



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

**THIAGO HOLANDA FREITAS**

**INFLUÊNCIA DO *COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL NA QUALIDADE DE VIDA  
E ADESÃO TERAPÊUTICA DE PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA  
INTESTINAL**

**FORTALEZA**

**2014**

**THIAGO HOLANDA FREITAS**

**INFLUÊNCIA DO *COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL NA QUALIDADE DE VIDA  
E ADESÃO TERAPÊUTICA DE PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA  
INTESTINAL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Ceará, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. André Férrer Carvalho.

Fortaleza - CE

2014

**THIAGO HOLANDA FREITAS**

**INFLUÊNCIA DO *COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL NA QUALIDADE DE VIDA  
E ADESÃO TERAPÊUTICA DE PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA  
INTESTINAL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Ceará, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Eanes Delgado Barros Pereira – UFC

Prof. Dr. Carlos Clayton Torres Aguiar – UNIFOR

Prof(a). Dr(a). André Férrer de Carvalho  
Orientador(a)

FORTALEZA-CE

2014

À minha família: esposa, filhas, pais e  
irmã: vocês são poderoso auxílio para  
meus passos apressados e vacilantes.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, Aquele que em nós tudo realizou, que nos ama incondicional, gratuita e pessoalmente.

Ao Professor André Férrer Carvalho, pela confiança, pelos ensinamentos e pelo exemplo ímpar de dedicação à pesquisa.

Aos colaboradores Prof. Elias Andreoulakis – Univeristy of Tessaloniki e Prof. Thomas Hyphantis, Univeristy of Ioannina, pelo excelente nível de sugestões que deram e por tudo o que tive oportunidade de aprender trabalhando neste time.

Aos professores Marcellus de Souza e Lúcia Libanez, que abriram as portas do serviço de gastroenterologia para estes pesquisadores.

Aos alunos da Liga de Psiquiatria da UFC, que demonstram interesse, empenho e ousadia na sua busca profissional.

Ao médico residente de psiquiatria Hesley Landim, pela dedicação e preciosa contribuição ao funcionamento do trabalho.

Às funcionárias da Pós Graduação em Ciências Médicas Ivone Fontenele e Rita Almeida, pela presteza e cordialidade no tratar com os alunos, pelo reforço e tranquilidade nos momentos de correria de uma pós graduação.

Às funcionárias dos ambulatórios e SAME do Hospital Universitário Walter Cantídio, que compreenderam o papel dos pesquisadores e contribuíram para a realização do estudo.

## RESUMO

Thiago Holanda Freitas. Influência do *Coping* Religioso-Espiritual na Qualidade de Vida e Adesão Terapêutica de Pacientes com Doença Inflamatória Intestinal.

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) está associada a elevados níveis de ansiedade e depressão, além de uma reduzida Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). A má adesão terapêutica também é muito frequente em pacientes com DII e leva a pior evolução da doença. O Coping Religioso-Espiritual (CRE) desempenha um papel importante na adaptação a diversas doenças crônicas. Entretanto a influência do CRE no sofrimento psíquico relacionado à DII, na QVRS e na adesão terapêutica permanece desconhecido. O objetivo deste estudo é avaliar a influência do CRE na qualidade de vida e na adesão terapêutica de pacientes com DII. Método: Trata-se de um estudo transversal, com 147 pacientes consecutivos, diagnosticados com Doença de Crohn (DC) ou Retocolite Ulcerativa (RCUI). Foram avaliados dados sociodemográficos, variáveis clínicas (relacionadas à DII), sofrimento psíquico (mensurado pela HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão), CRE (Brief- RCOPE), QVRS (WHOQOL-Bref) e adesão terapêutica (Escala de Morisky 8 itens). Modelos de regressão hierárquica foram utilizados para avaliar os efeitos do CRE no sofrimento psíquico relacionado à DII, QVRS e adesão terapêutica. Resultados: CRE Positivo esteve independentemente associado a ansiedade ( $b=-0,256$ ;  $p=0,007$ ) assim como Qualidade de Vida geral, física e psicológica. Conflito religioso-espiritual (*religious struggle*) foi associado significativamente a depressão ( $b=0,307$ ;  $p< 0,001$ ) e adesão terapêutica ( $b=-0,258$ ;  $p=0,009$ ). Além disso, sintomas ansiosos mediarão completamente o efeito do CRE positivo na qualidade de vida geral. Conclusão: CRE está significativamente associado com sofrimento psíquico, QVRS e adesão em DII. A abordagem e manejo do CRE pode ter efeito benéfico em desfechos relacionados à DII.

**Palavras-Chave:** doença inflamatória intestinal; sofrimento psíquico; adesão; *coping* religioso-espiritual; qualidade de vida.

## ABSTRACT

Thiago Holanda Freitas. Religious Coping and its influence on Medication Adherence and Quality of Life of Patients with Inflammatory Bowel Disease.

Inflammatory Bowel Disease (IBD) is associated with elevated levels of anxiety and depression, and a reduction in health-related quality of life (HRQoL). Non-adherence to treatment is also frequent in IBD and compromises outcomes. Religious coping plays a role in the adaptation to several chronic diseases. However, the influence of religious coping on IBD-related psychological distress, HRQoL and treatment adherence remains unknown. The aim of this study is to assess the influence of religious coping on psychological distress, adhesion to treatment and quality of life of IBD patients. Method: This cross-sectional study recruited 147 consecutive patients with either Crohn`s Disease or Ulcerative Colitis. Sociodemographic data, disease-related variables, psychological distress (Hospital anxiety and depression scale), religious coping (Brief RCOPE Scale), HRQOL (WHOQOL-Bref) and adherence (8-item Morisky Medication Adherence Scale) were assessed. Hierarchical multiple regression models were used to evaluate the effects of religious coping on IBD-related psychological distress, treatment adherence and HRQoL. Results: Positive RCOPE was independently associated with anxiety ( $b=-0.256$ ;  $p=0.007$ ) as well as with overall, physical and mental health HRQOL. Religious struggle was significantly associated with depression ( $b=0.307$ ;  $P<.001$ ) and self-reported adherence ( $b=-0.258$ ;  $P=0.009$ ). Finally, anxiety symptoms fully mediated the effect of positive religious coping on overall HRQoL. Conclusion: Religious Coping is significantly associated with psychological distress, HRQOL and adherence in IBD. The assessment and management of religious coping has the potential to improve IBD-related outcomes.

**Keywords:** inflammatory bowel disease; psychological distress; adherence; religious coping; quality of life.

## LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

<i>DII</i>	Doença inflamatória intestinal
<i>DC</i>	Doença de Crohn
<i>RCU</i>	Retocolite Ulcerativa
<i>QVRS</i>	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
<i>QV</i>	Qualidade de Vida
<i>CRE</i>	<i>Coping</i> religioso-espiritual
<i>WHOQOL</i>	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
<i>WHOQOL-BREF</i>	Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde
<i>HADS</i>	Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade
<i>HADS-A</i>	Escala hospitalar de depressão e ansiedade – subescala de sintomas ansiosos
<i>HADS-D</i>	Escala hospitalar de depressão e ansiedade – subescala de sintomas ansiosos
<i>Brief-RCOPE</i>	Escala abreviada de <i>Coping</i> Religioso-Espiritual

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Perfil socio-demográfico, variáveis clínicas, sintomas de sofrimento psíquico, QVRS e Adesão Terapêutica em pacientes com DII. Total da amostra e comparação por subtipo de doença (DC <i>versus</i> RCUI).
Tabela 02	Escores e fatores da escala Brief RCOPE em pacientes com doença inflamatória intestinal.
Tabela 03	Análise univariada
Tabela 04	Análise de Regressão Hierárquica de variáveis demográficas, clínicas e CRE e sua associação com sintomas Ansiosos e Depressivos medidos pela HADS
Tabela 05	Análise de Regressão Hierárquica de variáveis independentemente associadas ao domínio de geral de QVRS medida pela escala WHOQOL-Bref
Tabela 06	Análise de Regressão Hierárquica de variáveis independentemente associadas ao domínio Satisfação com a Saúde da QVRS medida pela escala WHOQOL-Bref
Tabela 07	Análise de Regressão Hierárquica de variáveis independentemente associadas ao domínio Físico de QVRS medida pela escala WHOQOL-Bref
Tabela 08	Análise de Regressão Hierárquica de variáveis independentemente associadas ao domínio Psicológico de QVRS medida pela escala WHOQOL-Bref
Tabela 09	Análise de Regressão Hierárquica de variáveis independentemente associadas ao domínio Relações Sociais de QVRS medida pela escala WHOQOL-Bref
Tabela 10	Análise de Regressão Hierárquica de variáveis independentemente associadas ao domínio Meio Ambiente de QVRS medida pela escala WHOQOL-Bref
Tabela 11	Análise de Regressão Hierárquica de variáveis independentemente associadas a Adesão Terapêutica medida pela Escala de Adesão Terapêutica de Morisky 8 itens (MMAS-8)
Tabela 12	Análise de mediação (Teste Sobel).

## SUMÁRIO

<b>Agradecimentos</b> .....	iv
<b>Resumo</b> .....	v
<b>Abstract</b> .....	vi
<b>Lista de Símbolos e Abreviaturas</b> .....	vii
<b>Lista de Tabelas</b> .....	viii
<b>1. Introdução</b> .....	10
<b>2. Referencial Teórico</b> .....	12
2.1. Doença Inflamatória Intestinal.....	12
2.2. Doença Inflamatória Intestinal e Sofrimento Psíquico.....	13
2.3. Doença Inflamatória Intestinal e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.....	14
2.4. Doença Inflamatória Intestinal e <i>Coping</i> Religioso – Espiritual .....	15
<b>3. Objetivos</b> .....	18
<b>4. Materiais e Métodos</b> .....	19
4.1. Amostra .....	19
4.2. Instrumentos e Medidas .....	19
4.3. Análise Estatística .....	23
<b>5. Resultados</b> .....	25
5.1. Descrição da Amostra.....	25
5.2. Comparação Doença de Crohn vs Retocolite Ulcerativa.....	25
5.3. Propriedades Psicométricas do Brief-RCOPE .....	27
5.4. Associações entre preditores e variáveis de critério.....	31
5.5. Análise de Mediação .....	41
<b>6. Discussão</b> .....	44
<b>7. Conclusões</b> .....	47
<b>8. Referências</b> .....	48
<b>Anexos</b> .....	54

## 1. INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) inclui um grupo de condições inflamatórias crônicas do trato gastrointestinal. A Doença de Crohn (CD) e a Retocolite Ulcerativa (RCU) estão entre as mais prevalentes e incapacitantes destas doenças. Tais enfermidades tornam-se crônicas num estágio muito inicial e são caracterizadas por períodos de remissão e exacerbação (MULDER *et al.*, 2014). Além do impacto relativo aos sintomas intestinais, tanto a DC como a RCU apresentam-se com uma ampla gama de manifestações sistêmicas, incluindo sintomas constitucionais, artrite, perda de peso, febre e uveíte.

Ansiedade e Depressão estão frequentemente associadas a DII, sendo que a prevalência de depressão nestas populações varia de 15 a 30% (FULLER-THOMSON & SULMAN, 2006; HAUSER *et al.*, 2014) comparado a 14,6% de prevalência ao longo da vida de transtornos depressivos na população geral (BROMET *et al.*, 2011). Tanto estudos clínicos como experimentais têm confirmado que acontecimentos adversos, estresse crônico e depressão podem aumentar a tendência a exacerbação da DII nos pacientes acometidos (MAWDSLEY & RAMPTON, 2005; SAJADINEJAD *et al.*, 2012).

Tem sido relatado na literatura que má adesão terapêutica afeta 7 a 72% dos pacientes com DII (SELINGER *et al.*, 2011). Falhas na adesão estão associadas a maior número de exacerbações e maiores gastos com saúde. Fatores psicossociais, tais como ansiedade e depressão, crenças do paciente sobre a medicação e relação médico-paciente comprometida estão entre os fatores mais consistentemente identificados como relacionados à má adesão terapêutica nesta população (SELINGER, ROBINSON & LEONG, 2011). Desta forma, a identificação de outros fatores modificáveis que possam melhorar a adesão ao tratamento é uma prioridade em pesquisa.

