuja tradução, não exata, abrange a capacidade de adaptar-se, lidar e manejar com certa situação crítica e remete a um conjunto de estratégias comportamentais e cognitivas, que são usadas por intermédio do entendimento da pessoa, em situações de estresse, crises e desafios, enquanto que o enfrentamento religioso/espiritual lança mão de ferramentas na área correlata, utilizada com base em um arsenal psicológico comportamental interno com esse fim ⁽³⁶⁾.

Em 2020, Vander Weele *et al* reconheceram em seus trabalhos a importância da Religiosidade-Espiritualidade como “fatores protetivos” e propõe uma ampliação nesta área visando estados de melhor resiliência do paciente ⁽³⁷⁾.

Até 2001, cerca de 1.200 estudos foram realizados sobre a relação entre a Saúde e a Religiosidade ⁽³⁸⁾ e nos dez anos seguintes estima-se que mais de 2.000 artigos foram publicados.

Em 2015, Linadarkis *et al.* publicaram um estudo europeu, no qual associaram significativamente que aqueles que possuíam uma educação religiosa e professavam uma crença apresentavam menor número de fatores de risco para doenças crônicas ⁽³⁹⁾.

Uma revisão de literatura com artigos publicados entre 1872 e 2010 mostrou relação entre Espiritualidade e Saúde, em diversas doenças e síndromes. Em 2022 Silva *et al.*, através de pesquisa no site PubMed utilizando os termos “spirituality and health” encontrou 16.752 artigos, com a palavra “religiosity” 4.675 artigos e 77.523 com os termos “religious beliefs”. Os autores concluíram que, nas patologias do aparelho digestivo, é muito importante a interface orgânica, psicológica e espiritual ⁽⁴⁰⁾.

Outra análise, feita por Cotton *et al.* envolvendo QV e bem-estar espiritual, abordou 155 adolescentes portadores de DII comparando-os ao grupo controle de não portadores. Os autores concluíram que a presença de doença na fase moderada corresponde à maior ocorrência de depressão emocional e queda na qualidade da percepção do bem-estar. E, quando a doença é controlada as condições de bem-estar físico e religioso não mostraram diferenças significativas comparadas ao grupo controle ⁽⁴¹⁾.

Um estudo sobre o impacto da Espiritualidade e Religiosidade na saúde mental em pacientes portadores de DC fase ativa apontou uma relação positiva maior que negativa, que significa melhor reação do paciente ao diagnóstico e prognóstico que lhe é apresentado para enfrentar. O enfrentamento negativo está associado estatisticamente com uma piora da saúde mental, o que pode significar uma possibilidade de alertamento ao médico assistente para ter conhecimento e trazer à tona crenças espirituais dos pacientes ⁽⁴²⁾.

Pacientes manifestam o desejo de serem tratados por uma visão integral, como um todo, compreendendo os aspectos físico, emocional, social e espiritual ⁽⁴³⁾.

Em uma amostra de 326 pacientes, apenas 6 tiveram oportunidade de conversar sobre seus processos de interação religiosa e espiritual no curso do

diagnóstico e 64% relataram que gostariam que seus médicos tivessem esta postura de acolhimento ⁽⁴⁴⁾.

Na DII o processo de influência do enfrentamento religioso nas áreas de QV, estresse psicológico e aderência ao tratamento é significativo, embora seu mecanismo exato de ação ainda permaneça desconhecido ⁽³⁷⁾.

Pacientes reportam que, quando os médicos discutem sobre o enfrentamento religioso-espiritual, conseguem uma maior confiança na relação médico-paciente, provendo um cuidado holístico, trazendo expectativas melhores de adesão ao tratamento e criando a oportunidade de indicação e envolvimento de seu líder religioso ou espiritual ^(43,44).

Médicos referem falta de tempo, treinamento, não ser papel do médico e insuficiente conhecimento sobre o assunto, embora tenham claros os conceitos de Espiritualidade e de Religião: Espiritualidade é a busca de respostas e entendimentos sobre as questões primárias da vida, significado e propósito da vida, relacionamento com o sagrado e transcendência, enquanto Religião envolve ritos, dogmas e formação de uma comunidade ^(43,44).

Na DII o processo de influência do enfrentamento religioso nas áreas de QV, estresse psicológico e aderência ao tratamento é significativo, embora seu mecanismo exato de ação ainda permaneça desconhecido ⁽⁴⁵⁾.

1.4 Justificativa

O estudo da QV relacionada ao enfrentamento religioso-espiritual vem crescendo em interesse na comunidade científica.

A DC, em suas fases ativa e remissão (não ativa), necessita de vigilância e condução adequadas pelo médico assistente e, dependendo do fenótipo, pode apresentar ainda maior atenção nos recursos para adesão do paciente ao tratamento.

A avaliação do posicionamento R/E positivo ou negativo pode ser de interesse científico nesta área de atuação, visando maior adesão ao tratamento principalmente nas fases de remissão e leve da doença.

II OBJETIVOS

II OBJETIVOS

O objetivo do estudo:

1. A qualidade de vida de pacientes com doença de Crohn.
2. Compreender a influência da Religiosidade/Espiritualidade como fator associado à melhor qualidade de vida desses pacientes e sua correspondência com a apresentação clínica da doença.

III CASUÍSTICA E MÉTODOS

III CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 População de Estudo

A população do estudo foi constituída por pacientes atendidos matriculados no ambulatório de DII da Disciplina de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, entre o período de março a outubro de 2021.

Trata-se de um estudo transversal, em que foi utilizada amostra de conveniência, foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 18 a 80 anos, com diagnóstico de DC classificados clinicamente de grau remissão a leve/moderado pelo índice de Harvey – Bradshaw, submetidos ou não a cirurgia do intestino, dados extraídos dos prontuários médicos, no momento da pesquisa ⁽²³⁾.

3.2 Critérios de inclusão

Pacientes que tiveram o diagnóstico confirmado de doença de Crohn, por meio de avaliação clínica, exames laboratoriais, endoscópicos, métodos de imagem e histopatológico.

3.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos os indivíduos em dúvidas diagnósticas, colites inespecíficas e indeterminadas, portadores do vírus do HIV, pacientes sem capacidade cognitiva para preenchimento de questionários, portadores de comorbidades graves, tais como doenças neurológicas, psiquiátricas,

cardiovasculares, pulmonares, insuficiência renal, gestantes, lactantes, portadores de hipotireoidismo, neoplasias e diabetes descompensado.

3.4 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi encaminhado para aprovação pela Comissão de Ética para Análises de Projetos de Pesquisas do Hospital das Clínicas da FMUSP (CAPPESQ 14393) e registrado na Plataforma Brasil sob o número CAAE 35082720.2.0000.0068.

Todos os participantes assinaram e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) fornecido de acordo com as normas do CAPPESQ.

As informações obtidas são confidenciais e a identidade de todos os participantes foi protegida nas publicações do presente trabalho.

3.5 Método

Para a coleta de dados foi utilizado formulário estruturado envolvendo características sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, tipo e renda familiar, estado civil, religião declarada, estilo de vida anteriores à primeira crise e a presença de acontecimentos relevantes anteriores à primeira crise, aqui denominados gatilhos (Anexo 1).

Todos os pacientes foram analisados e incluídos na classificação de Montreal, Harvey-Bradshaw no momento da pesquisa.

3.6 Classificação do fenótipo da doença de Crohn

O fenótipo foi classificado segundo a escala de Montreal, que é resultante da classificação de Viena, em que considerava a idade de início, localização e comportamento da doença como elementos fenotípicos predominantes (estenosante, fistulizante, estenosante-fistulizante, não estenosante – não fistulizante). A revisão de Montreal (2006) realizou modificações nas três categorias existentes, para idade de início menor de 16 anos ou mais jovens. Com relação à localização, foi retirado o critério de mutuamente exclusivo e quanto ao comportamento decidiu-se dividir a doença fistulizante perianal das complicações fistulizantes perianais da doença de Crohn ⁽²¹⁾. Para melhor análise estatística considerou-se a doença perianal exclusiva como uma localização.

Diferentes classificações foram sendo realizadas, com o surgimento do termo “penetrante” em casos denominados “fistulizante”, como vistos por Lichtenstein *et al.* em 2018. Por esse motivo, foram extraídos e utilizados nestes termos dos prontuários médicos ambos registrados para a estatística deste trabalho ⁽⁴⁶⁾.

Importante ressaltar que se decidiu também comparar, para fins estatísticos e estudo, a localização e o comportamento da DC, separadamente.

3.7 Questionário de qualidade de vida

Para coleta de dados sobre qualidade de vida foi utilizado o questionário intitulado S-IBDQ Inflammatory Bowel Disease Questionnaire – Short (Anexo 2).

O questionário IBDQ-S é aceito na literatura como índice fidedigno e específico para verificação da QV em DII e já foi adequadamente avaliado ^(47,48,49). O IBDQ-S contém 10 questões, devidamente traduzidas para aplicação

em nosso meio, agrupadas em quatro categorias ou domínios: sintomas intestinais, relacionados à frequência de evacuações, presença de dores e cólicas abdominais, grau de continência e urgência evacuatória; sintomas sistêmicos nos quais se investiga a presença de mal-estar geral, fadiga, insônia e perda de peso; alterações emocionais, que objetivam verificar mudanças de comportamento, irritabilidade, raiva, angústias e grau de satisfação relacionados a alterações sociais, à capacidade laborativa, às atividades sociais e de lazer ^(47,48).

As respostas são graduadas por uma escala de Likert de sete pontos, em que 7 corresponde a nenhum problema ou satisfação completa, e 1 a problemas muito graves ou insatisfação. A escala de pontos, resultante da somatória de cada resposta, varia de 10 a 70, na qual a maior pontuação indica melhor QV. Esse questionário foi aplicado durante a consulta no momento da pesquisa.

3.8 Índice de Religiosidade/Espiritualidade

Para coleta de dados sobre enfrentamento religioso-espiritual foi utilizada a escala de DUREL – Universidade de Duke (Anexo 3).

O Índice de Religião da Duke University (p-DUREL) é uma medida de cinco itens de envolvimento religioso e foi desenvolvido para uso em grandes estudos observacionais transversais e longitudinais. O instrumento avalia as três principais dimensões da Religiosidade que foram identificadas durante uma reunião de consenso patrocinada pelo *National Institute on Aging*. Essas três dimensões são atividade religiosa organizacional, não organizacional e intrínseca (ou Religiosidade subjetiva) ^(50,51).

O questionário DUREL foi desenhado para ser primeiramente utilizado em religiões ocidentais (Cristianismo, Judaísmo e Islamismo), sendo menos exato para religiões ocidentais (por exemplo, Hinduísmo e Budismo), mas isso não significa que não seja válido, pois adaptações de certos termos

possibilitam uma adequação na interpretação dos respondedores, tais como a palavra “igreja” substituída por “templo” ou “mesquita”, assim como a palavra “bíblia” pôde ser substituída por “Torá” ou “Alcorão” ou “Escritos de Buda”, embora tendo sido referendado mais estudos nos casos citados ⁽⁵²⁾.

Ressalta-se que esse questionário é validado e traduzido para a língua portuguesa e considerado de boa consistência interna, confiabilidade no teste-re-teste (Coeficiente de Correlação Intraclasse > 0,90), bem como adequada validade convergente-discriminante entre adultos ^(53,54).

3.9 Análise estatística

A análise estatística baseia-se no estudo transversal onde se calculou os atributos qualitativos em valor de média, desvio padrão (DP), mediana, percentil 25 (P25) e 75 (P75), mínimos e máximos. O Intervalo de confiança de 95% (IC 95%) foi calculado em tabelas descritivas, incluindo medidas de tendência central e dispersão.