A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) também está significativamente comprometida em pessoas com DII (LIX *et al.*, 2008; IGLESIAS-REY *et al.*, 2014). Neste indivíduos, QVRS é influenciada pelo padrão longitudinal de atividade da doença (LIX *et al.*, 2008), sexo feminino, menor escolaridade (CASELLAS *et al.*, 2002), sintomas físicos e representações da doença (DORRIAN *et al.*, 2009), assim como por sofrimento psíquico, somatização, suporte social e fatores de personalidade, incluindo capacidade de *coping* (HYPHANTIS *et al.*, 2010; IGLESIAS-REY *et al.*, 2014).

Frequentemente, ao passar por situações adversas, estresse ou limitações impostas por uma doença crônica, os pacientes encontram alívio e controle em um processo denominado *coping* religioso, ou *coping* religioso-espiritual (CRE) (EHMAN *et al.*, 1999). O *Coping*

Religioso está ligado a cinco objetivos-chave: busca por significado, controle, conforto espiritual, relacionamento com Deus e os outros e mudanças de vida. Estratégias de  *coping*  religioso são classificadas em positivas ou negativas (i.e.,  *spiritual struggle*  ou conflito espiritual).  *Coping*  Religioso positivo inclui estratégias que levam a efeitos benéficos: busca por Amor ou proteção de Deus, maior conexão com uma força transcendente, busca por ajuda na literatura religiosa, busca por perdão, rezar pelos outros ou ressignificação do estressor como um benefício (PANZINI & BANDEIRA, 2007).

Entretanto alguns indivíduos desenvolvem um processo de  *coping*  denominado “ *spiritual struggle* ” (conflito religioso ou conflito espiritual), que consiste em questionar, duvidar ou distorcer questões sagradas relacionadas ao divino, a si mesmo e aos outros. Manifestações específicas de  *spiritual struggle*  incluem questionar a existência de Deus, duvidar do Amor ou das ações de Deus ou redefinir o estressor como sendo castigo divino ou resultado de uma ação diabólica.

O importante estudo de Koenig  *et al.*  com 577 idosos hospitalizados mostrou que CRE negativo estava relacionado a pior saúde física, pior qualidade de vida e mais sintomas depressivos, ao passo que CRE positivo estava associado a melhor saúde mental (KOENIG  *et al.* , 1998).

Em pacientes com insuficiência renal em estágio avançado, o CRE negativo esteve associado com maior sofrimento psíquico e pior QVRS (RAMIREZ  *et al.* , 2012). E finalmente,  *spiritual struggle*  foi preditor independente de morte em uma amostra de idosos hospitalizados (PARGAMENT  *et al.* , 2001).

Esses achados ressaltam a importância de incluir parâmetros de  *coping*  religioso no estudo de fatores associados a diversos desfechos em pacientes com doenças crônicas. Até o momento, nenhum estudo investigou a influência do CRE na adaptação à DII.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. Doença Inflamatória Intestinal

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) consiste em um grupo de doenças intestinais, incluindo a Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU), ambas caracterizadas por períodos de exacerbação e remissão (JIN, 2014). A DII tem curso crônico e seus sintomas mais comuns são: diarreia, enterorragia, tenesmo e dor abdominal. Na DC as manifestações dependem da localização da doença, sendo o íleo terminal o local mais comumente atingido, podendo levar a dor em cólica, febre e diarreia (BRAUNWALD *et al.*, 2002).

A DII acomete pessoas de diversas faixas etárias, sendo mais comum entre a segunda e quinta décadas de vida. Não há predominância de sexo, mas acredita-se que esteja mais ligada a algumas etnias específicas (PEARSON, 2004). As maiores incidências são verificadas nos Estados Unidos e em países do norte da Europa, 5.000 a 10.000 novos casos anualmente (OLIVEIRA *et al.*, 2010). A prevalência da DII, considerando DC e RCU varia entre 320/100.000 e 511/100.000 habitantes nos Estados Unidos e Canadá. Em números absolutos, varia entre 1,1 e 1,7 milhões de pessoas com DII nestes dois países (PACE, 2008).

Usualmente considerada como uma doença de países nórdicos e de populações caucasianas, a DII vem demonstrando, nas últimas décadas, crescente incidência em países latino-americanos (APPLEYARD *et al.*, 2004) e em economias emergentes. Estudos recentes feitos no Brasil, Porto Rico, Panamá e Argentina revelaram incidências entre 1,2 e 4/100.000 habitantes e prevalências entre 20 e 100/100.000 habitantes (VARGAS, 2010) e os relatos mostram tendência a um aumento no número de casos (OLIVEIRA, EMERICK & SOARES, 2010).

Embora não seja o único fator, a susceptibilidade genética pode explicar a diferença anteriormente detectada na prevalência da DII entre estes grupos populacionais. Por outro lado, esta grande mudança no perfil epidemiológico não pode ser explicada somente por aspectos genéticos. Entre os fatores ambientais, estão envolvidos: exposição a infecções, uso de antibióticos e hábitos de higiene (VARGAS, 2010).

A etiologia exata da DII ainda permanece pouco conhecida. Existem vários fatores que tem sido considerados como tendo um efeito no desenvolvimento deste grupo de doenças, tais como infecção bacteriana, mudanças no sistema imune, variações genéticas entre outros (FAKHOURY *et al.*, 2014). Apesar de a predisposição genética desempenhar um papel importante nas doenças imuno-mediadas, a maior influência parece ser devida a fatores

ambientais (PONDER & LONG, 2013). De fato, a prevalência da doença é maior em países desenvolvidos ou mais industrializados, e alguns estudos têm demonstrado um papel importante da dieta no desenvolvimento da doença: consumo aumentado da proteína do leite e de ácidos graxos poliinsaturados (FOSTER & JACOBSON, 2013; FAKHOURY *et al.*, 2014). Outros fatores relacionados incluem o tabagismo, grau de exposição aos patógenos intestinais e uso de antiinflamatórios não esteroidais (SHANAHAN, 2002).

Os sintomas tendem a variar conforme o subtipo da DII. Em pacientes com RCU, observam-se com frequência: diarreia, dor abdominal baixa, perda de peso e sangramento retal. Dificilmente ou nunca a RCU acomete o trato gastrointestinal alto ou o íleo terminal. Já em pacientes com DC o acometimento do íleo terminal é comum e são observados com frequência: dor na região abdominal baixa (fossa ilíaca direita), sangramento retal menos frequente e presença comum de sintomas extra-intestinais, como artrite, uveíte e sintomas constitucionais (FAKHOURY *et al.*, 2014).

O tratamento da DII é complexo e baseia-se no controle dos sintomas e diminuição da resposta imunológica. Não existe cura, e a maior parte dos pacientes necessitará de medicação por períodos prolongados. O tratamento medicamentoso pode incluir o uso de antiinflamatórios e imunomoduladores (SIMIAN *et al.*, 2013), tais como azatioprina, metotrexato, infliximabe, adalimumabe. Pode haver ainda necessidade de tratamento cirúrgico, principalmente para as complicações da doença (abscesso, fístulas, obstrução intestinal).

## **2.2. Doença Inflamatória Intestinal e Sofrimento Psíquico**

A presença de uma condição médica crônica normalmente está associada a maiores taxas de ansiedade e depressão quando comparadas à população geral (GRAFF *et al.*, 2009). Existe um efeito recíproco potencial em que a condição médica pode exacerbar ou desencadear o quadro psiquiátrico ou, de forma inversa, ansiedade ou depressão podem piorar o quadro da doença orgânica de base (KATON & CIECHANOWSKI, 2002).

A Doença Inflamatória Intestinal e seu tratamento trazem inúmeros desafios ao ajustamento psicossocial. Devido às suas exacerbações, os pacientes podem sentir-se comumente constrangidos pelos sintomas e sentir sobrecarga pela limitação social e necessidade de estar próximo ao banheiro. Em adolescentes, os efeitos colaterais da medicação (acne, sobrepeso, alterações puberais) podem fazer com que os pacientes sintam-se diferentes de seus pares (GREENLEY *et al.*, 2010).

Outros fatores associados com uma maior sobrecarga psicológica da DII são: perda de controle sobre o intestino, fadiga, distorção da auto-imagem, medo de inadequação sexual, isolamento social, sensação de sentir-se sujo (SAJADINEJAD *et al.*, 2012).

Um importante estudo realizado na Itália comparou 79 pacientes com DII com controles saudáveis e usou medidas padronizadas e validadas para avaliar sintomas ansiosos e depressivos (Stait and Trait Anxiety Inventory). Os pesquisadores encontraram que, tanto em pacientes com DC como naqueles com RCU, havia maior incidência de sintomas de sofrimento psíquico do que na população controle (ADDOLORATO *et al.*, 1997).

Fuller-Thomson & Sulman publicaram um levantamento nacional realizado no Canadá e demonstraram que os pacientes com DII apresentavam taxas altas de depressão até três vezes maiores que a da população canadense (FULLER-THOMSON & SULMAN, 2006). O estudo alerta também para comprometimento grave, inclusive com ideação suicida em uma considerável parte dos entrevistados, sobretudo do sexo feminino.

Existem evidências de que humor deprimido exerce efeito negativo sobre o curso de muitas doenças crônicas. No caso da DII, o indivíduo pode apresentar maiores taxas de exacerbação quando estão presentes sintomas depressivos, ansiosos e QV prejudicada (MITTERMAIER *et al.*, 2004). De forma semelhante, em pacientes cardiopatas, a ocorrência de sofrimento psíquico pode ser preditora de eventos coronarianos e mortalidade (HARE *et al.*, 2014).

### **2.3. Doença Inflamatória Intestinal e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde**

A Qualidade de Vida (QV) foi definida pela Organização Mundial de Saúde como a “*percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e nos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (GROUP, 1998).

A relação entre QV e saúde tem sido extensamente estudada, pois o convívio com doenças crônicas representa ameaça à saúde e ao bem-estar, além de requerer adaptação constante em todos os aspectos da vida diária. Está bem demonstrado que pacientes com doenças crônicas experimentam pior Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e pior funcionamento psíquico, físico, social e ocupacional (KIEBLES *et al.*, 2010).

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde é normalmente definida como um conceito multidimensional que incorpora aspectos físicos, emocionais e sociais da percepção e funcionamento da saúde (MORADKHANI *et al.*, 2013).

A DII geralmente se inicia no início da vida adulta ou mesmo na adolescência e dura a vida inteira. Embora a expectativa de vida de pacientes com DII seja próxima àquela da população geral, a DII compromete significativamente a QVRS dos indivíduos. Fatores relevantes que contribuem para este comprometimento incluem: cronicidade da doença, suas complicações, consultas médicas e hospitalizações frequentes e efeitos adversos das medicações ou cirurgia. O estudo de Moradkhani e colaboradores mostra também outros fatores que contribuem para uma pior QV em pacientes com DII: percepção de estresse, baixo suporte social, maior número de exacerbações prévias e sexo feminino (MORADKHANI, BECKMAN & TABIBIAN, 2013). Embora a qualidade de vida dos indivíduos acometidos seja pior nos períodos de exacerbação da doença (ITO *et al.*, 2005), a DII impacta a QVRS mesmo nos períodos de remissão.

Existem controvérsias se há diferença na QVRS de pacientes com DC e RCU (MIKOCKA-WALUS *et al.*, 2008; KEEFER *et al.*, 2011). De qualquer forma, além dos fatores enumerados anteriormente, parece haver influência direta de sintomas ansiosos e depressivos na percepção do indivíduo sobre sua QV, sendo que alguns estudos apontam para maior impacto destes do que propriamente para o grau de atividade da doença (SAJADINEJAD *et al.*, 2012).

#### **2.4. Doença Inflamatória Intestinal e *Coping* Religioso - Espiritual**

Embora tratados como sinônimos, os termos “religiosidade” e “espiritualidade” tem sido usados para designar formas distintas do comportamento de alguém em relação a suas crenças espirituais. A religião tem um cunho institucional; ela é um conjunto de práticas socializadas. Já a espiritualidade refere-se também a práticas subjetivas, individuais ou não-institucionais (PANZINI & BANDEIRA, 2007).

Desta forma, embora a religiosidade esteja diretamente ligada a questões culturais ou étnicas, a espiritualidade pode ter maior relação com características intrínsecas do indivíduo. Entretanto alguns autores consideram ambos como construtos relacionados e que devem ser estudados conjuntamente (HILL & PARGAMENT, 2003).

Com o início da medicina moderna, o antigo paradigma da medicina holística que estava presente em muitas culturas foi gradativamente sendo substituído por uma abordagem dualista que separava a cura do corpo da cura da alma. Paradoxalmente, a abordagem médica especializada e tecnicista falhou em relação a uma cura ou tratamento global, e os pacientes continuaram a demandar por um entendimento mais profundo de suas necessidades

(PARGAMENT, ZINNBAUER, *et al.*, 1998; SINGH *et al.*, 2012). Desta forma, nas últimas décadas, tem havido um considerável crescimento no corpo de evidências na área da espiritualidade, saúde mental e psicoterapia.

A espiritualidade é um determinante fundamental da saúde física, emocional e social. Hoje a espiritualidade é um aspecto importante do cuidado com a saúde e normalmente não é adequadamente avaliada na prática médica. O interesse na relação entre espiritualidade, religião e cuidados clínicos tem crescido nos últimos 15 anos. As religiões comumente fornecem direção e cuidado para várias questões médicas e contam com rituais que são importantes para os pacientes (SINGH *et al.*, 2012).

Ao lidar com doenças graves ou crônicas, muitos pacientes voltam-se para crenças religiosas ou espirituais em busca de alívio e conforto (EHMAN *et al.*, 1999). A influência da espiritualidade na saúde física tem sido estudada por muitos autores e tem grande impacto na maneira como os indivíduos lidam com o sofrimento. A grande maioria dos estudos sugere que práticas e crenças religiosas estão associadas com melhor saúde física e mental (KOENIG, 2001). Pacientes com maior otimismo, auto-estima, satisfação com a vida e menor consumo alcoólico tendem a ser pacientes espiritualmente orientados (TREVINO *et al.*, 2010).

A doença crônica (como qualquer outro estresse vivenciado pelo indivíduo) não é o único determinante de seu impacto sobre o sujeito. O modo como a pessoa lida com o estresse, processo conceituado como *coping*, parece ser fundamental no funcionamento humano (PARGAMENT, 1997). O *coping* é concebido como o conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de manejar situações estressantes (LAZARUS & FOLKMAN, 1984).

*Coping* Religioso-Espiritual (CRE) acontece quando as pessoas voltam-se para a religião ou espiritualidade para lidar com o estresse (KOENIG, PARGAMENT & NIELSEN, 1998; PANZINI & BANDEIRA, 2005). Pargament descreve que o CRE está relacionado aos cinco objetivos chave da religião: busca por significado, controle, conforto espiritual, proximidade com Deus e com os outros e mudanças de vida (PARGAMENT, 1997).

O CRE pode estar associado tanto a estratégias orientadas para o problema quanto para as emoções, bem como à liberação de sentimentos negativos relacionados ao estresse, podendo então apresentar caráter não adaptativo (PANZINI & BANDEIRA, 2007). Desta forma, embora o conceito de CRE tenha uma conotação positiva, as estratégias de *coping* religioso podem ser classificadas em CRE positivo e CRE negativo. De acordo com Pargament, CRE positivo é um reflexo de uma relação segura com Deus, uma crença em um

significado maior para a vida e um senso de conexão espiritual com os outros. Por outro lado, CRE negativo ou conflito religioso (*spiritual struggle*) é a expressão de uma relação instável com Deus, desconexão com a comunidade religiosa e conflito na busca por sentido de vida (PARGAMENT, ZINNBAUER, *et al.*, 1998). As estratégias no CRE positivo incluem ressignificação benevolente (ex.: “Deus está tentando me fortalecer com esta situação”), *coping* religioso colaborativo (“Trabalho junto com Deus como um parceiro”) e busca por suporte espiritual (“Busco em Deus força, suporte e direção”). As formas de cognição relacionadas ao CRE negativo (*spiritual struggle*) incluem ressignificação punitiva (“Deus estaria me castigando pelos meus pecados”), descontentamento espiritual (“Deus me abandonou”) e *coping* religioso auto direcionado (“Tento dar sentido à situação sem recorrer a Deus”). Interessante notar que as várias estratégias de *coping* religioso não são mutuamente excludentes e que a mesma pessoa pode utilizar métodos de CRE positivo e negativo.

A influência da religião e espiritualidade em sofrimento psíquico e QVRS tem sido demonstrada em vários estudos (O'CONNELL & SKEVINGTON, 2005). Murphy e colaboradores, estudando 271 pacientes deprimidos, observou que crânças religiosas eram um preditor de menores níveis de desesperança e depressão (MURPHY *et al.*, 2000).

Em pacientes com doenças crônicas, Koenig demonstrou o impacto do CRE positivo na saúde mental de pacientes adultos internados comportamentos positivos encontrados foram: ressignificação de Deus como benevolente, colaboração com Deus, busca de conexão com Deus, busca por suporte de membros da igreja e fornecimento de ajuda espiritual para outros (KOENIG, PARGAMENT & NIELSEN, 1998).

Em pacientes infectados com HIV, o CRE negativo esteve relacionado a piores desfechos em saúde mental, incluindo maiores taxas de sintomas depressivos (LEE *et al.*, 2014), pior qualidade de vida relacionada à saúde e que o CRE positivo relaciona-se a maior otimismo, auto-estima, satisfação com a vida e bem-estar espiritual.

Percebe-se desta forma que as estratégias de manejo do estresse e da adaptação a uma doença crônica encontram grande importância na avaliação da espiritualidade e na forma como os pacientes lidam o o transcendente em situações adversas.

Até o momento, nenhum estudo avaliou a influência do CRE no sofrimento psíquico, na qualidade de vida e na adesão terapêutica de pacientes com doença inflamatória intestinal.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo Principal

- Avaliar a influência do  *coping*  religioso-espiritual na qualidade de vida e adesão terapêutica de pacientes com DII.

#### 3.2. Objetivos Secundários

- Avaliar a associação entre CRE e sintomas ansiosos em pacientes com DII
- Avaliar a associação entre CRE e sintomas depressivos em pacientes com DII
- Avaliar a aplicabilidade, consistência interna e estrutura fatorial da escala de *Coping* Religioso-Espiritual, Brief –RCOPE, em pacientes com DII

## **4. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1. Amostra**

A amostra consistiu de 147 pacientes consecutivos diagnosticados com Doença Inflamatória Intestinal (DII), sendo 64 pacientes com Doença de Crohn (43,5%) e 83 com Retocolite Ulcerativa (56,5%). Os mesmos eram acompanhados regularmente no Ambulatório de Gastroenterologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). Este serviço oferece atendimento médico especializado a aproximadamente 200 pacientes com DII, entre outras doenças gastrointestinais.

Crítérios de exclusão foram: diagnóstico não confirmado de DII, paciente hospitalizado, déficit cognitivo ou algum grau de incapacidade para compreender os instrumentos da pesquisa ou para fornecer consentimento livre e esclarecido, presença de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e presença de Transtorno por Uso de Substâncias psicoativas.

Cento e cinquenta e cinco sujeitos foram convidados a participar. Destes, cinco preencheram critérios de exclusão e três recusaram em participar. Após explicação do protocolo, os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B). O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio, com o número do protocolo: 001.02.12.

### **4.2. Instrumentos e Medidas**

Foram avaliados dados sociodemográficos, variáveis relacionadas à doença, Coping Religioso-Espiritual, Qualidade de Vida e Escala de Adesão Terapêutica, como descrito a seguir.

#### **4.2.1. Dados Sociodemográficos**

Os dados sociodemográficos incluíram idade, sexo, estado civil (casado ou união estável *vs.* sem cônjuge ou companheiro(a)), etnia (pardo *vs.* outra), religião (católica *vs.* outra), anos de estudo e renda mensal bruta (medida em dólares americanos). Idade, anos de estudo e renda mensal foram variáveis contínuas. Sexo, estado civil e religião, categóricas (ANEXO C).

#### 4.2.2. Dados clínicos relacionados à DII

Foram avaliados o tempo desde o diagnóstico, taxa de recaídas, história de hospitalização por DII, assim como as medidas de severidade / atividade da doença intestinal. A taxa de recaída foi estimada de acordo com o número de episódios de exacerbação nos últimos 2 anos e foi classificada da seguinte forma: “baixa” (até 2 exacerbações nos últimos 2 anos, refletindo uma média 1 exacerbação por ano), “moderada” (de 3 a 5 exacerbações nos últimos 2 anos) e “alta” (se ocorreram 6 ou mais exacerbações nos últimos 2 anos, refletindo uma média anual de 3 ou mais) (ANEXO C).

Severidade e atividade da doença foram estimadas baseando-se na avaliação do médico gastroenterologista de variáveis clinicamente relevantes. Para pacientes com Doença de Crohn, a atividade da doença foi avaliada usando-se o Índice de Atividade da Doença de Crohn (CAI), desenvolvido por Best e colaboradores. Valores acima de 150 são indicativos de doença em atividade (BEST *et al.*, 1976). Para pacientes com RCUI, a severidade da doença foi avaliada de acordo com seis critérios propostos por Truelove & Witts (TRUELOVE & WITTS, 1955), adotados pelo Consenso Brasileiro de Doença Inflamatória Intestinal (Consensus guidelines for the management of inflammatory bowel disease, 2010). Um escore de 6 no Índice de Severidade da Colite Ulcerativa de Truelove-Witts (TWT) indica doença de “leve” severidade. Escores acima de 6 indicam doença “moderada” ou “severa”. A fim de criar um critério comum de atividade e severidade da doença tanto para pacientes com DC como para aqueles com RCUI, uma variável categórica foi criada: “doença em remissão”. Codificou-se como “sim” (doença em leve atividade/severidade)  $CAI < 150$  ou  $TWT \leq 6$  e “não” (doença em atividade moderada ou severa)  $CAI \geq 150$  ou  $TWT > 7$ .

#### 4.2.3 Coping Religioso Espiritual (CRE)

Pargament e colaboradores desenvolveram e elaboraram uma escala com tipos de CRE (PARGAMENT *et al.*, 2000) como também versões abreviadas do mesmo (PARGAMENT *et al.*, 2011). Tais medidas têm sido muito usadas em pesquisas clínicas (FITCHETT *et al.*, 2004; PHELPS *et al.*, 2009; MACIEJEWSKI *et al.*, 2012; RAMIREZ *et al.*, 2012; VALLURUPALLI *et al.*, 2012; KING *et al.*, 2013). Brief-RCOPE é um questionário de 14 itens que avalia o coping religioso (ANEXO E). O quanto os pacientes utilizam os 7 tipos de coping religioso positivo e os 7 negativos é medido em uma escala

Likert que varia de 1 (nunca) a 4 (muitas vezes). A versão utilizada no Brasil do Brief-RCOPE foi inicialmente validada na população geral (PARGAMENT, FEUILLE & BURDZY, 2011) e este grupo de pesquisa já havia testado sua aplicabilidade e validade em pacientes com doença renal crônica (RAMIREZ *et al.*, 2012). Portanto nós avaliamos a consistência interna e estudamos a estrutura fatorial da Brief RCOPE especificamente em pacientes com DII. Em nossa amostra, os valores alfa de Cronbach foram 0,79, 0,87 e 0,74 para a escala inteira, para a subescala de CRE positivo e a de CRE negativo, respectivamente. A análise exploratória desenvolvida confirmou a estrutura bifatorial (Fator 1: CRE positivo e Fator 2: CRE negativo) da escala e está apresentada em detalhes nos Resultados.

#### 4.2.4 Sofrimento Psíquico

Os sintomas de sofrimento psíquico incluíram ansiedade e depressão, avaliados pela versão brasileira da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (ANEXO H) (ZIGMOND & SNAITH, 1983; BOTEGA *et al.*, 1995). Uma revisão completa de mais de 700 estudos utilizando a HADS revelou que ela apresenta boas propriedades psicométricas, com adequada consistência interna (média de valores alfa de Cronbach acima de 0,8 tanto para a subescala de ansiedade como para a de depressão) e excelente aplicabilidade para *screening* de ansiedade e depressão (sensibilidade e especificidade de aproximadamente 0,80) em várias amostras de diferentes contextos culturais (BJELLAND *et al.*, 2002). Em nossa amostra, valores de alfa de Cronbach para a HADS foram 0,83, 0,81 e 0,67 para a escala inteira, subescala de ansiedade e subescala de depressão, respectivamente.