O apoio computacional dos *softwares* IBM SPSS 26 (Statistical Package for the Social Sciences) e Excel 2010® (Microsoft Office) foi a tecnologia utilizada nos testes levando em consideração um α bidirecional de 0.05 e intervalo de confiança (IC) de 95%.

Quanto à distribuição das variáveis qualitativas, dependendo dos grupos, o teste de qui-quadrado ou teste exato de Fischer foram utilizados quando necessário. Em comparação de dois grupos independentes no caso de variáveis quantitativas optou-se pelo teste de Mann-Whitney e, para a comparação de mais de 2 grupos, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis.

O teste de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis são técnicas não paramétricas.

IV RESULTADOS

IV RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas

O presente estudo investigou 151 doentes, 84 (56,6%) do sexo feminino (Figura 1). A distribuição etária pode ser observada da Figura 2. A média de idade é de 45,2 anos ($\pm 12,2$ anos).

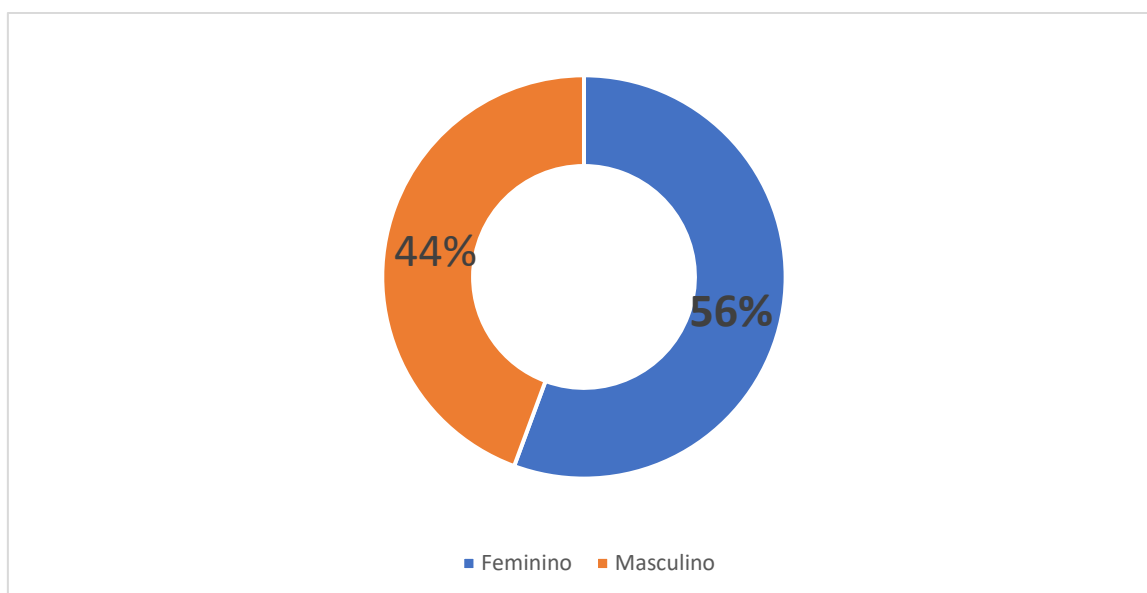


Figura 1 - Distribuição dos doentes estudados, de acordo com o sexo

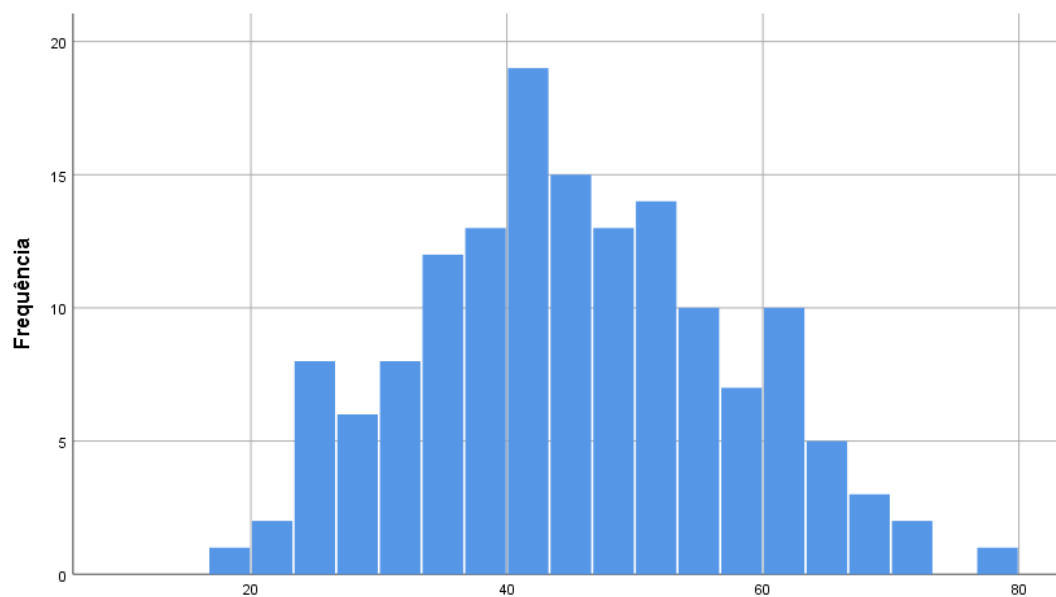


Figura 2 - Distribuição etária dos doentes estudados

A distribuição de escolaridade foi homogênea entre os indivíduos do Ensino Fundamental ao Superior. A renda mais frequente e comum a $\frac{3}{4}$ da amostra foi a de até 3 salários-mínimos, bem como o estado civil casado foi o mais citado, seguido do solteiro. As religiões predominantes entre os indivíduos estudados foram a evangélica e a católica para mais de 80% dos indivíduos (Tabela 3).

Tabela 3 - Características sociodemográficas dos doentes estudados

	N	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Escolaridade				
<i>Fundamental</i>	44	31,0%	23,8%	38,9%
<i>Ensino Médio</i>	45	31,7%	24,5%	39,7%
<i>Ensino Superior</i>	47	33,1%	25,8%	41,1%
<i>Pós-graduação</i>	6	4,2%	1,8%	8,5%
Renda mensal				
<i>Até 3 salários-mínimos</i>	97	76,4%	68,5%	83,1%
<i>De 3 a 5 salários-mínimos</i>	28	22,0%	15,5%	29,8%
<i>De 5 a 10 salários-mínimos</i>	2	1,6%	0,3%	5,0%
Estado civil				
<i>Solteiro</i>	51	35,4%	28,0%	43,5%
<i>Casado</i>	72	50,0%	41,9%	58,1%
<i>União Estável</i>	4	2,8%	0,9%	6,5%
<i>Divorciado</i>	12	8,3%	4,6%	13,7%
<i>Viúvo</i>	5	3,5%	1,3%	7,4%
Religião				
<i>Católico</i>	58	40,6%	32,8%	48,7%
<i>Evangélico</i>	61	42,7%	34,8%	50,8%
<i>Espírita</i>	7	4,9%	2,2%	9,4%
<i>Testemunha de Jeová</i>	6	4,2%	1,8%	8,4%
<i>Sem religião</i>	3	2,1%	0,6%	5,5%
<i>Taoísmo</i>	1	0,7%	0,1%	3,2%
<i>Espiritualizado</i>	5	3,5%	1,3%	7,5%
<i>Budista</i>	1	0,7%	0,1%	3,2%
<i>Messiânico</i>	1	0,7%	0,1%	3,2%
Lazer antes doença	98	68,5%	60,6%	75,7%
Lazer após doença	75	52,4%	44,3%	60,5%
Gatilhos (fatos situações infecções)				
Emocional	85	59,9%	51,7%	67,7%
Profissional	27	19,0%	13,2%	26,1%
Infecções/inflamações	39	27,5%	20,6%	35,2%
Traumas Cirúrgicos	7	4,9%	2,2%	9,4%
Outros				
Fumante	2	1,4%	0,3%	4,4%
Uso de bebida alcoólica	25	17,5%	11,9%	24,3%

*Podem haver "missing data"

A Tabela 3 também mostra que as atividades de lazer antes da doença eram comuns a quase 70% dos indivíduos e, depois da doença, a pouco mais de 50%. Além disso, 81,7% dos doentes identificam fatos ou situações “gatilho”, entre as quais as emocionais, infecções e inflamações são as mais comuns, seguidas por profissionais, cirurgias, entre outros. Na amostra investigada, apenas 1,4% dos avaliados referiram ser fumantes e 17,5% disseram consumir bebidas alcoólicas.

4.2 Fenótipos da doença de Crohn

A localização mais frequente foi a ileocolônica com 41,1%, seguida da ileal com 27,2% e da colônica com 25,2%; apenas 6,6% dos indivíduos tiveram apresentação perianal. Comportamento inflamatório, estenosante e penetrante apresentaram respectivamente em 36,4%, 19,1% e 44,4%. Os resultados de comportamento não são excludentes e em alguns casos, podendo o mesmo paciente apresentar até duas formas de apresentação. O comportamento fistulizante também foi o mais comum acometendo 44,4% dos doentes, seguido pelo perianal com 41,1% (Tabela 4).

Tabela 4 - Localização e comportamento da doença de Crohn entre os doentes estudados

		N	%	IC95%	
				Inferior	Superior
Localização					
<i>Ileal</i>	<i>L1</i>	41	27,2%	20,5%	34,6%
<i>Colônica</i>	<i>L2</i>	38	25,2%	18,8%	32,5%
<i>Ileocolônica</i>	<i>L3</i>	62	41,1%	33,4%	49,0%
<i>TGI superior isolado</i>	<i>L4</i>	0	0	0	0
<i>Perianal (exclusivo)</i>		10	6,6%	3,5%	11,4%
Comportamento Inflamatório	B1	55	36,4%	29,1%	44,3%
Comportamento Estenosante	B2	44	29,1%	22,3%	36,7%
Comportamento Penetrante	B3	67	44,4%	36,6%	52,3%
Comportamento Perianal	B3 p	62	41,1%	33,4%	49,0%

4.3 Questionário de qualidade de vida

Na Tabela 5, é possível verificar a frequência das respostas a todas as perguntas do IBDQ, além da média e desvio padrão na escala Likert. No geral, as questões tiveram distribuições semelhantes de resposta, com maior variabilidade no caso das questões 6 e 7. O escore IBDQ total apresentou média de 40(± 15), mediana de 37(P25=29 e P75=51), incluindo o mínimo de 15 e o máximo de 100. Na Figura 3, é possível verificar a média e o intervalo de confiança de 95% para cada uma das questões respondidas.

Tabela 5 - Distribuição das respostas para cada categoria das perguntas do IBDQ e escore médio \pm desvio padrão

	N	%	IC95%		Nota
			Inferior	Superior	Média \pm DP
1. Quantas vezes você se sentiu cansado, fatigado e isto se tornou um problema nas últimas duas semanas?					
<i>Sempre</i>	19	13,8%	8,8%	20,2%	
<i>Quase sempre</i>	25	18,1%	12,4%	25,2%	
<i>Muitas vezes</i>	23	16,7%	11,2%	23,5%	
<i>Poucas vezes</i>	25	18,1%	12,4%	25,2%	4 \pm 2
<i>Bem poucas vezes</i>	15	10,9%	6,5%	16,9%	
<i>Raramente</i>	15	10,9%	6,5%	16,9%	
<i>Nunca</i>	16	11,6%	7,1%	17,7%	
2. Quantas vezes você atrasou ou cancelou um compromisso devido ao seu problema intestinal nas duas últimas semanas?					
<i>Sempre</i>	2	1,4%	0,3%	4,6%	
<i>Quase sempre</i>	17	12,3%	7,6%	18,6%	
<i>Muitas vezes</i>	28	20,3%	14,2%	27,6%	5 \pm 2
<i>Poucas vezes</i>	25	18,1%	12,4%	25,2%	
<i>Bem poucas vezes</i>	11	8,0%	4,3%	13,4%	
<i>Raramente</i>	14	10,1%	5,9%	16,0%	
<i>Nunca</i>	41	29,7%	22,6%	37,7%	
3. Como resultado de seus problemas intestinais, quanta dificuldade você teve em atividades de lazer ou esportes durante as últimas 2 semanas?					
<i>Sempre</i>	15	10,9%	6,5%	16,9%	
<i>Quase sempre</i>	19	13,8%	8,8%	20,2%	
<i>Muitas vezes</i>	32	23,2%	16,8%	30,7%	
<i>Poucas vezes</i>	19	13,8%	8,8%	20,2%	4 \pm 2
<i>Bem poucas vezes</i>	7	5,1%	2,3%	9,7%	
<i>Raramente</i>	22	15,9%	10,6%	22,7%	
<i>Nunca</i>	24	17,4%	11,8%	24,4%	

continua

Tabela 5 - Distribuição das respostas para cada categoria das perguntas do IBDQ e escore médio \pm desvio padrão (continuação)

	N	%	IC95%		Nota
			Inferior	Superior	Média \pm DP
4. Quantas vezes durante as últimas 2 semanas você esteve incomodado com dor no abdômen?					
<i>Sempre</i>	22	15,9%	10,6%	22,7%	
<i>Quase sempre</i>	19	13,8%	8,8%	20,2%	
<i>Muitas vezes</i>	21	15,2%	10,0%	21,9%	
<i>Poucas vezes</i>	24	17,4%	11,8%	24,4%	4 \pm 2
<i>Bem poucas vezes</i>	11	8,0%	4,3%	13,4%	
<i>Raramente</i>	15	10,9%	6,5%	16,9%	
<i>Nunca</i>	26	18,8%	13,0%	26,0%	
5. Quantas vezes nas duas últimas semanas você se sentiu depressivo ou desencorajado?					
<i>Sempre</i>	13	9,4%	5,4%	15,1%	
<i>Quase sempre</i>	14	10,1%	5,9%	16,0%	
<i>Muitas vezes</i>	42	30,4%	23,2%	38,5%	
<i>Poucas vezes</i>	15	10,9%	6,5%	16,9%	4 \pm 2
<i>Bem poucas vezes</i>	9	6,5%	3,3%	11,6%	
<i>Raramente</i>	16	11,6%	7,1%	17,7%	
<i>Nunca</i>	29	21,0%	14,9%	28,4%	
6. No geral, nas duas últimas semanas, quanto os gases intestinais incomodaram você?					
<i>Sempre</i>	36	26,3%	19,5%	34,1%	
<i>Quase sempre</i>	9	6,6%	3,3%	11,6%	
<i>Muitas vezes</i>	33	24,1%	17,5%	31,7%	
<i>Poucas vezes</i>	23	16,8%	11,3%	23,7%	3 \pm 2
<i>Bem poucas vezes</i>	15	10,9%	6,5%	17,0%	
<i>Raramente</i>	9	6,6%	3,3%	11,6%	
<i>Nunca</i>	12	8,8%	4,9%	14,4%	
7. No geral, nas duas últimas semanas, quão difícil foi para você manter ou chegar ao peso que você gostaria de ter?					
<i>Sempre</i>	26	19,0%	13,1%	26,2%	
<i>Quase sempre</i>	18	13,1%	8,3%	19,5%	
<i>Muitas vezes</i>	25	18,2%	12,5%	25,3%	
<i>Poucas vezes</i>	20	14,6%	9,4%	21,2%	
<i>Bem poucas vezes</i>	9	6,6%	3,3%	11,6%	4 \pm 5
<i>Raramente</i>	12	8,8%	4,9%	14,4%	
<i>Nunca</i>	26	19,0%	13,1%	26,2%	
63	1	0,7%	0,1%	3,4%	
8. Quantas vezes você se sentiu relaxado e livre de tensões nas duas últimas semanas?					
<i>Sempre</i>	10	7,3%	3,8%	12,6%	
<i>Quase sempre</i>	9	6,6%	3,3%	11,6%	
<i>Muitas vezes</i>	19	13,9%	8,9%	20,4%	
<i>Poucas vezes</i>	33	24,1%	17,5%	31,7%	4 \pm 2
<i>Bem poucas vezes</i>	24	17,5%	11,9%	24,5%	
<i>Raramente</i>	19	13,9%	8,9%	20,4%	
<i>Nunca</i>	23	16,8%	11,3%	23,7%	

Continua

Tabela 5 - Distribuição das respostas para cada categoria das perguntas do IBDQ e escore médio ± desvio padrão (conclusão)

	N	%	IC95%		Nota
			Inferior	Superior	Média±DP
9. Quanto do tempo durante as últimas 2 semanas você foi incomodado pelo sentimento de ter que ir para o banheiro, embora seus intestinos estivessem vazios?					
<i>Sempre</i>	18	13,1%	8,3%	19,5%	
<i>Quase sempre</i>	22	16,1%	10,6%	22,9%	
<i>Muitas vezes</i>	23	16,8%	11,3%	23,7%	
<i>Poucas vezes</i>	29	21,2%	15,0%	28,6%	4±2
<i>Bem poucas vezes</i>	5	3,6%	1,4%	7,8%	
<i>Raramente</i>	13	9,5%	5,4%	15,2%	
<i>Nunca</i>	27	19,7%	13,7%	27,0%	
10. Quantas vezes durante as últimas 2 semanas você se sentiu irritado como resultado do seu problema intestinal?					
<i>Sempre</i>	27	19,9%	13,8%	27,1%	
<i>Quase sempre</i>	19	14,0%	8,9%	20,5%	
<i>Muitas vezes</i>	30	22,1%	15,7%	29,6%	
<i>Poucas vezes</i>	19	14,0%	8,9%	20,5%	4±2
<i>Bem poucas vezes</i>	10	7,4%	3,8%	12,7%	
<i>Raramente</i>	14	10,3%	6,0%	16,2%	
<i>Nunca</i>	17	12,5%	7,7%	18,8%	

*Podem haver "missing data"

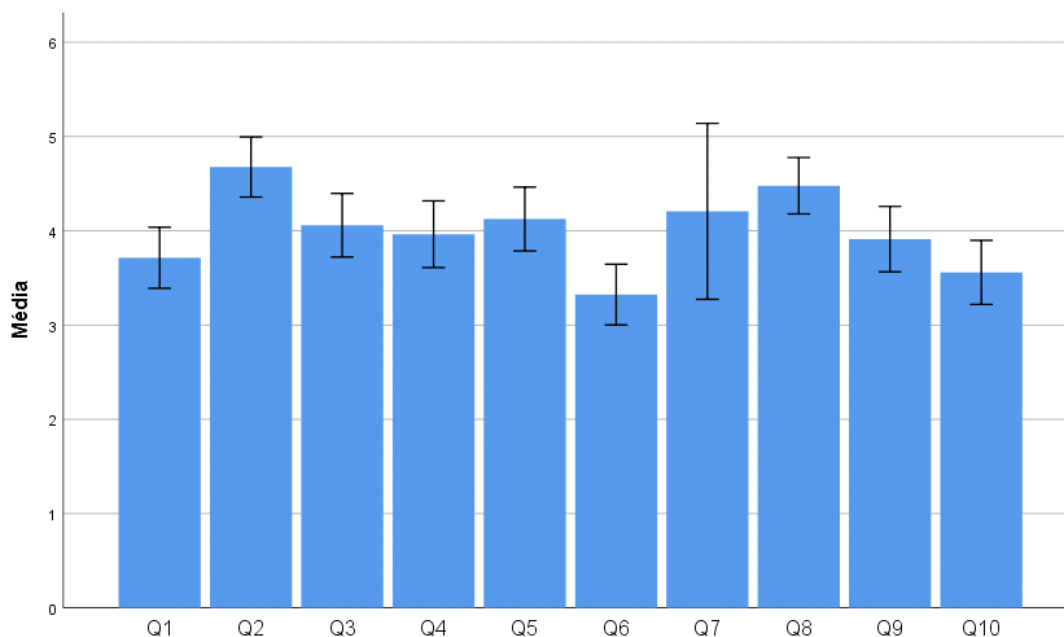
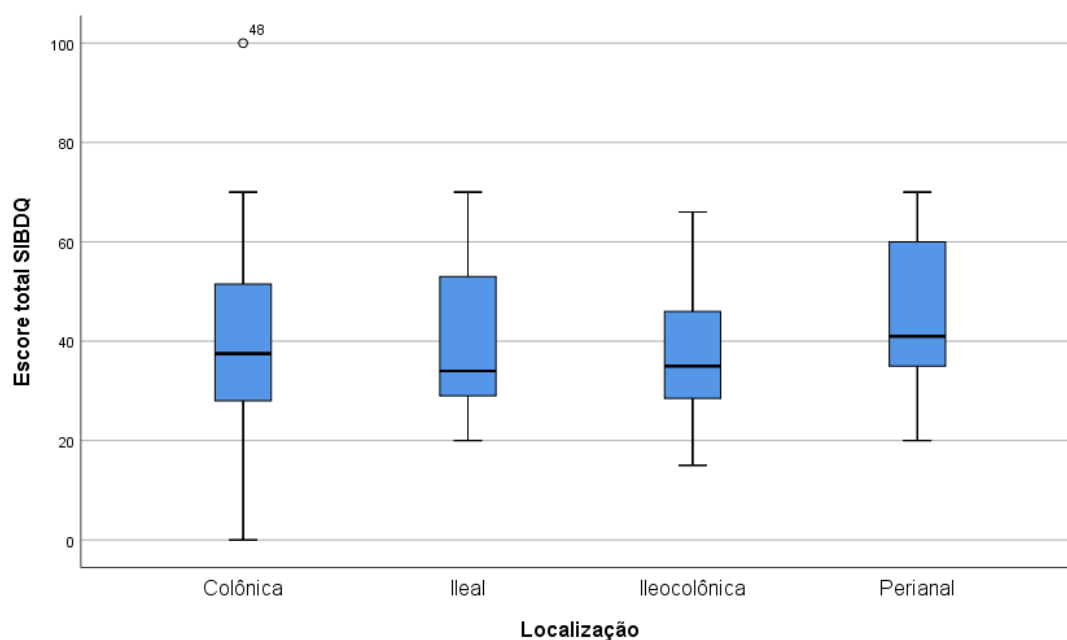