#### 4.2.5. Qualidade de Vida Relacionada à saúde (QVRS)

Qualidade de vida (QV) foi avaliada utilizando-se a versão abreviada do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL- Bref) (GROUP, 1998), um instrumento geral composto de 26 itens, dois dos quais avaliam QV Geral e Satisfação com a Saúde. Os 24 itens restantes avaliam aspectos distintos da QVRS, denominados domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente (ANEXO F).

Os participantes são convidados a classificar sua QV geral e satisfação com a saúde; em seguida, o domínio “Físico” (7 itens) avalia experiências de dor, incapacidade para o trabalho, incapacidade de se locomover, problemas com disposição/ energia e com sono. O domínio “Psicológico”(6 itens) inclui perguntas que avaliam emoções negativas como

desespero, ausência de sentido para a vida, sensação de ser ou estar psicologicamente incapacitado (p.ex. incapacidade de concentração). O domínio “Relações Sociais” (3 itens) avalia insatisfação com relações interpessoais, suporte social e vida sexual. O domínio “Ambiente” (8 itens) avalia sentimento de insegurança ou insalubridade, falta de recursos financeiros e falta de oportunidades de lazer (GROUP, 1998). Cada item da WHOQOL-Bref é classificado em uma escala Likert de 5 pontos e o escore de cada subescala é utilizado numa escala total que vai de zero a 100. Altos escores indicam melhor QVRS. A WHOQOL-Bref tem demonstrado ser uma escala confiável e válida de QVRS quando aplicadas em pacientes com DII (CESARETTI *et al.*, 2010; SINGH *et al.*, 2012). A versão em português validada no Brasil da WHOQOL-Bref utilizada neste estudo (FLECK, 2000) demonstrou boa consistência interna em nossa amostra; alfa de Cronbach foi 0,86 para a escala como um todo e 0,75, 0,64, 0,72 e 0,64 para os domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, respectivamente.

#### 4.2.6. Adesão terapêutica

Adesão terapêutica relatada pelo paciente foi avaliada com uma versão da Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 itens (EM-8). A EM foi inicialmente desenvolvida em uma versão de 4 itens (MORISKY *et al.*, 1986) e posteriormente modificada para uma escala de 8 itens (ANEXO G) (MORISKY *et al.*, 2008). A EM tem demonstrado ser um instrumento válido para avaliar adesão terapêutica em doenças crônicas, incluindo hipertensão arterial (MORISKY *et al.*, 2008; KROUSEL-WOOD *et al.*, 2009; OLIVEIRA-FILHO *et al.*, 2012), diabetes mellitus tipo 2 (AL-QAZAZ *et al.*, 2010) assim como DII (TRINDADE *et al.*, 2011; KANE *et al.*, 2012; LONG *et al.*, 2012). No presente estudo, foi utilizada a versão de 8 itens, que foi validada em português no Brasil em uma amostra de pacientes hipertensos, com um valor alfa de Cronbach de 0,69 (OLIVEIRA-FILHO *et al.*, 2012). EM-8 consiste de um item que avalia comportamento de adesão, classificado em zero (“não”) ou 1 (“sim”), seis itens invertidos que avaliam comportamentos de não-adesão, classificados em zero (“sim”) e 1 (“não”) e um item invertido também avaliando comportamento de não adesão, classificado em uma escala likert respondida como zero (“sempre”) a 1 (“nunca”). Escores mais altos na EM indicam alta adesão terapêutica. Em nossa amostra o valor alfa de Cronbach foi relativamente baixo (0,62). Tratou-se no presente estudo a variável “Adesão Terapêutica” como uma variável contínua, uma vez que nenhum ponto de corte estabelecido, largamente aceito que diferencia pacientes com DII “aderentes” de “não aderentes” está disponível até o momento.

### 4.3. Análise Estatística

O tamanho da amostra (N=147) foi maior que o tamanho mínimo necessário estimado *a priori* (N=139) para obter-se força estatística adequada (0,8) para detectar um tamanho de efeito médio antecipado ( $f^2=0,15$ ) através de análise de regressão múltipla com até 15 preditores e um alfa de 0,05.

Uma vez que a Brief RCOPE não foi validada ainda em amostras de pacientes com DII em particular, avaliou-se a consistência interna e estudou-se a sua estrutura fatorial na presente amostra. Para tanto, foi feita uma análise fatorial exploratória. Os 14 itens da Brief RCOPE foram submetidos a análise de componentes principais com rotação *varimax*. Subescalas foram identificadas de modo a obter itens com carregamento suficiente em um componente com autovalor (*eigenvalue*) acima de 1,5 e fatores de carregamento dos itens contribuintes maiores que 0,4. Com relação à consistência interna, valores de alfa de Cronbach de 0,7 ou maiores foram considerados suficientes.

Foram analisadas todas as variáveis em estatística descritiva: médias e desvios-padrão para variáveis contínuas bem como frequências e percentagens para variáveis categóricas (Tabela 1).

Inicialmente foi feita uma comparação entre as doenças (DC vs. RCUI) usando-se t-test bicaudado ou chi-quadrado, conforme apropriado. Em seguida, coeficientes de correlação univariada (pearson ou spearman, conforme apropriado) foram calculados, e teste T bicaudado foi utilizado para avaliar a associação entre todas as possíveis variáveis preditoras e as variáveis independentes (sintomas ansiosos, sintomas depressivos, cada domínio de QVRS e adesão terapêutica). Subsequentemente, análises multivariadas foram conduzidas com Análises de Regressão Hierárquica para identificar variáveis independentemente associadas com cada variável de critério. Para sintomas ansiosos e depressivos como variáveis dependentes, duas análises de regressão hierárquica foram feitas em que as variáveis entraram na seguinte sequência: dados demográficos, variáveis relacionadas à doença e medidas de CRE. Quando um certo aspecto da QVRS ou adesão terapêutica representava a variável de critério, uma análise de regressão hierárquica em 4 passos foi feita, em que as variáveis entraram da seguinte forma: dados demográficos, dados relacionados à doença, medidas de CRE e finalmente, sintomas de sofrimento psíquico.

Entre todas as variáveis preditoras disponíveis, aquelas associadas com as variáveis de critério com um valor de p menor que 0,2 na análise univariada entraram como preditoras nos

modelos de regressão, de modo que o número de preditores não excedesse 15, como indicado pela força estatística *a priori* e pelo tamanho da amostra.

A fim de aumentar a generalização dos nossos achados para DII como um todo, portanto controlando para o tipo de doença, tipo de doença (DC ou RCUI) entrou sempre como um preditor, independente do nível de significância obtido na análise univariada. Da mesma forma, a religião entrou como preditor devido a sua elevada associação conceitual com CRE, tanto numa abordagem estatística como teórica. Multicolinearidade entre as variáveis preditoras foi avaliada baseando-se nos fatores de inflação de variância e tolerância estatística. Significância estatística foi estabelecida com  $p < 0,05$ .

Uma análise de mediação foi feita para investigar se o efeito do CRE na QVRS é mediado por sintomas de sofrimento psíquico. Análise de mediação e testes de Sobel foram feitos usando o procedimento desenvolvido por A. Hayes (HAYES, 2013).

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Descrição da amostra

A amostra consistiu de 147 pacientes, sendo 64 (43,5%) com DC e 83 (56,5%) com RCUI. A média de idade foi de 45,1 anos (DP = 14,08) e 84 (57,1%) eram do sexo feminino. A maioria dos participantes (66,7%) eram casados ou tinham união estável, eram pardos (65,3%) e católicos (73,5%). Quanto à escolaridade, a média (em anos de educação formal) foi 8,4 (DP= 4,89), e a média de renda mensal bruta (em dólares americanos) foi 482,9 (DP=560,03).

No que se refere às variáveis clínicas, a média de tempo desde o diagnóstico de DII foi 80,47 meses (DP = 71,83), e a maioria dos pacientes tinham história positiva de hospitalizações devido à doença (53,7%) e nunca haviam sido submetidos a intervenções cirúrgicas em decorrência da DII (82,3%).

Quanto à taxa de exacerbações, grande parte dos indivíduos (41,8%) tiveram uma taxa moderada (i.e. 3 a 5 exacerbações nos últimos 2 anos) e estavam em remissão (61,2%) de acordo com os índices de atividade / severidade (CDAI e Truelove-Witts).

Quando avaliado o grau de sofrimento psíquico, verificou-se que 25,2% tinham um escore igual ou maior que 8 na HADS-A, o que é considerado positivo para ansiedade, ao passo que 24,5% tiveram escore igual ou maior que 8 na HADS-D, sugestivo de depressão.

A Tabela 1 mostra a estatística descritiva relacionada a dados demográficos, dados clínicos,  *coping*  religioso, sofrimento psíquico, QVRD e medidas de adesão terapêutica da amostra total, além da comparação entre as sub-amostras de pacientes com DC e RCUI.

### 5.2. Comparação entre Doença de Chron e Retocolite Ulcerativa

As duas sub-amostras (DC e RCUI) foram comparáveis no que se refere aos dados demográficos, CRE, sofrimento psíquico e adesão terapêutica. Em relação a sofrimento psíquico, embora os escores médios na HAS-A e HAS-D tenham sido comparáveis, detectou-se uma tendência quando categorizada a variável com o  *cut-off*  de 8: pacientes com DC tiveram maior prevalência (32,8%) de escores positivos nas escalas da HADS do que pacientes com RCUI (19,3%), mas a diferença apenas aproximou-se de significância estatística (p=0,061).

**Tabela 1. Perfil socio-demográfico, variáveis clínicas, CRE, SC, BIS, sintomas de sofrimento psíquico, QVRS e Adesão Terapêutica em pacientes com DII (N=147). Total da amostra e comparação por subtipo de doença (DC versus RCU).**

	Total (N=147)	Doença de Crohn (N <sub>1</sub> =64)	Retocolite Ulcerativa (N <sub>2</sub> =83)	Comparação entre doenças (p)
Idade	45,1±14,08	43,86±14,29	46,06±13,93	0,350 <sup>a</sup>
Sexo				0,885 <sup>a</sup>
masculino	63 (42,9%)	27 (42,2%)	36 (43,4%)	
feminino	84 (57,1%)	37 (57,8%)	47 (56,6%)	
Etnia: Pardo				0,441 <sup>a</sup>
não	51 (34,7%)	20 (31,3%)	31 (37,3%)	
sim	96 (65,3%)	44 (68,8%)	52 (62,7%)	
Religião: Católica				0,701 <sup>a</sup>
não	39 (26,5%)	18 (28,1%)	21 (25,3%)	
sim	108 (73,5%)	46 (71,9%)	62 (74,7%)	
Casado / União Estável				0,239 <sup>a</sup>
não	49 (33,3%)	18 (28,1%)	31 (37,3%)	
sim	98 (66,7%)	46 (71,9%)	52 (62,7%)	
Escolaridade (anos de estudo)	8,37±4,89	8,14±4,59	8,54±5,13	0,627 <sup>b</sup>
Renda mensal (USD)	482,93±560,03	487,58±665,19	479,34±467,37	0,930 <sup>b</sup>
Tempo de diagnóstico (meses)	80,47±71,83	79,73±73,97	81,04±70,57	0,914 <sup>b</sup>
Taxa de exacerbações				<b>0,023</b> <sup>a</sup>
1=baixa (1-2 em 2 anos)	53 (36,3%)	23 (36,5%)	30 (36,1%)	
2=moderada (3-5 em 2anos)	61 (41,8%)	20 (31,7%)	41 (49,4%)	
3=alta (≥6 em 2 anos)	32 (21,9%)	20 (31,7%)	12 (14,5%)	
Hospitalização pela DII				0,124 <sup>a</sup>
não	68 (46,3%)	25 (39,1%)	43 (51,8%)	
sim	79 (53,7%)	39 (60,9%)	40 (48,2%)	
Cirurgia pela DII				<b>&lt;0,001</b> <sup>a</sup>
não	121 (82,3%)	44 (68,8%)	77 (92,8%)	
sim	26 (17,7%)	20 (31,3%)	6 (7,2%)	
Doença em remissão				<b>&lt;0,001</b> <sup>a</sup>
não (atividade/severidade média ou alta)	57 (38,8%)	2 (3,1%)	55 (66,3%)	
sim (baixa atividade)	90 (61,2%)	62 (96,9%)	28 (33,7%)	
Coping Religioso Positivo	25,63±3,95	24,97±4,64	26,13±3,26	0,091 <sup>b</sup>
Coping Religioso Negativo	11,71±4,51	11,53±4,18	11,86±4,76	0,667 <sup>b</sup>
QVRS geral	3,88±0,81	3,94±0,75	3,84±0,85	0,485 <sup>b</sup>
Satisfação com a Saúde	3,59±0,96	3,34±1,10	3,78±0,8	<b>0,008</b> <sup>b</sup>
Saúde física QVRS	3,48±0,64	3,42±0,60	3,54±0,67	0,272 <sup>b</sup>
Saúde Psicológica QVRS	3,82±0,67	3,68±0,61	3,92±0,71	<b>0,030</b> <sup>b</sup>
Relações Sociais QVRS	3,90±0,74	3,98±0,74	3,83±0,74	0,234 <sup>b</sup>
Ambiente e QVRS	3,38±0,53	3,41±0,54	3,36±0,53	0,554 <sup>b</sup>
Ansiedade (HADS-A)	5,58±4,30	6,00±4,06	5,26±4,47	0,302 <sup>b</sup>
HADS-A escore ≥8 (indicativo de ansiedade)				0,061 <sup>a</sup>
não	110 (74,8%)	43 (67,2%)	67 (80,7%)	
sim	37 (25,2%)	21 (32,8%)	16 (19,3%)	
Depressão (HADS-D)	5,27±3,78	5,00±3,83	5,48±3,74	0,445 <sup>b</sup>
HADS-D escore ≥8 (indicativo de depressão)				0,794 <sup>a</sup>
não	111 (75,5%)	49 (76,6%)	62 (74,7%)	
sim	36 (24,5%)	15 (23,4%)	21 (25,3%)	
Escore de adesão de Morisky	5,57±1,75	5,56±1,85	5,58±1,69	0,946 <sup>b</sup>