Figura 3 - Distribuição média de IC95% para cada questão do IBDQ

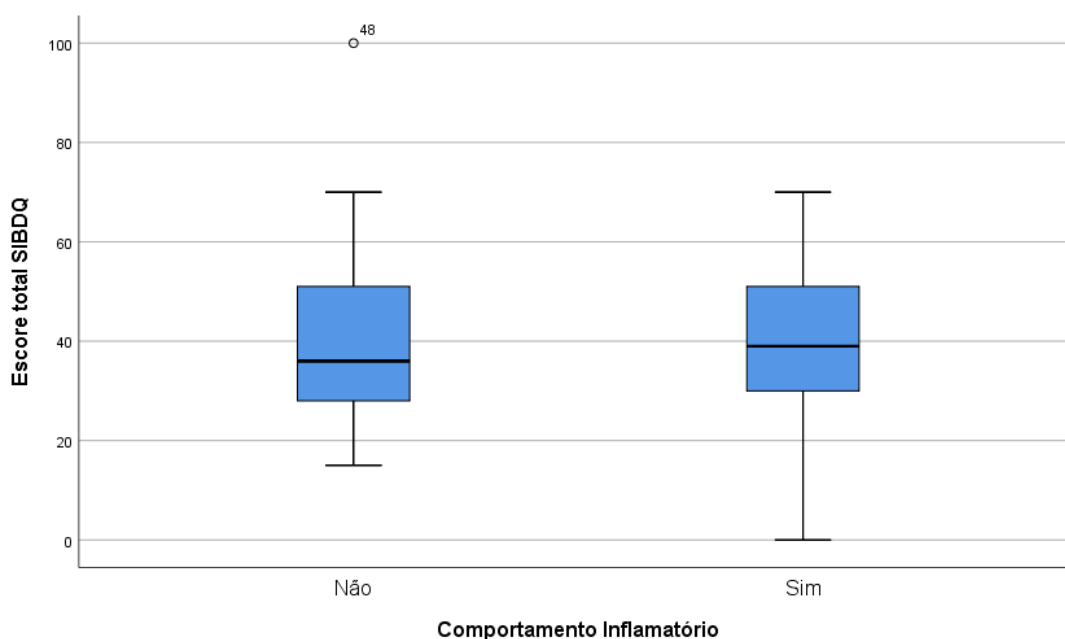
4.4 Questionário de qualidade de vida e fenótipo da DC

O escore total do IBDQ, quando avaliado em relação às questões clínicas da DC, não apresentou diferenças com significância estatística segundo a localização da doença, $p=0,786$ (Figura 4), comportamento inflamatório, $p=0,549$ (Figura 5), fistulizante, $p=0,943$ (Figura 6) e estenosante, $p=0,703$ (Figura 7).



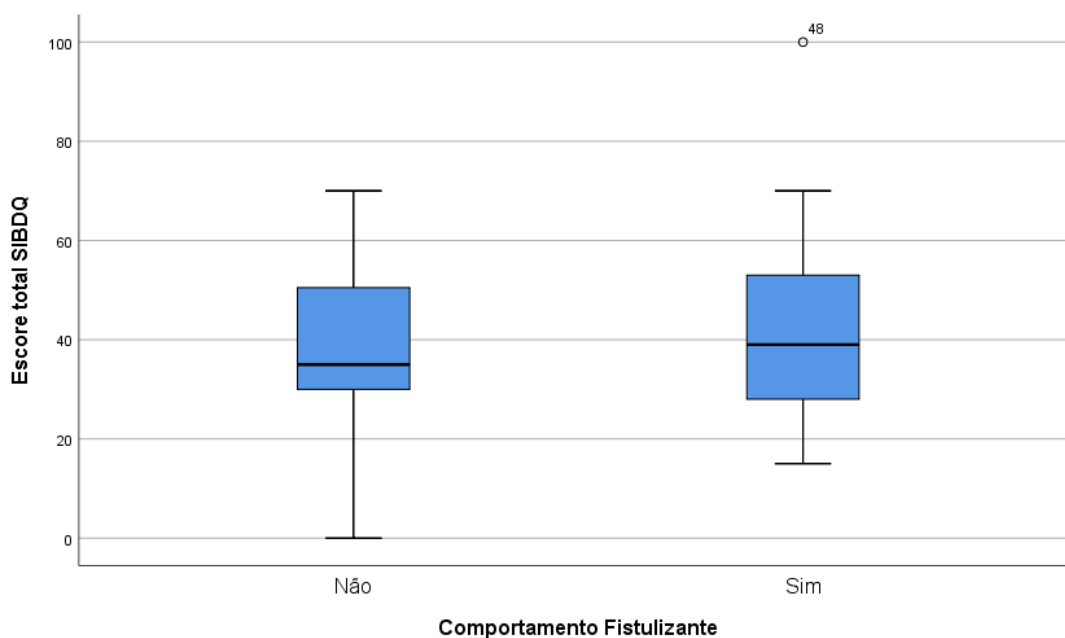
Valor de p baseado no teste de KW: 0,786.

Figura 4 - Distribuição do escore total SIBDQ de acordo com a localização da DC



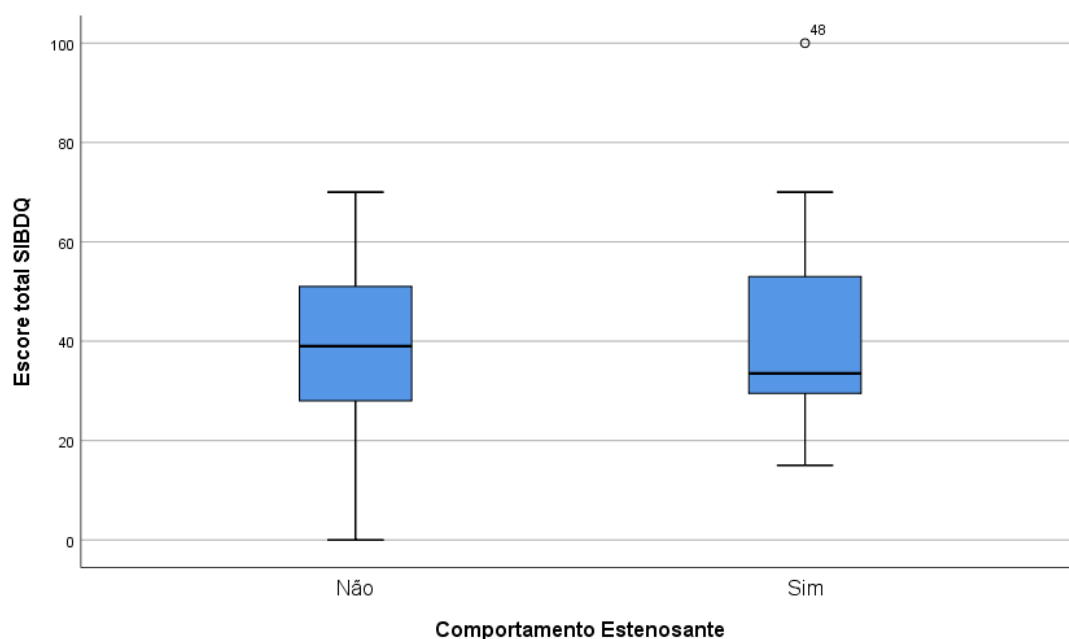
Valor de p baseado no teste de MW: 0,549.

Figura 5 - Distribuição do escore total SIBDQ de acordo com a presença do comportamento inflamatório



Valor de p baseado no teste de MW: 0,943.

Figura 6 - Distribuição do escore total SIBDQ de acordo com a presença do comportamento fistulizante



Valor de p baseado no teste de MW: 0,703.

Figura 7 - Distribuição do escore total SIBDQ de acordo com a presença do comportamento estenosante

4.5 Índice de Religiosidade/Espiritualidade

Para melhor visualização das tabelas que seguem, transcrevemos o teor das questões do Índice de Religiosidade/Espiritualidade DUREL:

1. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou a outro encontro religioso?
2. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?
3. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).
4. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.
5. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

Tabela 6 - Distribuição das respostas para cada categoria das perguntas do DUREL e escore médio \pm desvio padrão

	N	%	IC95%		Nota* Média \pm DP
			Inferior	Superior	
Questão 1					
<i>Uma, duas ou três vezes por semana</i>	86	61,4%	53,2%	69,2%	3 \pm 1
<i>Nunca, uma vez por ano ou algumas vezes por ano</i>	54	38,6%	30,8%	46,8%	
Questão 2					
<i>Uma, duas ou três vezes por semana</i>	105	75,0%	67,4%	81,6%	3 \pm 2
<i>Nunca, uma vez por ano ou algumas vezes por ano</i>	35	25,0%	18,4%	32,6%	
Questão 3					
<i>Totalmente ou em geral é verdade</i>	138	98,6%	95,5%	99,7%	1 \pm 1
<i>Não estou certo ou em geral não é verdade</i>	2	1,4%	0,3%	4,5%	
Questão 4					
<i>Totalmente ou em geral é verdade</i>	131	93,6%	88,6%	96,8%	2 \pm 1
<i>Não estou certo ou em geral não é verdade</i>	9	6,4%	3,2%	11,4%	
Questão 5					
<i>Totalmente ou em geral é verdade</i>	125	89,3%	83,4%	93,6%	2 \pm 1
<i>Não estou certo ou em geral não é verdade</i>	15	10,7%	6,4%	16,6%	

*Nota média para escore da escala Likert de 6 parâmetros

*Podem haver "missing data"

Em relação ao DUREL, as questões 1 e 2 apresentaram maior proporção para as categorias que representam práticas mais frequentes (Uma, duas ou três vezes por semana), em ambos os casos a média foi de 3 ± 1 . Já na questão 3, 98,6% dos indivíduos referiram também a categoria “Uma, duas ou três vezes por semana” com escore médio de 1 ± 1 . Por último, para as questões 4 e 5, 6,4% e 10,7% marcaram as opções “nunca, uma vez por ano ou algumas vezes por ano”. Para esses dois casos, a média foi de 2 ± 1 (Tabela 6). Na Figura 8, é possível verificar a distribuição média seguida do intervalo de confiança de 95% para cada uma das questões investigadas.

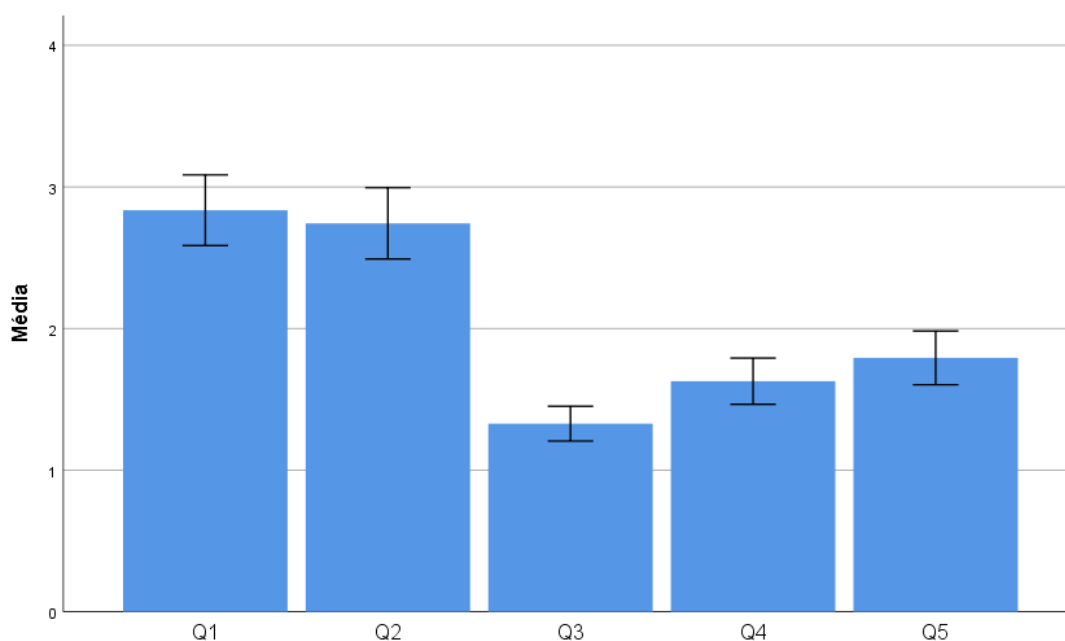


Figura 8 - Distribuição média de IC95% para cada questão do DUREL

4.6 Índice Religiosidade/Espiritualidade X Fenótipo (localização) DC

A Tabela 7 mostra a distribuição das diferentes questões do questionário DUREL de acordo com a localização da DC. Nenhuma das 5 questões distribuiu-se de forma heterogênea entre as categorias colônica, ileal, ileocolônica e perianal. A mesma homogeneidade na frequência das respostas foi observada para o comportamento inflamatório (Tabela 8), comportamento fistulizante (Tabela 9) e para o comportamento estenosante (Tabela 10).

Tabela 7 - Distribuição das questões do DUREL, segundo a localização da DC, incluindo frequência absoluta, relativa e valor de p

	Uma, duas ou três vezes por semana	Nunca, uma vez por ano ou Algumas vezes por ano	Valor de p
Q1			
Colônica	15(17,4%)	19(35,2%)	0,090
Ileal	24(27,9%)	14(25,9%)	
Ileocolônica	41(47,7%)	17(31,5%)	
Perianal	6(7%)	4(7,4%)	
Q2			
Colônica	28(26,7%)	6(17,1%)	0,636
Ileal	27(25,7%)	11(31,4%)	
Ileocolônica	42(40%)	16(45,7%)	
Perianal	8(7,6%)	2(5,7%)	
	Totalmente ou em geral é verdade	Não estou certo ou em geral não é verdade	Valor de p
Q3			
Colônica	34(24,6%)	0(0%)	0,998
Ileal	37(26,8%)	1(50%)	
Ileocolônica	57(41,3%)	1(50%)	
Perianal	10(7,2%)	0(0%)	
Q4			
Colônica	138(%)	2(0%)	0,443
Ileal	34(26%)	4(44,4%)	
Ileocolônica	56(42,7%)	2(22,2%)	
Perianal	9(6,9%)	1(11,1%)	
Q5			
Colônica	30(24%)	4(26,7%)	0,527
Ileal	32(25,6%)	6(40%)	
Ileocolônica	54(43,2%)	4(26,7%)	
Perianal	9(7,2%)	1(6,7%)	

Valor de p baseado no teste de qui-quadrado ou teste exato de Fischer.

Tabela 8 - Distribuição das questões do DUREL, segundo o comportamento inflamatório da DC, incluindo frequência absoluta, relativa e valor de p

	Comportamento Inflamatório		*p-valor
	Não n(%)	Sim n(%)	
Q1¹			
<i>Uma, duas ou três vezes por semana</i>	58(67,4%)	28(32,6%)	0,280
<i>Nunca, uma vez por ano ou Algumas vezes por ano</i>	31(57,4%)	23(42,6%)	
Q2²			
<i>Uma, duas ou três vezes por semana</i>	69(65,7%)	36(34,3%)	0,419
<i>Nunca, uma vez por ano ou Algumas vezes por ano</i>	20(57,1%)	15(42,9%)	
Q3³			
<i>Totalmente ou em geral é verdade</i>	88(63,8%)	50(36,2%)	0,999
<i>Não estou certo ou em geral não é verdade</i>	1(50,0%)	1(50,0%)	
Q4⁴			
<i>Totalmente ou em geral é verdade</i>	82(62,6%)	49(37,4%)	0,487
<i>Não estou certo ou em geral não é verdade</i>	7(77,8%)	2(22,2%)	
Q5⁵			
<i>Totalmente ou em geral é verdade</i>	79(63,2%)	46(36,8%)	0,792
<i>Não estou certo ou em geral não é verdade</i>	10(66,7%)	5(33,3%)	

*Valor de p baseado no teste de qui-quadrado ou teste exato de Fischer.

¹ Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou a outro encontro religioso?

² Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

³ Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

⁴ As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

⁵ Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

Tabela 9 - Distribuição das questões do DUREL, segundo o comportamento fistulizante da DC, incluindo frequência absoluta, relativa e valor de p

	Comportamento Fistulizante		*p-valor
	Não n(%)	Sim n(%)	
Q1			
<i>Uma, duas ou três vezes por semana</i>	44(51,2%)	42(48,8%)	0,171
<i>Nunca, uma vez por ano ou Algumas vezes por ano</i>	34(63,0%)	20(37,0%)	
Q2			
<i>Uma, duas ou três vezes por semana</i>	54(51,4%)	51(48,6%)	0,077
<i>Nunca, uma vez por ano ou Algumas vezes por ano</i>	24(68,6%)	11(31,4%)	
Q3			
<i>Totalmente ou em geral é verdade</i>	77(55,8%)	61(44,2%)	0,870
<i>Não estou certo ou em geral não é verdade</i>	1(50,0%)	1(50,0%)	
Q4			
<i>Totalmente ou em geral é verdade</i>	73(55,7%)	58(44,3%)	0,992
<i>Não estou certo ou em geral não é verdade</i>	5(55,6%)	4(44,4%)	
Q5			
<i>Totalmente ou em geral é verdade</i>	70(56,0%)	55(44,0%)	0,884
<i>Não estou certo ou em geral não é verdade</i>	8(53,3%)	7(46,7%)	

* Valor de p baseado no teste de qui-quadrado ou teste exato de Fischer.

¹ Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou a outro encontro religioso?

² Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

³ Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

⁴ As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

⁵ Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

Tabela 10 - Distribuição das questões do DUREL, segundo o comportamento estenosante da DC, incluindo frequência absoluta, relativa e valor de p

	Comportamento Estenosante		*p-valor
	Não n(%)	Sim n(%)	
Q1			
<i>Uma, duas ou três vezes por semana</i>	60(69,8%)	26(30,2%)	0,940
<i>Nunca, uma vez por ano ou Algumas vezes por ano</i>	38(70,4%)	16(29,6%)	
Q2			
<i>Uma, duas ou três vezes por semana</i>	75(71,4%)	30(28,6%)	0,523
<i>Nunca, uma vez por ano ou Algumas vezes por ano</i>	23(65,7%)	12(34,3%)	
Q3			
<i>Totalmente ou em geral é verdade</i>	96(69,6%)	42(30,4%)	0,351
<i>Não estou certo ou em geral não é verdade</i>	2(100,0%)	0(0,0%)	
Q4			
<i>Totalmente ou em geral é verdade</i>	92(70,2%)	39(29,8%)	0,823
<i>Não estou certo ou em geral não é verdade</i>	6(66,7%)	3(33,3%)	
Q5			
<i>Totalmente ou em geral é verdade</i>	86(68,8%)	39(31,2%)	0,371
<i>Não estou certo ou em geral não é verdade</i>	12(80,0%)	3(20,0%)	

* Valor de p baseado no teste de qui-quadrado ou teste exato de Fischer.

¹ Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou a outro encontro religioso?

² Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

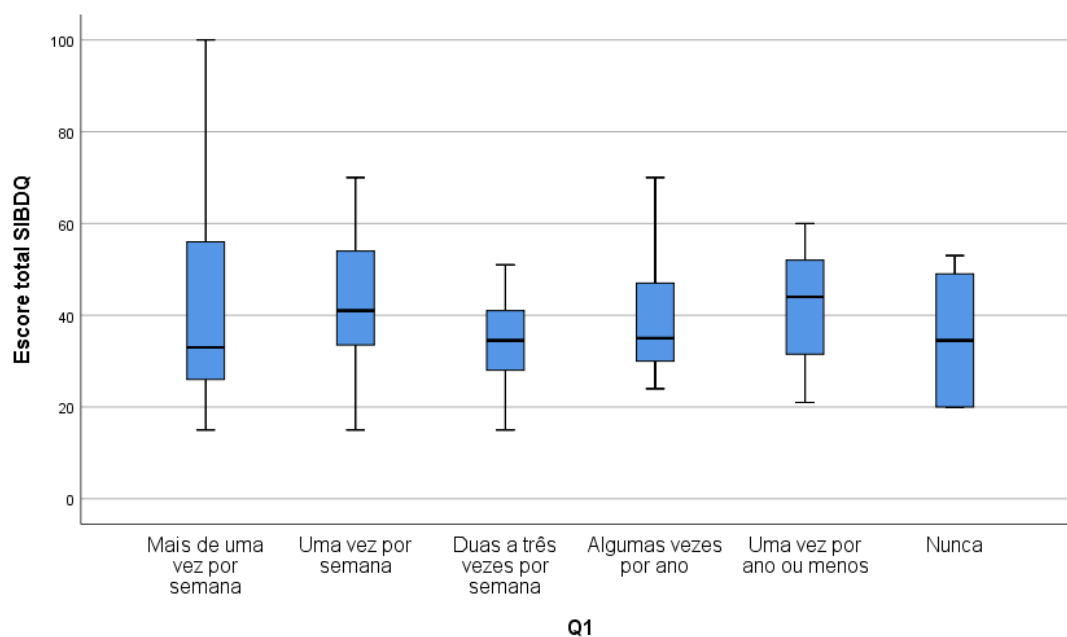
³ Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

⁴ As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

⁵ Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

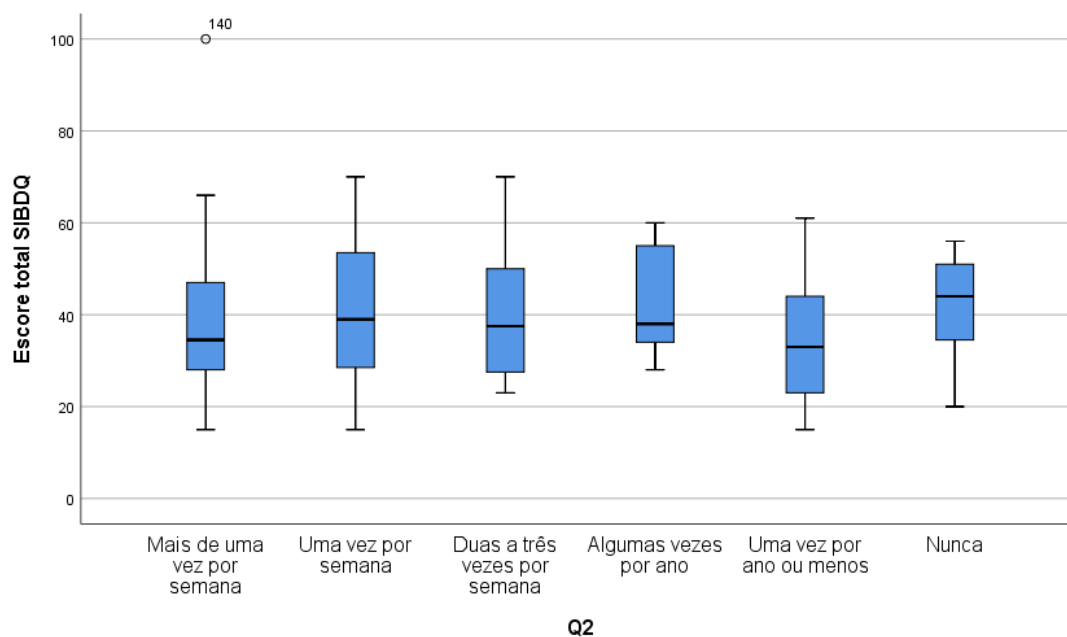
4.7 Índice de Religiosidade e fenótipo da doença de Crohn e Qualidade de vida

Além dos resultados apresentados até agora, uma análise para verificar a associação entre o escore total do SIBDQ em relação a cada resposta do questionário DUREL foi realizada. Não foi observado nenhum achado com significância estatística entre as 5 variáveis avaliadas: Q1 $p=0,294$; Q2 $p=0,667$; Q3 $p=0,154$; Q4 $p=0,154$ e Q5 $p=0,954$. As análises estão apresentadas nas Figuras 9, 10, 11, 12 e 13.