<sup>1</sup> Remissão definida como CDAI (<150) and TWT (≤6), conforme a doença

<sup>a</sup> Teste do Chi-quadrado. <sup>b</sup> t-teste bicaudal.

Com relação às variáveis relacionadas à doença, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes em taxa de exacerbação ( $p=0,023$ ), história de cirurgia para DII ( $p < 0,001$ ) e doença em remissão ( $p < 0,001$ ). As frequências de taxa de exacerbação baixa foram comparáveis nos dois grupos (36,5 e 36,1%), entretanto pacientes com DC obtiveram iguais frequências de exacerbação moderada e alta (31,7%), enquanto que aqueles com RCUI tiveram mais exacerbação moderada (49,4%) do que alta (14,5%).

Indivíduos com DC tiveram mais cirurgia para DII (31,3 vs 7,2%) e maior prevalência de indivíduos com doença em remissão (96,9 vs 33,7%) em comparação àqueles com RCUI.

Com relação à QVRD, pacientes com DC demonstraram escores significativamente mais baixos em Satisfação com a Saúde ( $3,34\pm 1,10$  vs  $3,78\pm 0,80$  ;  $p=0,008$ ) e domínio psicológico da QV ( $3,68\pm 0,61$  vs  $3,92\pm 0,71$  ;  $p=0,03$ ) – o que corrobora a tendência mencionada acima de pacientes com DC terem maiores escores de ansiedade quando comparados a pacientes com RCUI.

### **5.3. Propriedades psicométricas do questionário Brief-RCOPE**

Os resultados da confiabilidade e análise fatorial exploratória para o questionário Brief RCOPE estão apresentados na Tabela 2. Análise dos componentes principais do Brief RCOPE revelou um índice de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) de 0,83 e uma esfericidade de Bartlett significativa [ $\chi^2(91)=819,40$ ;  $p<0,001$ ], apontando para fatorabilidade da matriz de correlação.

A inspeção do gráfico *scree plot* revelou dois componentes principais, com autovalores de 4,46 e 2,68 respectivamente. Uma extração de dois componentes com rotação varimax revelou que o primeiro fator (CRE positivo) explicou 31,8% da variância, e o segundo fator (CRE negativo ou *spiritual struggle*) explicou um aumento de 19,1% na variância. Todos os itens pesaram de forma proeminente no fator correspondente (*coping* positivo ou negativo), com pesos maiores que 0,46 exceto pelo item 14, que pesou no segundo fator (*coping* negativo) com 0,31. De qualquer forma, uma vez que este item mostrou correlação negativa com o primeiro fator (- 0,25), isso também foi considerado confiável pois está de acordo com seu significado conceitual (Tabela 2).

**Tabela 2.** Escores e fatores da escala Brief RCOPE em pacientes com doença inflamatória intestinal (N=147).

Item da RCOPE	Método de <i>coping</i>	Escores	Fator I <sup>(c)</sup>	Fator II <sup>(c)</sup>
<b>Subescala de CRE positivo <sup>(a)</sup></b>		<b>25,63±3,95</b>		
1. Procuo uma ligação mais forte com Deus	Ligação espiritual	3,74±0,65	<b>0,85</b>	0,01
2. Busco o amor e o cuidado de Deus	Busca por suporte espiritual	3,79±0,61	<b>0,83</b>	0,02
3. Procuo a ajuda de Deus para me livrar da raiva ou rancor.	Perdão religioso	3,67±0,81	<b>0,76</b>	0,16
4. Tento colocar meus planos em ação juntamente com Deus	<i>Coping</i> religioso colaborativo	3,76±0,61	<b>0,89</b>	-0,04
5. Tento perceber como Deus estaria me fortalecendo com a situação	Reestruturação benevolente	3,71±0,74	<b>0,7</b>	0,06
6. Peço perdão pelos meus pecados	Purificação religiosa	3,70±0,73	<b>0,71</b>	0,01
7. Me concentro na religião para parar de me preocupar com problemas	Foco Religioso	3,26±1,03	<b>0,6</b>	0,26
<b>Subescala de CRE negativo <sup>(b)</sup></b>		<b>11,71±4,51</b>		
8. Pergunto a mim mesmo se Deus me abandonou	Descontentamento	2,03±1,12	0,14	<b>0,63</b>
9. Sinto que sou punido por Deus por causa da minha falta de devoção	Reestruturação de castigo divino	1,93±1,15	0,11	<b>0,76</b>
10. Me pergunto o que fiz para ser punido por Deus	Reestruturação de castigo divino	2,03±1,18	0,15	<b>0,74</b>
11. Questiono o amor que Deus tem por mim	Descontentamento	1,75±1,16	0,02	<b>0,75</b>
12. Me pergunto se minha igreja ou meu grupo religioso me abandonou	Descontentamento interpessoal	1,33±0,81	-0,06	<b>0,6</b>
13. Chego à conclusão que foi o diabo que fez isso acontecer	Demonização	1,51±1,04	0,07	<b>0,46</b>
14. Coloco em dúvida o poder de Deus	Reestruturação de poder divino	1,14±0,59	-0,25	<b>0,31</b>
Autovalores			<b>4,46</b>	<b>2,68</b>
Variância explicada			<b>31,80%</b>	<b>9,10%</b>
Alpha de Cronbach			<b>0,87</b>	<b>0,74</b>

Nota: Fator I (CRE positivo) and Factor II (CRE negativo).

(a) Escore da subescala de CRE positivo é a soma dos 7 itens que carregaram no Fator I, estratégias de *coping* positivo. (b) Escore da subescala de CRE negativo é a soma dos 7 itens que carregaram no Fator II, estratégias de *coping* negativo. (c) Carregamento, obtido por Rotação *Varimax*.

Escores expressos em média±DP. Métodos de *coping* religioso obtidos e traduzidos de (Pargament, Feuille et al. 2011).

**Tabela 3.** Análise univariada

	Sintomas ansiosos		Sintomas depressivos		QVRS Geral		Satisfação com a saúde		QVRS domínio Físico		QVRS Domínio Psicológico		QVRS Domínio Relações Sociais		QVRS Domínio Ambiente		Adesão Terapêutica	
	medida	p	medida	p	medida	p	medida	p	medida	p	medida	p	medida	p	medida	p	medida	p
Idade <sup>b</sup>	0,12	0,13	0,19	<b>0,02</b>	-0,18	<b>0,03</b>	0,08	0,33	-0,2	<b>0,02</b>	-0,04	0,66	-0,24	<b>&lt;0,001</b>	-0,08	0,35	0,05	0,55
Sexo <sup>a</sup>		0,16		<b>0,01</b>		0,07		0,52		<b>0,01</b>		0,05		0,34		0,61		0,11
Masculino	5,01±4,17		4,40±3,29		4,02±0,6,		3,65±0,99		3,65±0,59		3,93±0,47		3,96±0,71		3,4±0,54		5,84±1,64	
feminino	6,01±4,37		5,93±4,0		3,79±0,89		3,55±0,95		3,36±0,65		3,73±0,78		3,85±0,77		3,36±0,53		5,38±1,82	
Education (study yrs) <sup>b</sup>	0,02	0,85	-0,16	0,06	0,17	<b>0,045</b>	0,01	0,94	0,13	0,11	0,04	0,65	0,17	<b>0,05</b>	0,21	<b>0,01</b>	0,08	0,32
Renda <sup>b</sup>	-0,02	0,79	-0,12	0,14	0,05	0,59	-0,06	0,47	0,11	0,2	0,09	0,3	0,12	0,16	0,25	<b>0</b>	0,17	<b>0,04</b>
Diagnóstico <sup>a</sup>		0,3		0,44		0,48		<b>0,01</b>		0,27		<b>0,03</b>		0,23		0,55		0,95
DC	6,00±4,06		5,00±3,83		3,94±0,75		3,34±1,1		3,42±0,6		3,68±0,61		3,98±0,74		3,41±0,54		5,56±1,85	
RCUI	5,26±4,47		5,48±3,74		3,84±0,85		3,78±0,8		3,54±0,67		3,92±0,71		3,83±0,74		3,36±0,53		5,58±1,69	
Tempo de diagnóstico <sup>b</sup>	0,27	<b>&lt;0,001</b>	0,26	<b>&lt;0,001</b>	-0,12	0,16	-0,1	0,24	-0,18	<b>0,03</b>	-0,22	<b>0,01</b>	-0,2	<b>0,01</b>	0,02	0,82	0,01	0,93
Taxa de exacerbação <sup>c</sup>	0,14	0,09	0,06	0,5	-0,04	0,63	-0,08	0,35	-0,23	<b>0,01</b>	-0,14	0,1	0,01	0,92	-0,21	<b>0,01</b>	0,1	0,23
Doença em remissão <sup>a</sup>		0,66		0,58		0,77		0,25		0,79		0,3		0,28		0,13		0,33
não	5,39±3,81		5,49±3,48		3,86±0,81		3,7±0,84		3,47±0,68		3,89±0,74		3,81±0,69		3,29±0,47		5,39±1,67	
sim	5,71±4,6		5,13±3,97		3,90±0,81		3,52±1,03		3,50±0,62		3,77±0,63		3,95±0,78		3,43±0,57		5,69±1,8	
CRE positivo <sup>b</sup>	-0,12	0,15	-0,06	0,51	0,03	0,74	0,19	<b>0,02</b>	-0,04	0,64	0,2	<b>0,01</b>	0,18	<b>0,03</b>	-0,06	0,48	-0,05	0,59
CRE negativo <sup>b</sup>	0,12	0,14	0,27	<b>&lt;0,001</b>	-0,16	0,06	0,05	0,55	-0,17	<b>0,04</b>	-0,09	0,27	-0,02	0,85	-0,2	<b>0,01</b>	-0,26	<b>&lt;0,001</b>
Escore de ansiedade <sup>b</sup>			0,55	<b>&lt;0,001</b>	-0,42	<b>&lt;0,001</b>	-0,43	<b>&lt;0,001</b>	-0,57	<b>&lt;0,001</b>	-0,5	<b>&lt;0,001</b>	-0,5	<b>&lt;0,001</b>	-0,34	<b>&lt;0,001</b>	0,02	0,78
Escore de depressão <sup>b</sup>	0,55	<b>&lt;0,001</b>			-0,33	<b>&lt;0,001</b>	-0,27	<b>&lt;0,001</b>	-0,46	<b>&lt;0,001</b>	-0,47	<b>&lt;0,001</b>	-0,46	<b>&lt;0,001</b>	-0,38	<b>&lt;0,001</b>	0,02	0,81
QV geral <sup>b</sup>	-0,42	<b>&lt;0,001</b>	-0,33	<b>&lt;0,001</b>			0,42	<b>&lt;0,001</b>	0,49	<b>&lt;0,001</b>	0,4	<b>&lt;0,001</b>	0,39	<b>&lt;0,001</b>	0,48	<b>&lt;0,001</b>	0,07	0,43
Satisfação com a saúde <sup>b</sup>	-0,43	<b>&lt;0,001</b>	-0,27	<b>&lt;0,001</b>	0,42	<b>&lt;0,001</b>			0,41	<b>&lt;0,001</b>	0,35	<b>&lt;0,001</b>	0,27	<b>&lt;0,001</b>	0,19	<b>&lt;0,001</b>	0,05	0,52
QV Física <sup>b</sup>	-0,57	<b>&lt;0,001</b>	-0,46	<b>&lt;0,001</b>	0,49	<b>&lt;0,001</b>	0,41	<b>&lt;0,001</b>			0,46	<b>&lt;0,001</b>	0,51	<b>&lt;0,001</b>	0,5	<b>&lt;0,001</b>	0,03	0,71
QV Psicológica <sup>b</sup>	-0,5	<b>&lt;0,001</b>	-0,47	<b>&lt;0,001</b>	0,4	<b>&lt;0,001</b>	0,35	<b>&lt;0,001</b>	0,46	<b>&lt;0,001</b>			0,42	<b>&lt;0,001</b>	0,42	<b>&lt;0,001</b>	0	0,97
QV Social <sup>b</sup>	-0,5	<b>&lt;0,001</b>	-0,46	<b>&lt;0,001</b>	0,39	<b>&lt;0,001</b>	0,27	<b>&lt;0,001</b>	0,51	<b>&lt;0,001</b>	0,42	<b>&lt;0,001</b>			0,47	<b>&lt;0,001</b>	-0,03	0,75
QV Ambiental <sup>b</sup>	-0,34	<b>&lt;0,001</b>	-0,38	<b>&lt;0,001</b>	0,48	<b>&lt;0,001</b>	0,19	<b>&lt;0,001</b>	0,5	<b>&lt;0,001</b>	0,42	<b>&lt;0,001</b>	0,47	<b>&lt;0,001</b>			-0,02	0,83
Escore de adesão <sup>b</sup>	0,02	0,78	0,02	0,81	0,07	0,43	0,05	0,52	0,03	0,71	0	0,97	-0,03	0,75	-0,02	0,83		