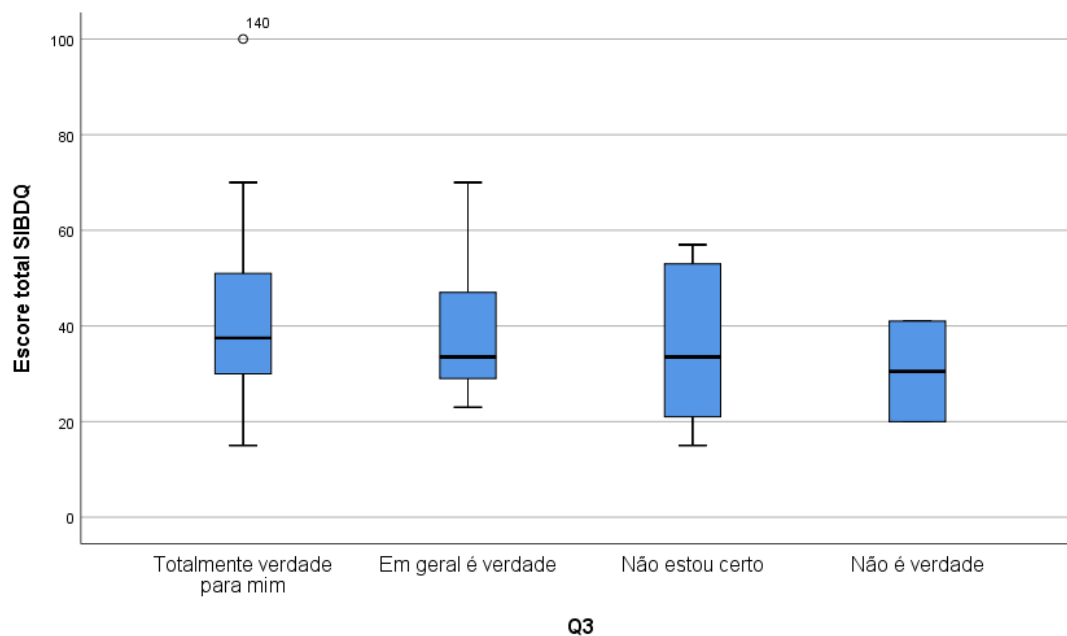
Valor de p baseado no teste de MW: 0,294.

Figura 9 - Distribuição do escore total SIBDQ de acordo com a frequência para a pergunta “Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou a outro encontro religioso?” do DUREL



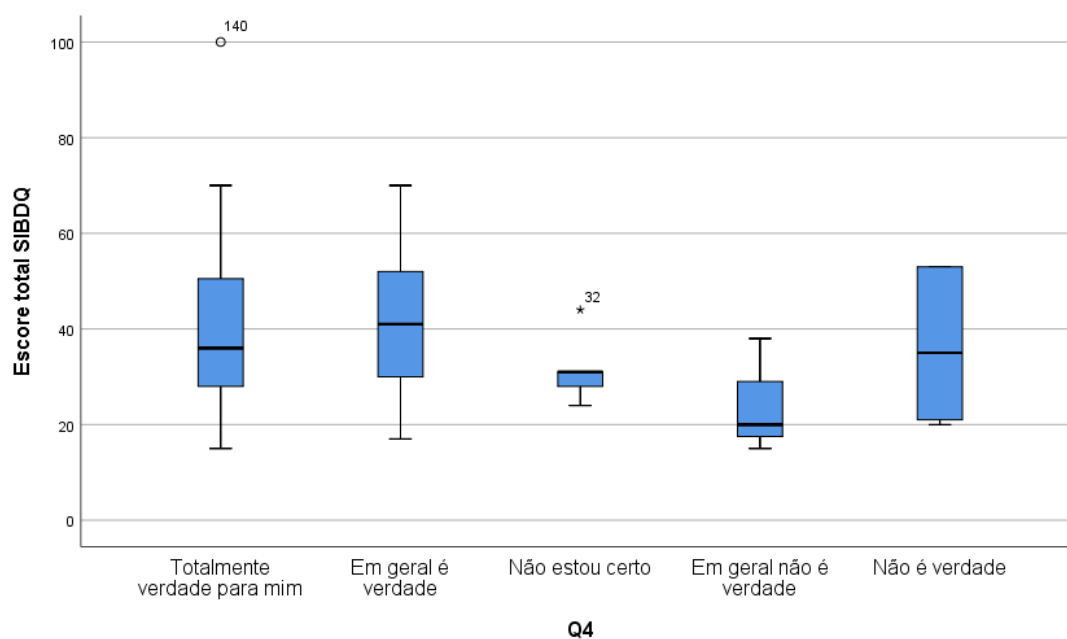
Valor de p baseado no teste de MW: 0,667.

Figura 10 - Distribuição do escore total SIBDQ de acordo com a frequência para a pergunta “Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?” do DUREL



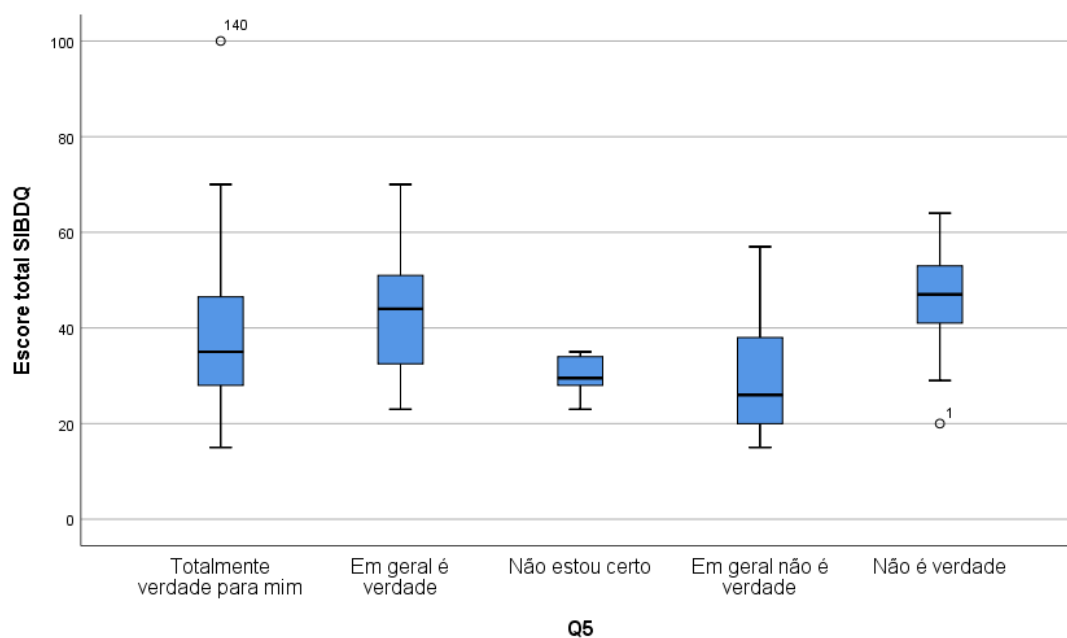
Valor de p baseado no teste de MW: 0,541.

Figura 11 - Distribuição do escore total SIBDQ de acordo com a afirmativa “Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)”



Valor de p baseado no teste de MW: 0,154.

Figura 12 - Distribuição do escore total SIBDQ de acordo com a afirmativa “As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver”



Valor de p baseado no teste de MW: 0,954.

Figura 13 - “Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida”

V DISCUSSÃO

V DISCUSSÃO

A importância da coleta de dados reais e avaliação do perfil sociodemográfico de uma população em estudo tem como objetivo promover uma terapêutica médica dirigida e de melhor qualidade ^(55,56).

O estudo apresenta as características sociodemográficas de uma amostra de pacientes do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais da Disciplina de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em concordância relativa com os dados da literatura científica ^(55,56,57), pois indica um resultado de 55,6% feminino, com média de idade de 45,2 anos e maior predominância de renda financeira média em até 3 salários-mínimos e com um índice de 62,7% de escolaridade entre o Ensino Fundamental e o Médio.

Observando as estatísticas de outros estudos, notamos que os perfis socioeconômicos revelam menor grau de escolaridade e menor renda financeira, quando comparados com os nossos resultados deste trabalho, fato este que nos leva à discussão sobre as características da DC, tais como acesso a um centro de atendimento especializado e toda a terapia envolvida.

Ainda ressaltamos a “declaração da crença religiosa ou não” dos pacientes, sendo que as religiões predominantes entre os indivíduos estudados foram a evangélica e a católica (83,3%) e, se acrescentarmos os que se declararam espíritas e testemunhas de Jeová, esse número sobe para 92,4%.

Koenig *et al.* definiram a Religiosidade e Espiritualidade de tal maneira que, a princípio, o fato de uma pessoa se declarar pertencente a uma denominação religiosa não significa necessariamente ser portadora de Religiosidade e Espiritualidade positivas para o enfrentamento de uma doença crônica. Neste caso, a DII, como o fato de se declarar não pertencente a uma denominação religiosa, não tem relação com o estado de um alto grau de Espiritualidade ⁽³⁷⁾.

Nossa pesquisa descreve uma realidade onde, além da alta porcentagem de pertencimento a uma religião, o grupo se mostra homogêneo, a princípio.

O questionário indaga sobre as atividades de lazer antes e após o diagnóstico. Não encontramos estudos quantitativos do lazer antes e após o início da DC para efeito de comparação, mas nossa pesquisa constatou uma diminuição de atividades de lazer que antes eram presentes em suas vidas, de 70% e passaram para pouco mais de 50%, o que podemos interpretar como uma perda em qualidade de vida.

Obtivemos como localização mais frequente (93,5%) a forma ileo-colônica, colônica e ileal, mostrando o perfil perianal exclusiva com 6,6% e entre os comportamentos o fistulizante foi o mais frequente, acometendo 44% dos casos analisados.

A literatura científica discute a existência de “gatilhos”, eventos estressores e acontecimentos que precedem o surgimento de doenças (58,59,60,61). No presente trabalho, foi incluída esta avaliação, no sentido de estudar e obter informações que possam trazer compreensão sobre a importância dessa questão, não apenas para a primeira crise, mas também para os períodos de agudização. O resultado foi expressivo em 81,7% dos pacientes que identificaram a ocorrência de eventos estressores antes das primeiras crises ou episódios de agudização, principalmente nas áreas emocionais, infecciosas e inflamatórias (61,62,63). A área emocional foi responsável por 59,9% das respostas afirmativas e identificadas, fato que pode indicar a necessidade de um tratamento psicológico e multidisciplinar do indivíduo, no qual a Religiosidade e a Espiritualidade podem colaborar, como presente em estudos recentes, estimulando atitudes de vida saudáveis e desestimulando as perniciosas (43).

A qualidade de vida avaliada pelo questionário S-IBDQ teve como resultado uma mediana de 40 para um total de 70; o mínimo 10 como péssima QV e 70 o máximo representando uma ótima QV. Na literatura científica, observamos grande diversidade de estatística, em decorrência de fatores

envolvidos, tais como perfil dos pacientes dos ambulatórios, perfil de atendimento do serviço como centro de referência, fase clínica dos pacientes, acolhimento psicológico, adesão ao tratamento entre outros (64,65,66,67).

Ressaltamos dois aspectos, no que se refere à qualidade de vida de pacientes portadores de DII: o primeiro é refletir que os trabalhos científicos versando sobre esse assunto são realizados (mesmo que com exceções) em serviços de referência, que certamente atendem pacientes com manifestações clínicas mais graves; o segundo é que em particular o Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais da Disciplina de Coloproctologia do HC FMUSP, embora não mensurável, recebe pacientes considerados de maior complexidade, já submetidos a diversos tratamentos, encaminhados ou não, e como vimos pertencentes a uma população, de menor renda com desafios de vida e dificuldades que por si já proporcionam uma provável menor qualidade de vida.

O trabalho aqui apresentado tem algumas características que o distingue dos anteriores: desconhecemos a publicação de artigos ou textos científicos semelhante nos estudos de comparação de qualidade de vida entre as diferentes formas e comportamentos da DC.

Quanto à avaliação da qualidade de vida em relação aos diferentes fenótipos da DC, observamos que não houve significativamente diferença entre os grupos. A princípio, ao elaborarmos esse objetivo, a hipótese era de que certos fenótipos poderiam produzir vários níveis de qualidade de vida, o que não foi confirmado.

A proposição de investigação em relação a como a R/E agiria positivamente sobre a saúde traz, até a presente data, artigos que mostram haver uma sinergia de fenômenos distintos, mas que promovem uma ação única e benéfica. Essas seriam, por exemplo: regras para um estilo de vida propiciadora à saúde que incluem, entre outros, uma alimentação mais saudável, o não uso de substâncias nocivas à saúde, um comportamento sexual adequado, a educação dos filhos além de um apoio social constante e um sentido de vida e sofrimento (43).

Os trabalhos científicos associam o Enfrentamento Religioso-Espiritual positivo ou negativo com a qualidade de vida em DII. Exemplo disso é a pesquisa de Renata *et al.* (2019), conforme evocado anteriormente, relatando enfrentamento negativo com piora da saúde mental e depressão nos pacientes portadores de DII ⁽⁴²⁾.

Freitas *et al.* (2015), observaram alto nível de Religiosidade numa população de portadores de DII e concluindo que altos níveis de positividade estavam associados a baixos níveis de depressão emocional e ansiedade, e, por outro lado, altos níveis negativos associados a maiores crises de depressão e ansiedade ⁽⁴⁵⁾.

Constatamos que houve similaridades com a literatura atual, pois observamos que os pacientes aqui estudados, portadores de CD, também revelam altos níveis de Religiosidade e Espiritualidade, o que reforça o fato de que eles utilizam suas crenças como ferramentas para minimizarem os efeitos da doença em suas vidas. Observamos que a positividade é maior que a negatividade, o que está em concordância com outros estudos atuais ^(68,69).

A análise dos resultados para avaliação das atividades religiosas e espirituais pelo Questionário da Duke University entre os pacientes resultou em uma porcentagem significativamente alta no domínio de Religiosidade organizacional; Religiosidade não organizacional e em Espiritualidade intrínseca em todos os pacientes, porém temos raciocinado na hipótese de que no momento da pesquisa esses pacientes apresentavam esta alta na R/E, mas temos dúvidas se, antes do início da enfermidade, qual a porcentagem destes pacientes já se apresentavam com essas características ou se a própria doença e a perspectiva de sua cronicidade e incertezas as trouxe.

Estamos diante uma amostra extremamente homogênea (em termos de R/E) e que estatisticamente pode não trazer uma significância de comparação, argumento do departamento de estatística, sendo que, por outro lado, acreditamos que, numa amostra mais heterogênea e polarizada, a base de significância poderia ter maior valor para o cerne da pesquisa.

Decidimos estudar e confrontar os dados referentes à qualidade de vida com cada uma das cinco questões do questionário p-DUREL separadamente e a resposta ao objetivo do presente estudo – com respeito à relação estatística entre positividade ou negatividade do enfrentamento religioso-espiritual e qualidade de vida do paciente resultou em não correlação de significância estatística positiva ou negativa – diferentemente da literatura que apresentou significância entre Religiosidade/Espiritualidade negativa e pior qualidade de vida ⁽⁴²⁾.

Nós acreditamos que esse fato também colabora com o estudo de uma amostra homogênea e também nos induz a novos estudos.

Galek *et al.* 2007 sugerem que o médico considere indicar ao seu paciente um maior diálogo com seu líder espiritual ou religioso com o objetivo aprofundar-se nas questões espirituais ⁽⁶⁹⁾.

Profissionais da saúde que trabalham com DII devem estar cientes da necessidade de compreender as questões religiosas e conflitos de seus pacientes, com o objetivo de identificar principalmente os pontos negativos que seriam capazes de afetar a adesão ao tratamento. As considerações que os médicos mais ressaltam, como já relatado, é a falta de treinamento, desconforto com o assunto e desconhecimento.

VI CONCLUSÕES

VI CONCLUSÕES

Nas condições em que foi realizado o estudo, podemos concluir que a população atendida no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais da Disciplina de Proctologia do HC FMUSP é homogênea em relação às características religiosas e atividade religiosa (organizacional ou não) e Espiritualidade intrínseca presentes em grau elevado.

O grau de Religiosidade/Espiritualidade e a Qualidade de Vida dos pacientes independem do fenótipo e do comportamento da DC.

A Religiosidade e a Espiritualidade positivas não apresentam correlação com melhor qualidade de vida dos pacientes portadores de DC.

VII CONSIDERAÇÕES FINAIS

VII CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, os resultados e as conclusões apontam para a continuidade das investigações na área. Eles convidam ao aprofundamento da investigação, a partir do estudo cruzado de outros fatores e outras amostras. Seria importante, por exemplo, trabalhar a partir de uma amostra mais heterogênea no que diz respeito ao perfil religioso e sociodemográfico dos pacientes. Investigar mais profundamente as práticas espirituais e religiosas dos grupos estudados em relação à vivência do tratamento e isto poderia igualmente oferecer outro tipo de entendimento sobre a questão.

VIII REFERÊNCIAS

VIII REFERÊNCIAS

1. Damião AOMC, Sipahi AM: Doença Inflamatória Intestinal. In: Castro LP, Coelho LGV (eds.) Gastroenterologia. Rio de Janeiro: MEDSI 2004. p.1105-114.
2. Maranhão DDA, Vieira A, Campos T. Características e diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais. J Bras Med. 2015;103(1).
3. Souza MM, Belasco AGS, Aguiar-Nascimento JE. The epidemiological profile of patients with inflammatory bowel disease in the State of Mato Grosso Rev Bras Coloproct. 2008;28(3):324-8.
4. Victoria CR, Sasaki LY, Nunes HRC. Incidence and prevalence rates of inflammatory bowel diseases, in Midwestern of São Paulo State, Brazil. Arq Gastroenterol. 2009;46(1):20-5.
5. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, Panaccione R, Ghosh S, Wu JCY, Chan FKL, Sung JJY, Kaplan GG. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. Lancet. 2017;390(10114):2769-78.
6. Guimarães MC, Gonçalves MDS, Silva CP. Doença de Crohn: um estudo de caso. Humanidades e Tecnologia (FINOM) - ICESP. 2020;23(1):343-361.
7. Bernstein CN, Fried M, Krabshuis JH, Cohen H, Eliakim R, Fedail S, *et al.* Doenças Inflamatórias Intestinais, uma perspectiva global, World Gastroenterology Organization Practice Guidelines, jun 2009.

8. Burisch J, Jess T, Martinato M, Lakatos PL; ECCO -EpiCom. The burden of inflammatory bowel disease in Europe *J Crohn's Colitis*. 2013;7(4):322-37.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>.
10. Lima Martins A, Volpato RA, Zago-Gomes MDP. The prevalence and phenotype in Brazilian patients with inflammatory bowel disease. *BMC Gastroenterol*. 2018;18(1):87-93.
11. Gasparini RG, Sasaki LY, Saad-Hossne R. Inflammatory bowel disease epidemiology in São Paulo State, Brazil. *Lancet*. 2018;11:423-9.
12. Jostins L, Ripke S, Weersma RK, Duerr RH, McGovern DP, Hui KY, et al. Host-microbe interactions have shaped the genetic architecture of inflammatory bowel disease. *Nature* 2012;491(7422):119-24.
13. Dias PAR, Leite NAA, Guimarães ALC, Ferreira AC, Vieira BG, de Azevedo GFM, da Silva HG, Campos LM, Laignier TFS, Dias YHF. A relação do microbioma intestinal e o sistema imune no desenvolvimento da doença de Crohn, *Revista Eletrônica Acervo Científico*. 2020;17:e5618.
14. Insfram LFL, Couto PRS, Belini Junior E. Genetic contribution to understanding the pathophysiology of Crohn's disease. *Brazilian Journal of Health Review*. 2022;5(2):6265-78.
15. Cardozo WS, Sobrado CW. *Doença Inflamatória Intestinal*. 1ª ed. Editora Barueri: Manole, 2012.
16. Catapani WR. Doença inflamatória intestinal / Inflammatory bowel disease. *RBM Rev Bras Med*. 2009;66(11):410-9.

17. Mota ES, Kiss DR, Teixeira MG, Almeida MG, Sanfront FA, Habr-Gama A, Cecconello I. Manifestações extraintestinais em doença de Crohn e retocolite ulcerativa: prevalência e correlação com o diagnóstico, extensão, atividade, tempo de evolução da doença. *Rev Bras Coloproct.* 2007;27(4):349-63.
18. Franco,CAS, Marques SFP, Gomes EV. Doença de Crohn uma revisão da literatura 2023, *Brazilian Journal of Development*, 2023;9 (1) 3797-805.
19. Frota RS, Avelar JB. Alterações histológicas ocasionadas pela doença de Crohn, *Arquivos 2016 Congresso Interdisciplinar – Inclusão, Tecnologia e Paz: Um Novo Mundo é Possível. Faculdade Evangélica de Goianeia.*
20. Burlin S, Favaro LR, Bretas EAS, Taniguchi LS, Loch AP, Argollo MC, Ambrogini Junior O, D'Ippolito G. Avaliação da doença de Crohn por meio da enterografia por tomografia computadorizada: qual o impacto da experiência dos examinadores na reprodutibilidade do método? *Radiol Bras.* 2017;50 (1):13-8.
21. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel JF. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut* 2006;55(6):749-53.
22. Cosnes J, Cattan S, Blain A, Beaugerie L, Carbonnel F, Parc R, Gendre JP. Long-term evolution of disease behavior of Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2002;8(4):244-50.
23. Harvey RF, Bradshaw JM. A simple index of Crohn's-disease activity. *Lancet* 1980;1(8167):514-519.
24. Sobrado CW, Leal RF, Sobrado LF. Therapies for Crohn s disease: A clinical update. *Arq Gastroenterol.* 2016;53(3):206-11.

25. WHOQol Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (The WHOQol). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer; 1994. p. 43.
26. World Health Organization. WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB). World Health Organization, 1998.
27. Panzini RG, Mosqueiro BP, Zimpel RR, Bandeira DR, Rocha NS, Fleck MP. Quality of life and spirituality; *Int Rev Psychiatry*. 2017;29(3):263-82.
28. Guthrie E, Jackson J, Shaffer J, Thompson D, Tomenson B, Creed F. Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 2002 Aug;97(8):1994-9.
29. Lopes AM, Moura LNB, Machado RS, Silva GRF. Qualidade de vida de pacientes com doença de Crohn. *Enfermeria Global*. 2017;16(47):337-352.
30. Panzini RG, Mosqueiro BP, Zimpel RR, Bandeira DR, Rocha NS, Fleck MP. Quality of life and spirituality; *Int Rev Psychiatry*. 2017; 29(3):263-82.
31. Lucchetti G, Lucchetti AL, Puchalski, CM. Spirituality in medical education: Global reality? *Journal of Religion and Health*, 2012;51(1), 3-19.
32. Galek K, Flannelly KJ, Koenig HG, Fogg SL. Referrals to chaplains: The role of religion and spirituality in healthcare settings. *Mental Health, Religion & Culture*. 2007;10(4), 363-77.
33. Guthrie E, Jackson J, Shaffer J, Thompson D, Tomenson B, Creed F. Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 2002;97(8):1994-9.