Medida: Medida de associação. (a: teste T, b: coeficiente de pearson, c: coeficiente de spearman)

#### 5.4. Associação entre preditores e variáveis de critério

O resultado da análise univariada está descrito na Tabela 3, enquanto que os resultados da análise hierárquica de regressão estão demonstrados separadamente, por exemplo: sofrimento psíquico: Tabela 4; domínios da QVRS, Tabelas 5 a 10.

##### 5.4.1. Sintomas ansiosos

Idade (beta std= 0,21; p=0,04), tempo de diagnóstico (beta std=0,22; p=0,013), taxa de exacerbação (beta std= 0,022; p=0,007) assim como *coping* religioso positivo (beta std= -0,26; p=0,007) e negativo (beta std = 0,21; p=0,018) foram identificados no modelo final (modelo 3) da análise de regressão hierárquica correspondente como preditores independentes de ansiedade (segundo o escore da HADS-A).

Idade, tempo de diagnóstico, taxa de exacerbação e *coping* religioso negativo estiveram positivamente associados a sintomas ansiosos, ao passo que *coping* positivo associou-se negativamente. O modelo foi estatisticamente significativo além do nível 0,01, respondendo por 13% de variância da ansiedade ( $R^2$  ajustado= 0,13; p=0,003) Tabela 4.

##### 5.4.2. Sintomas depressivos

Idade (beta std = 0,20; p=0,044), tempo de diagnóstico (beta std= 0,19; p=0,030) assim como *coping* positivo (beta std= -0,22; p=0,016) e negativo (std beta= 0,31; p<0,001) foram identificados no modelo final (modelo 3) da análise de regressão hierárquica correspondente como preditores independentes de depressão (segundo o escore da HADS-D).

Idade, tempo de diagnóstico, taxa de exacerbação e *coping* religioso negativo estiveram positivamente associados a sintomas depressivos, ao passo que *coping* positivo associou-se negativamente.

O modelo foi estatisticamente significativo além do nível 0,01, contribuindo com 17% de variância da depressão ( $R^2$  ajustado= 0,17; p=0,003) Tabela 4.

**Tabela 4.** Análise de Regressão Hierárquica de variáveis demográficas, clínicas e CRE e sua associação com sintomas Ansiosos e Depressivos medidos pela HADS

Variável de critério:	Sintomas ansiosos (HADS-A)			Sintomas depressivos (HADS-D)		
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Idade	0,15	0,11	<b>0,21 *</b>	0,15	0,09	<b>0,20 *</b>
Sexo_feminino	0,09	0,04	0,07	0,15	0,13	0,14
Raça_parda	-0,02	0,01	-0,04	-0,1	-0,07	-0,11
Religião_católica	0,05	0,07	0,08	0,02	0,03	0,03
Escolaridade	0,13	0,11	0,17	-0,06	-0,09	0,01
Renda (USD)	-0,07	-0,11	-0,08	-0,1	-0,11	-0,08
Doença_RCU		-0,10	-0,07		0,04	0,08
Tempo de diagnostico (meses)		<b>0,28 **</b>	<b>0,22 *</b>		<b>0,24 **</b>	<b>0,19 *</b>
Cirurgia		-0,06	-0,02		-0,14	-0,10
Taxa exacerbação		<b>0,18 *</b>	<b>0,22 **</b>		0,06	0,11
Doença em remissão		-0,02	-0,02		0,04	0,07
CRE positivo			<b>-0,26 **</b>			<b>-0,22 *</b>
CRE negativo			<b>0,21 *</b>			<b>0,31 ***</b>
R <sup>2</sup> ajustado	<b>0</b>	<b>0,07</b>	<b>0,13</b>	<b>0,05</b>	<b>0,09</b>	<b>0,17</b>
Significância de F	<b>0,452</b>	<b>0,034</b>	<b>0,003</b>	<b>0,041</b>	<b>0,016</b>	<b>&lt;0,001</b>
Mudança no R <sup>2</sup> ajustado	<b>0</b>	<b>0,07</b>	<b>0,06</b>	<b>0,05</b>	<b>0,04</b>	<b>0,09</b>
Significância de F modificado	<b>0,452</b>	<b>0,011</b>	<b>0,005</b>	<b>0,041</b>	<b>0,070</b>	<b>0,001</b>

Nota: coeficientes beta de regressão padronizados; RCU: Retocolite Ulcerativa; DC: Doença de Crohn. Resultados estatisticamente significantes em negrito. \* p<0.05; \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

### 5.4.3. Índice geral de QVRS (WHOQOL- Bref)

Sintomas ansiosos foi o único preditor associado (negativamente) com índice geral de QV (beta std= -0,39;  $p < 0,001$ ) no modelo final (modelo 4) da análise hierárquica correspondente, contrinuindo com 17% da variância no índice geral de QV ( $R^2$  ajustado= 0,17;  $p=0,003$ ).

Vale ressaltar que  *coping*  religioso positivo foi associado positivamente com QV geral (beta std=0,19;  $p=0,049$ ) após controle para variáveis clínicas e demográficas (modelo 3), mas esta associação foi atenuada a níveis não significantes após controle para sofrimento psíquico (modelo 4) (Tabela 5).

### 5.4.4. Satisfação com a saúde

Idade, tipo de doença (RCUI) e sintomas ansiosos mostraram-se preditores independentes de satisfação com a saúde no modelo final (modelo 4) da análise hierárquica correspondente (escore beta padronizado respectivamente 0,22; 0,31; -0,40 e valores de  $p$  0,03; 0,004 e  $< 0,001$ ).

Uma associação positiva foi encontrada quando o tipo de doença era RCUI (e não DC) assim como com a idade. Os sintomas ansiosos associaram-se negativamente à satisfação com a saúde.

O modelo respondeu por 23% de variância na satisfação com a saúde (adjusted  $R^2$  ajustado= 0.23;  $p < 0.001$ ).

Observou-se nesta correlação também que  *coping*  religioso positivo foi associado positivamente com satisfação com a saúde (beta std= 0,21;  $p=0,03$ ) após controlar para variáveis clínicas e sócio-demográficas, mas esta associação cai para níveis não significantes após controlar para sintomas de sofrimento psíquico (modelo 4) Tabela 6.

### 5.4.5. Domínio Saúde Física da QVRS

Taxa de exacerbação (beta std= -0,15;  $p=0,035$ ) e ansiedade (beta std= -0,40;  $p < 0,001$ ) foram identificados como preditores independentes de saúde física no modelo final (modelo 4) da análise de regressão hierárquica. Ambas as variáveis foram associadas negativamente com saúde física. O modelo contribui com 17% da variância do domínio físico da QVRS ( $R^2$  ajustado=0.17;  $p < 0.001$ ) (Tabela 7).

#### 5.4.6. Domínio Psicológico da QVRS

Ansiedade (beta std = -0,28; p = 0,002) e sintomas depressivos (beta std = -0,28; p = 0,003) foram identificados como preditores independentes de saúde psicológica no modelo final (modelo 4) da análise de regressão hierárquica. Ambas as variáveis foram negativamente associadas a QVRS psicológico. O modelo foi responsável por 29% da variância no domínio psicológico da QVRS ( $R^2$  ajustado = 0,29; p <0,001). Como no caso de QVRS geral e satisfação com a saúde, *coping* religioso positivo esteve significativamente associado (positivamente) com a QVRS psicológico (beta std = 0,30; p = 0,002) após o controle de variáveis demográficas e clínicas (modelo 3), mas esta associação foi atenuada para níveis não significantes após o controle de sintomas de sofrimento psíquico (modelo 4). (Tabela 8).

#### 5.4.7. Domínio Social da QVRS

Idade (beta std = -0,23; p = 0,015), *coping* religioso positivo (beta std = 0,20; p = 0,022), bem como a ansiedade (beta std = -0,36; p <0,001) e sintomas depressivos (beta std = -0,20; p = 0,029) foram identificados como preditores independentes de QVRS social no modelo final (modelo 4). O *coping* religioso positivo foi associado positivamente, enquanto a idade, ansiedade e sintomas depressivos foram associados negativamente com a QVRS social. O modelo foi responsável por 33% da variância QVRS sociais ( $R^2$  ajustado = 0,33; p <0,001). (Tabela 9).

#### 5.4.8. Domínio Ambiental da QVRS

Renda (beta std= 0,22; p=0,016) assim como ansiedade (beta std= -0,20; p=0,038) e sintomas depressivos (beta std= -0,23; p=0,02) mostraram-se preditores independentes de qualidade de vida, domínio ambiental (modelo 4). Renda foi associada positivamente enquanto ansiedade e depressão demonstraram associação negativa.

O modelo respondeu por 19% da variância de QV ambiental ( $R^2$  ajustado = 0,19; p<0,001). Tabela 10.