-
34. Irvine EJ, Zhou Q, Thompson AK. The Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: a quality-of-life instrument for community physicians managing inflammatory bowel disease. CCRPT Investigators. Canadian Crohn's Relapse Prevention Trial. *Am J Gastroenterol*. 1996;91(8):1571-8.
35. Koenig HG. Religion, spirituality and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012:278730.
36. Dias EN, Pais-Ribeiro JL. O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais, *Rev Psicol Saude, Campo Grande*. 2019;11(2):55-66.
37. Vander Weele TJ. Religion and health: A synthesis. In: Balboni MJ, Peteet JR (Eds.), *Spirituality and religion within the culture of medicine: From evidence to practice*. New York: Oxford University Press. 2017. cap 22. p. 357–401.
38. Koenig HG. *Handbook of Religion and Health*. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2001.
39. Linardakis M, Papadaki A, Smpokos E, Sarri K, Vozikaki M, Philalithis A. Are religiosity and prayer used related with multiple behavioural risk factors for chronic diseases in European adults aged 50+ years? *Public Health*. 2015;129(5):436-43.
40. Site de Busca <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> adaptado por Silva, AL, 2022
41. Cotton S, Kudel I, Roberts YH, Pallerla H, Tsevat J, Succop P, Yi MS. Spiritual well-being and mental health outcomes in adolescents with or without inflammatory bowel disease; *J Adolesc Health*. 2009;44(5):485-92.
42. Campos RJDS, Lucchetti G, Lucchetti ALG, da Rocha Ribeiro TC, Chebli LA, Malaguti C, Gaburri PD, Pereira LMN, de Almeida JG, Chebli JMF. The

impact of spirituality and religiosity on mental health and quality of life of patients with active Crohn's disease; *J Relig Health*. 2020;59(3):1273-86.

43. Notini L, Oakley J. When (if ever) may doctors discuss religion with their patients? *Bioethics*. 2023;37(1):72-80.

44. Best M, Butow P, Olver I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. *Palliat Med*. 2016;30(4):327-37.

45. Freitas TH, Hyphantis TN, Andreoulakis E, Quevedo J, Miranda HL, Alves GS, Souza MH, Braga LL, Pargament KI, Soczynska JK, McIntyre RS, Carvalho AF. Religious coping and its influence on psychological distress, medication adherence, and quality of life in inflammatory bowel disease. *Braz J Psychiatry*. 2015;37(3):219-27.

46. Lichtenstein GR, Loftus EV, Isaacs KL, Regueiro MD, Gerson LB, Sands BE. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's disease in adults. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(4):481-517.

47. Simrén M, Axelsson J, Gillberg R, Abrahamsson H, Svedlund J, Björnsson ES. Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: the impact of IBS-like symptoms and associated psychological factors. *Am J Gastroenterol*. 2002;97(2):389-96.

48. Guyatt GH, Mitchell A, Irvine EJ, Singer J, Williams N, Goodacre R, Tompkins C. A new measure for health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 1989;96(3):804-10.

49. Almeida MG, Kiss DR, Teixeira MG, Habr-Gama A. Qualidade de vida no seguimento tardio de doentes submetidos à proctocolectomia com bolsa ileal. *Rev Bras Coloproct*. 2000;20(3):145-53.

-
50. Martinez EZ, Alves AC, Carneiro AFTM, Jorge TM, Carvalho ACD, Zucoloto ML. Investigação das propriedades psicométricas do Duke Religious Index no âmbito da pesquisa em Saúde Coletiva, *Cad Saúde Colet*. 2014;22(4):419-27.
51. Lace JW, Handal PJ. Confirming the Tripartite Structure of the Duke University Religion Index: A methodological approach. *J Relig Health*. 2018;57(2) 704-16.
52. Tabrizi R, Akbari M, Lankarani KB, Heydari ST, Masoudi A, Shams AH, Akbarzadeh A, Moalemi S, Mehr MM, Sadati AK, Peymani P. Relationship between religion and school students' road behavior in Southern Iran. *Chin J Traumatol*. 2017;20(5):264-9.
53. Koenig HG. *Handbook of Religion and Health*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2011.
54. Taunay TCD'E, Gondim FAA, Macedo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LMA, Carvalho AF. Validity of the Brazilian version of the Duke Religious Index – DUREL. *Rev Psiqu Clín*. 2012;39(4):130-5.
55. Palmiro LP, Andrade JS, Sousa KMM, Dias AGN, Andrade MN, Almeida NP, Fortes FML. Aspectos sociodemográficos em pacientes com doenças inflamatórias intestinais em um Centro de Referência em Salvador. *Brazilian Journal of Development, Curitiba*. 2021;7(3):32503-13.
56. Souza MM, Barbosa DA, Espinosa MM, Belasco AGS. Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(4):479-84.
57. Salviano FN, Burgos MGPA, Santos EC. Perfil socioeconômico e nutricional de pacientes com doença inflamatória intestinal em um hospital universitário, *Arq Gastroenterol*. 2007;44(2):99-106.

-
58. Ananthakrishnan AN. Environmental triggers for inflammatory bowel disease. *Curr Gastroenterol Rep.* 2013;15(1):302.
59. Sokol H. Antibiotics: a trigger for inflammatory bowel disease. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020;5(11):956-7.
60. Lima FDV, Ribeiro TCR, Chebli LA, Pace FHL, Chaves LDM, Ribeiro MS, Chebli JMF. Mood swings in patients with Crohn's disease: Incidence and associated factors. *Rev Assoc Med Bras.* 2012;58(4):481-8.
61. Mittermaier C, Dejaco C, Waldhoer T, Offerbauer-Ernst A, Miehsler W, Beier M, Tillinger W, Gangl A, Noser G. Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: A prospective 18-month follow-up study. *Psychosomatic Medicine,* 2004;66(1), 79-84.
62. Bernstein CN, Singh S, Graff LA, Walker JR, Miller N, Cheang M. A prospective population-based study of triggers of symptomatic flares in IBD. *Am J Gastroenterol.* 2010;105(9):1994-2002.
63. Silva ICL. Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes acometidos por doença inflamatória intestinal tratados com terapia biológica. [dissertação Mestrado em Bases de Cirurgia]. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.
64. Vivan TK, Santos BM, Santos CHM. Qualidade de vida dos pacientes com doença inflamatória intestinal, *J Coloproctol (Rio J).* 2017;37(4):279-84.
65. de Souza MM, Barbosa DA, Martinez Espinosa M, Gonçalves Silva Belasco A. Calidad de vida de pacientes portadores de enfermedad inflamatoria intestinal; *Acta Paul Enferm.* 2011;24(4):479-84.

66. Knowles SR, Keefer L, Wilding H, Hewitt C, Graff LA, Mikocka-Walus A. Quality of life in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analyses - Part II. *Inflamm Bowel Dis.* 2018;24(5):966-76.
67. Hebert R, Dang Q, Schulz R. Religious beliefs and practices are associated with better mental health in family caregivers of patients with dementia: Findings from the REACH study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2007;15(4), 292-300.
68. Hebert R, Zdaniuk B, Schulz R, Scheier M. Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *J Palliat Med.* 2009;12(6):537-45.
69. Galek K, Flannelly KJ, Koenig HG, Fogg SL. Referrals to chaplains: The role of religion and spirituality in healthcare settings. *Mental Health, Religion & Culture,* 2007;10(4):363-377.

IX ANEXOS

IX. ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário Sociodemográfico

Identificação

Nome: _____ data de nascimento: / /

Diagnósticos: _____ mês/ano:

Escolaridade:

Fundamental () Médio () Superior () Pós-Graduação ()

Profissão:

Renda Mensal: Até 3 salários-mínimos () de 3,1 a 5 () de 5,1 a 10 () de 10,1 a 20 () acima de 20 ()

Estado Civil: Solteiro() Casado() União Estável() Divorciado/Separado () Viúvo ()

Religião Declarada: Católica () Evangélica () Espírita () Judaísmo () Islamismo () Budismo () Taoísmo () Testemunha de Jeová () Sem religião, mas espiritualizado ()

Tabagismo Sim () Não () Tempo.....anos quantidademaços por dia

Ingestão de Álcool Sim () Não () qualidade, quantidade e Frequência.....por dia.....por semana

Lazer antes do início da doença Sim () Não ()

Lazer após o início da doença Sim () Não ()

Gatilhos fatos, situações, infecções (até 3 meses antes da primeira crise)

Sim () Não ()

Área de Ocorrência de fatos, situações, infecções (gatilhos) até 3 meses antes da primeira crise:

() emocional

() profissional

() mudança de profissão

() acidentes () infecções/inflamações

() traumas cirúrgicos

() outras

ANEXO 2 – SIBDQ

- 1. Quantas vezes você se sentiu cansado, fatigado e isto se tornou um problema para você nas últimas duas semanas?
1.Sempre 2.Quase sempre 3. Muitas vezes 4. Poucas vezes 5.Bem poucas vezes 6.Raramente 7. Nunca
- 2. Quantas vezes você atrasou ou cancelou um compromisso devido ao seu problema intestinal nas duas últimas semanas?
1.Sempre 2.Quase sempre 3. Muitas vezes 4. Poucas vezes 5.Bem poucas vezes 6.Raramente 7. Nunca
- 3. Como resultado de seus problemas intestinais, quanta dificuldade você teve em atividades de lazer ou esportes durante as últimas 2 semanas?
1.Sempre 2.Quase sempre 3. Muitas vezes 4. Poucas vezes 5.Bem poucas vezes 6.Raramente 7. Nunca
- 4. Quantas vezes durante as últimas 2 semanas você esteve incomodado com dor no abdômen?
1.Sempre 2.Quase sempre 3. Muitas vezes 4. Poucas vezes 5.Bem poucas vezes 6.Raramente 7. Nunca
- 5. Quantas vezes nas duas últimas semanas você se sentiu depressivo ou desencorajado?
1.Sempre 2.Quase sempre 3. Muitas vezes 4. Poucas vezes 5.Bem poucas vezes 6.Raramente 7. Nunca
- 6. No geral, nas duas últimas semanas, quanto os gases intestinais incomodaram você?
1.Sempre 2.Quase sempre 3. Muitas vezes 4. Poucas vezes 5.Bem poucas vezes 6.Raramente 7. Nunca
- 7. No geral, nas duas últimas semanas, quão difícil foi para você manter ou chegar ao peso que você gostaria de ter?
1.Sempre 2.Quase sempre 3. Muitas vezes 4. Poucas vezes 5.Bem poucas vezes 6.Raramente 7. Nunca
- 8. Quantas vezes você se sentiu relaxado e livre de tensões nas duas últimas semanas?
1.Sempre 2.Quase sempre 3. Muitas vezes 4. Poucas vezes 5.Bem poucas vezes 6.Raramente 7. Nunca
- 9. Quanto do tempo durante as últimas 2 semanas você foi incomodado pelo sentimento de ter que ir para o banheiro, embora seus intestinos estivessem vazios?
1.Sempre 2.Quase sempre 3. Muitas vezes 4. Poucas vezes 5.Bem poucas vezes 6.Raramente 7. Nunca
- 10. Quantas vezes durante as últimas 2 semanas você se sentiu irritado como resultado do seu problema intestinal?
1.Sempre 2.Quase sempre 3. Muitas vezes 4. Poucas vezes 5.Bem poucas vezes 6.Raramente 7. Nunca

ANEXO 3 – Índice de Religiosidade da Universidade Duke

1. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou a outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

2. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

3. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

4. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

5. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