**Tabela 5.** Análise de Regressão Hierárquica de variáveis independentemente associadas ao domínio de geral de QVRS medida pela escala WHOQOL-Bref

	QVRS geral			
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Idade	-0,11	-0,11	-0,19	-0,10
Sexo_feminino	-0,12	-0,11	-0,14	-0,11
Raça_parda	0,12	0,12	0,15	0,14
Religião_católica	-0,05	-0,06	-0,06	-0,03
Escolaridade	0,10	0,12	0,07	0,13
Renda (USD)	0,02	0,01	-0,01	-0,04
Doença_RCUI		-0,07	-0,09	-0,12
Tempo de diagnostico (meses)		-0,07	-0,02	0,06
Cirurgia		0,12	0,09	0,08
Taxa exacerbação		-0,08	-0,12	-0,03
Doença em remissão		-0,07	-0,07	-0,08
CRE positivo			<b>0,19*</b>	0,09
CRE negativo			-0,18	-0,09
Sintomas ansiosos				<b>-0,39 ***</b>
Sintomas depressivos				-0,01
R <sup>2</sup> ajustado	0,03	0,02	0,05	<b>0,17</b>
Significância de F	0,135	0,263	0,098	<b>&lt;0,001</b>
Mudança no R <sup>2</sup> ajustado	0,03	-0,01	<b>0,03</b>	<b>0,12</b>
(Significância de F modificado)	0,135	0,575	<b>0,044</b>	<b>&lt;0,001</b>

Nota: coeficientes beta de regressão; \* p<0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\* p< 0,001.

**Tabela 6.** Análise de Regressão Hierárquica de variáveis independentemente associadas ao domínio Satisfação com a Saúde da QVRS medida pela escala WHOQOL-Bref

	Satisfação com a saúde			
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Idade	0,16	0,15	0,11	<b>0,22 *</b>
Sexo_feminino	-0,10	-0,08	-0,15	-0,10
Raça_parda	0,07	0,09	0,13	0,10
Religião_católica	-0,03	-0,05	-0,07	-0,03
Escolaridade	0,10	0,08	0,09	0,16
Renda (USD)	-0,12	-0,11	-0,12	-0,16
Doença_RCUI		<b>0,34 **</b>	<b>0,33 **</b>	<b>0,31 **</b>
Tempo de diagnostico (meses)		-0,11	-0,06	0,05
Cirurgia		0,13	0,11	0,09
Taxa exacerbação		-0,05	-0,07	0,03
Doença em remissão		0,12	0,16	0,16
CRE positivo			<b>0,21 **</b>	0,09
CRE negativo			0,03	0,15
Sintomas ansiosos				<b>-0,40 ***</b>
Sintomas depressivos				-0,11
R <sup>2</sup> ajustado	-0,02	0,03	0,06	<b>0,23</b>
Significância de F	0,699	0,164	0,076	<b>&lt;0,001</b>
Mudança no R <sup>2</sup> ajustado	-0,02	<b>0,05</b>	0,02	<b>0,17</b>
(Significância de F modificado)	0,699	<b>0,044</b>	0,070	<b>&lt;0,001</b>

Nota: coeficientes beta de regressão; \* p<0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\* p< 0,001.

**Tabela 7.** Análise de Regressão Hierárquica de variáveis independentemente associadas ao domínio Físico de QVRS medida pela escala WHOQOL-Bref

	<b>Domínio Físico QVRS</b>			
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Idade	-0,16	-0,17	<b>-0,23 *</b>	-0,11
Sexo_feminino	<b>-0,19 *</b>	-0,15	-0,16	-0,10
Raça_parda	0,02	0,02	0,04	0,01
Religião_católica	0,01	-0,01	-0,01	0,03
Escolaridade	0,00	0	-0,05	0,03
Renda (USD)	0,09	0,10	0,08	0,04
Doença_RCUI		0,16	0,14	0,12
Tempo de diagnostico (meses)		-0,14	-0,11	0,01
Cirurgia		0,07	0,04	0,02
Taxa exacerbação		<b>-0,24 **</b>	<b>-0,26 **</b>	<b>-0,15 *</b>
Doença em remissão		0,10	0,09	0,09
CRE positivo			0,13	-0,02
CRE negativo			-0,17	-0,03
Sintomas ansiosos				<b>-0,40 ***</b>
Sintomas depressivos				-0,17
R <sup>2</sup> ajustado	<b>0,05</b>	<b>0,10</b>	<b>0,12</b>	<b>0,17</b>
Significância de F	<b>0,045</b>	<b>0,007</b>	<b>0,004</b>	<b>&lt;0,001</b>
Mudança no R2 ajustado	<b>0,05</b>	<b>0,06</b>	0,02	<b>0,12</b>
Significância de F modificado	<b>0,045</b>	<b>0,023</b>	0,096	<b>&lt;0,001</b>

Nota: coeficientes beta de regressão; \* p<0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\* p< 0,001.

**Tabela 8.** Análise de Regressão Hierárquica de variáveis independentemente associadas ao domínio Psicológico de QVRS medida pela escala WHOQOL-Bref

	<b>Domínio Psicológico QVRS</b>			
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Model 4
Idade	-0,03	-0,01	-0,11	0,01
Sexo_feminino	-0,15	-0,11	-0,17	-0,11
Raça_parda	0,05	0,03	0,08	0,04
Religião_católica	0,01	-0,02	-0,03	0
Escolaridade	-0,04	-0,04	-0,08	-0,03
Renda (USD)	0,08	0,12	0,09	0,05
Doença_RCUI		0,20	0,17	0,17
Tempo de diagnostico (meses)		<b>-0,23 **</b>	-0,16	-0,04
Cirurgia		0,06	0,02	-0,01
Taxa exacerbação		-0,09	-0,14	-0,04
Doença em remissão		0,03	0,05	0,06
CRE positivo			<b>0,30 ***</b>	0,16
CRE negativo			-0,14	0,01
Sintomas ansiosos				<b>-0,28 ***</b>
Sintomas depressivos				<b>-0,28 ***</b>
R <sup>2</sup> ajustado	-0,01	0,04	<b>0,10</b>	<b>0,29</b>
Significância de F	0,517	0,107	<b>0,010</b>	<b>&lt;0,001</b>
Mudança no R2 ajustado	-0,01	<b>0,05</b>	<b>0,06</b>	<b>0,19</b>
Significância de F modificado	0,517	<b>0,040</b>	<b>0,006</b>	<b>&lt;0,001</b>

Nota: coeficientes beta de regressão; \* p<0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\* p< 0,001.

**Tabela 9.** Análise de Regressão Hierárquica de variáveis independentemente associadas ao domínio Relações Sociais de QVRS medida pela escala WHOQOL-Bref

Preditores	Domínio Relações Sociais QVRS			
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Idade	<b>-0,29 **</b>	-0,25	<b>-0,34 ***</b>	<b>-0,23 *</b>
Sexo_feminino	0	0,02	-0,07	-0,01
Raça_parda	0	-0,03	0,03	-0,01
Religião_católica	0,11	0,10	0,07	0,11
Escolaridade	-0,03	-0,01	-0,02	0,05
Renda (USD)	0,14	0,15	0,13	0,09
Doença_RCUI		-0,11	-0,13	-0,14
Tempo de diagnostico (meses)		-0,17	-0,10	0,02
Cirurgia		0,04	0	-0,02
Taxa exacerbação		-0,09	-0,14	-0,04
Doença em remissão		-0,03	0,01	0,02
CRE positivo			<b>0,33 ***</b>	<b>0,20 *</b>
CRE negativo			-0,05	0,09
Sintomas ansiosos				<b>-0,36 ***</b>
Sintomas depressivos				<b>-0,20 *</b>
R <sup>2</sup> ajustado	<b>0,06</b>	<b>0,07</b>	<b>0,14</b>	<b>0,33</b>
Significância de F	<b>0,026</b>	<b>0,043</b>	<b>0,002</b>	<b>&lt;0,001</b>
Mudança no R2 ajustado	<b>0,06</b>	0,01	<b>0,07</b>	<b>0,20</b>
Significância de F modificado	<b>0,026</b>	0,307	<b>0,002</b>	<b>&lt;0,001</b>

Nota: coeficientes beta de regressão; \* p<0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\* p< 0,001.

**Tabela 10.** Análise de Regressão Hierárquica de variáveis independentemente associadas ao domínio Meio Ambiente de QVRS medida pela escala WHOQOL-Bref

Preditores	Domínio Meio Ambiente QVRS			
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Idade	-0,10	-0,12	-0,15	-0,06
Sexo_feminino	0,01	0,01	0,03	0,07
Raça_parda	0,04	0,05	0,06	0,03
Religião_católica	-0,09	-0,09	-0,09	-0,06
Escolaridade	0,02	0,02	-0,02	0,02
Renda (USD)	<b>0,28 **</b>	<b>0,26 **</b>	<b>0,25 **</b>	<b>0,22 *</b>
Doença_RCUI		0,01	0	0,01
Tempo de diagnostico (meses)		-0,01	0	0,09
Cirurgia		0,09	0,08	0,05
Taxa exacerbação		<b>-0,21 *</b>	<b>-0,23 **</b>	-0,16
Doença em remissão		0,10	0,07	0,09
CRE positivo			0,04	-0,07
CRE negativo			-0,14	-0,02
Sintomas ansiosos				<b>-0,2 *</b>
Sintomas depressivos				<b>-0,23 *</b>
R <sup>2</sup> ajustado	<b>0,05</b>	<b>0,08</b>	<b>0,08</b>	<b>0,19</b>
Significância de F	<b>0,043</b>	<b>0,026</b>	<b>0,03</b>	<b>&lt;0,001</b>
Mudança no R2 ajustado	<b>0,05</b>	0,03	0	<b>0,11</b>
Significância de F modificado	<b>0,043</b>	0,115	0,31	<b>&lt;0,001</b>

Nota: coeficientes beta de regressão; \* p<0,05; \*\* p< 0,01; \*\*\* p< 0,001

#### **5.4.9 Adesão terapêutica**

*Coping* religioso negativo foi a única variável identificada como preditora de adesão terapêutica (escore da escala de Morisky) no modelo final (modelo 4). Entretanto o modelo final não foi globalmente significativo [ $F(15,127=1.355$ ;  $p=0,180$ )], devido à presença de preditores reduntantes. Desta forma, as variáveis que menos contribuíram para o modelo foram retiradas (idade, cirurgia para DII, CRE positivo e ansiedade), e um modelo ajustado foi construído. No modelo final ajustado CRE negativo foi novamente a única variável identificada como preditor de adesão terapêutica. Este modelo foi estatisticamente significativo além do nível 0,05 e contribuiu com 7% de variância de adesão terapêutica ( $R^2$  ajustado= 0,07;  $p=0,045$ ). Tabela 11.

#### **5.4.10 Análise de mediação**

Baseado no fato de que CRE positivo foi inicialmente associado independentemente com QV geral, satisfação com a saúde e domínio psicológico da QV, após controladas as variáveis demográficas e clínicas (modelo 3), mas todas essas associações foram atenuadas a níveis não significativos após controlar para sofrimento psíquico (modelo 4), investigou-se um potencial efeito de mediação de sintomas de sofrimento psíquico na relação entre CRE positivo e certos aspectos da QVRS.

Todas as hipóteses sugeridas por Baron e Kenny para que uma mediação esteja presente foram encontradas (BARON & KENNY, 1986), assim como foram significantes as correlações parciais entre o preditor (CRE positivo), os potenciais mediadores (sintomas ansiosos e depressivos) e as variáveis desfecho (alguns domínios da QVRS) – após controle para variáveis demográficas, clínicas e CRE negativo. Os resultados da análise de mediação estão presentes na Tabela 12.

Sintomas ansiosos mediaram completamente o efeito de CRE positivo na QV geral, Satisfação com a Saúde e domínio Psicológico da QV (efeitos indiretos significantes combinados com efeitos diretos não-significantes de CRE positivo sobre esses domínios de QVRS) e parcialmente mediaram o efeito de CRE positivo no domínio Social da QVRS.

Sintomas depressivos não mostraram efeito de mediação (todos os efeitos indiretos foram não significantes) na associação entre CRE positivo e os aspectos mencionados de QVRS.

**Tabela 11. Análise de Regressão Hierárquica de variáveis independentemente associadas a Adesão Terapêutica medida pela Escala de Adesão Terapêutica de Morisky 8 itens (MMAS-8)**

	Adesão (MMAS)				Adesão (MMAS) – modelo ajustado			
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Idade	0,03	0,06	0,03	0				
Sexo_feminino	-0,11	-0,12	-0,07	-0,08	-0,11	-0,11	-0,08	-0,09
Raça_parda	-0,14	-0,14	-0,15	-0,14	-0,14	-0,15	-0,14	-0,13
Religião_católica	0,07	0,06	0,08	0,08	0,07	0,07	0,08	0,08
Escolaridade	0,01	0	-0,07	-0,07	-0,01	-0,03	-0,08	-0,07
Renda (USD)	0,13	0,14	0,12	0,13	0,14	0,15	0,12	0,13
Doença_RCU		0,07	0,05	0,04		0,08	0,06	0,05
Tempo de diagnostico (meses)		-0,03	-0,04	-0,06		-0,02	-0,03	-0,06
Cirurgia		-0,02	-0,03	-0,01				
Taxa exacerbação		0,11	0,10	0,09		0,10	0,09	0,08
Doença em remissão		0,11	0,06	0,05		0,11	0,06	0,05
CRE positivo			-0,04	-0,02				
CRE negativo			<b>-0,22 **</b>	<b>-0,26 **</b>			<b>-0,23 **</b>	<b>-0,26 **</b>
Sintomas ansiosos				-0,02				
Sintomas depressivos				0,14				0,13
R <sup>2</sup> ajustado	0,02	0	0,04	0,04	0,03	0,02	0,06	<b>0,06</b>
Significância de F	0,182	0,396	0,155	0,180	0,117	0,225	0,057	<b>0,045</b>
Mudança no R2 ajustado	0,02	-0,02	<b>0,03</b>	0	0,03	-0,01	<b>0,04</b>	0,01
Significância de F modificado	0,182	0,726	<b>0,043</b>	0,411	0,117	0,629	<b>0,011</b>	0,150

Nota: coeficientes beta de regressão padronizados; RCU: Retocolite Ulcerativa; DC: Doença de Crohn. Resultados estatisticamente significantes em negrito. \* p<0.05; \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

**Tabela 12.** Análise de mediação (Teste Sobel).

**Efeito do CRE positivo em aspectos da QVRS, mediado por Sintomas Ansiosos e/ou Depressivos**

Variável de desfecho	efeito direto (p)	efeito indireto; z (p)	
		Em sintomas ansiosos	Em sintomas depressivos
QVRS geral	0,021 (0,326)	<b>0,020; 2,205 (0,028)</b>	0; 0,085 (0,932)
Satisfação com a Saúde	0,019 (0,340)	<b>0,025; 2,256 (0,024)</b>	0,006; 0,975 (0,330)
Domínio Psic. QVRS	0,029 (0,063)	<b>0,012; 1,995 (0,046)</b>	0,011; 1,834 (0,067)
Relações Sociais QVRS	<b>0,037 (0,022)</b>	<b>0,018; 2,234 (0,026)</b>	0,008; 1,567 (0,117)

Preditor: CRE Positivo. Mediadores: Sintomas ansiosos, Sintomas Depressivos.

Variáveis de controle: idade, sexo, raça, religião, escolaridade, renda, diagnostic da DII, tempo de diagnostico, cirurgia para DII, taxa de exacerbação, doença em remissão, CRE negativo

## 6. DISCUSSÃO

Indivíduos com Doença Inflamatória Intestinal lidam com limitações significativas impostas pela doença. Uma investigação qualitativa recente propôs um modelo estruturado para descrever o impacto da DII sob a perspectiva do paciente (KIEBLES, DOERFLER & KEEFER, 2010). De acordo com este estudo, indivíduos com DII lidam com fontes severas de estresse, incluindo a necessidade de tomar medicação, restrições dietéticas, necessidade de manter-se próximo a um banheiro (o que está associado a estigma e constrangimento), a necessidade potencial de cancelar compromissos devido aos sintomas intestinais e o impacto nos relacionamentos (KIEBLES, DOERFLER & KEEFER, 2010).

Outros fatores que podem explicar o impacto psicológico da DII nestes indivíduos foram descritos por Greenley. Entre outros, são citados pelo autor: períodos imprevisíveis de exacerbação e remissão, que são potencialmente severos e podem requerer internação hospitalar, uso prolongado de corticosteróides e uma completa mudança na rotina do paciente (GREENLEY *et al.*, 2010).

Pesquisar os processos através dos quais estes pacientes lidam com os estressores torna-se importante a fim de melhorar os resultados na sua saúde. Não obstante a sua relevância para o processo de adaptar-se a doenças crônicas, o *coping* religioso não havia sido estudado previamente em pacientes com DII. Este estudo sugere que tais pacientes utilizam de forma significativa os recursos de *coping* religioso para adaptar-se a esses estressores em particular.

Existem estudos que demonstram um uso consideravelmente maior de estratégias de CRE positivo do que negativo em situações estressantes diversas (PARGAMENT, SMITH, *et al.*, 1998) e que as pessoas usam o CRE positivo especialmente em situações de crise, principalmente em problemas relacionados a saúde, doença, envelhecimento, entre outras (KOENIG *et al.*, 1995; PANZINI & BANDEIRA, 2007).

O presente estudo está de acordo com dados citados acima, e revela que pacientes com DII frequentemente utilizam aspectos positivos do CRE para lidar com suas doenças. *Coping* religioso negativo (conflito espiritual, ou *religious struggle*) foi menos comum na amostra, embora ambas as formas de *coping* tenham tido implicações significativas nos desfechos.

Os resultados revelam ainda que *religious struggle* está relacionado a mais sofrimento psíquico e menor adesão terapêutica. De forma análoga, CRE positivo esteve associado a menores níveis de sofrimento psíquico, maior Satisfação com a Saúde bem como com QV geral e psicológica. Estes achados estão consistentes com aqueles demonstrados em estudos

de pacientes com outras condições crônicas (RAMIREZ *et al.*, 2012) (PARGAMENT *et al.*, 2001).

A associação entre bem-estar espiritual e ansiedade e depressão foi demonstrada em pacientes com doenças graves (insuficiência cardíaca e DPOC) no estudo de Johnson *et al.*, em que os autores encontraram uma influência de aspectos da espiritualidade no sofrimento psíquico de doentes graves. Papel da fé no adoecimento e significado, paz e objetivo de vida associaram-se a menores níveis de ansiedade e depressão (JOHNSON *et al.*, 2011).

Uma recente pesquisa longitudinal indicou que religiosidade e espiritualidade, mas não necessariamente participação religiosa institucional, estão associadas a maior espessura do córtex cerebral em regiões relacionadas à regulação do humor, o que indiscutivelmente pode conferir maior resiliência em indivíduos sob risco de desenvolver depressão (MILLER *et al.*, 2014). Portanto fatores neurobiológicos poderiam também explicar parcialmente a associação entre CRE positivo e menores níveis de sofrimento psíquico observados neste estudo. Estes resultados corroboram com a pesquisa sobre este assunto e ressalta a importância do *coping* religioso para a compreensão da doença e suas consequências.

No que se refere à Qualidade de Vida, a importância do CRE foi demonstrada em um amplo estudo brasileiro de Panzini *et al.* que investigou 616 pessoas usando a escala de QV WHOQOL-Bref, envolvidos ou não em atividade religiosa (PANZINI, 2004). Verificou-se associação positiva entre CRE positivo e QV e associação negativa entre CRE negativo e QV. A pesquisa encontrou, diferente deste estudo, níveis diferentes do *coping* conforme a religião, o que provavelmente não encontramos aqui pela baixa proporção de indivíduos não católicos.

Níveis menores de ansiedade mediarão os efeitos benéficos do *coping* positivo na qualidade de vida. Estes achados indicam que embora o CRE possa contribuir no sofrimento psíquico em pacientes com DII, sintomas ansiosos *per se* tem efeito prejudicial direto na QVRS. Da mesma forma, pacientes com DII sofrem de preocupação e medo significativos de apresentarem sintomas intestinais e conseqüentemente constrangimento em situações sociais (DEVLEN *et al.*, 2014). Portanto cognição ansiosa pode persistir mesmo em períodos de remissão da doença.

O presente estudo demonstrou que a ansiedade foi um preditor consistente de pior QVRS em vários dos domínios investigados (i.e.: geral, satisfação com a saúde, QV física e psicológica).

Sintomas depressivos também estiveram associados a pior QV psicológica. De fato, ansiedade e depressão são condições inter-relacionadas na Doença Inflamatória Intestinal (GRAFF, WALKER & BERNSTEIN, 2009). Existem na literatura evidências fortes de que

sintomas de sofrimento psíquico são correlatos independentes de pior QVRS (IGLESIAS-REY *et al.*, 2014) (LIX *et al.*, 2008) (VIDAL *et al.*, 2008). Dada a importância de tais sintomas – como ansiedade – na QVRS, um maior entendimento dessas associações entre *coping* religioso e menores níveis de ansiedade podem ter valor prático considerável para promover melhores estratégias de lidar com o estresse e portanto maior qualidade de vida relacionada à saúde.

Na presente amostra, sintomas de sofrimento psíquico não foram correlatos independentes de menor adesão terapêutica. Este achado está de acordo com um grande estudo transversal publicado recentemente (SELINGER *et al.*, 2013). Outros fatores psicossociais podem de fato estar mais relacionados à má adesão em DII. Estes fatores incluem, por exemplo, crenças distorcidas sobre a necessidade de medicação e menor preocupação em tomá-las (SELINGER *et al.*, 2013).

Verificou-se que o conflito religioso (*religious struggle*) foi um preditor de má adesão terapêutica. Ele pode contribuir para não adesão através de diversas construções cognitivas, tais como a crença de que “Deus me abandonou. Independente do que eu faça, Deus já virou as costas para mim”. De fato, crenças fatalísticas (catastrofização) relacionadas à religião podem promover má adesão também em outras condições clínicas (FRANKLIN *et al.*, 2007) (AZAIZA *et al.*, 2010). Fatalismo religioso pode desenvolver-se como uma resposta mal-adaptativa a doenças crônicas (FRANKLIN *et al.*, 2007).

O estudo tem algumas limitações que merecem ser citadas. Primeiramente, a amostra foi composta de participantes, na grande maioria, cristãos católicos. Portanto os resultados podem não ser generalizáveis para outras denominações religiosas. Além disso, o desenho transversal desta investigação pode não estabelecer uma relação causal entre o *coping* religioso e os desfechos avaliados. Uma outra limitação é o fato de que outras variáveis não estudadas possam ter alguma contribuição sobre os fenômenos observados. Por exemplo, o suporte social pode mediar alguns efeitos do *coping* positivo sobre os sintomas de sofrimento psíquico (DALMIDA *et al.*, 2013).

Apesar das limitações, este estudo abre importantes vias para futura pesquisa e prática clínica. Maiores estudos são necessários para confirmar a causalidade destas associações. O desenvolvimento de intervenções psico-espirituais para promover CRE positivo e prevenir ou tratar o conflito religioso podem diretamente aliviar o sofrimento psíquico e melhorar a adesão em pacientes com DII e indiretamente melhorar a QVRS.

## 7. CONCLUSÕES

A partir dos dados expostos anteriormente, pode-se concluir que a Doença Inflamatória Intestinal apresenta um curso crônico, com frequentes períodos de exacerbação na maioria dos indivíduos acometidos.

Os pacientes apresentam altas taxas de sintomas ansiosos e depressivos, mais do que se observa na população geral.

É comum o uso de *coping* religioso espiritual em pacientes com doença crônica. Nesta amostra, tanto *coping* positivo como negativo foi relatado com frequência pelos participantes.

A qualidade de vida de pacientes com DII é comprometida, e alguns fatores psíquicos contribuem para este prejuízo.

Os sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com DII comprometem a QVRS, mas parecem não interferir, *per se*, na adesão terapêutica auto-relatada.

A relação entre CRE e QVRS é mediada por sintomas ansiosos, mostrando a influência que a ansiedade tem nos estilos de *coping* e alertando para a importância de abordar, na prática clínica, os sintomas de sofrimento psíquico e aspectos da espiritualidade dos pacientes a fim de promover uma melhora de sua Qualidade de Vida.

O CRE negativo ou *spiritual struggle* mostrou interferência na Adesão Terapêutica dos pacientes, o que provavelmente está associado com um maior desinteresse do paciente pela sua saúde quando adota crenças disfuncionais fatalísticas.

O questionário Brief-RCOPE mostrou-se útil e confiável para medir o CRE em pacientes com Doença Inflamatória Intestinal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADDOLORATO, G. et al. Inflammatory bowel disease: a study of the association between anxiety and depression, physical morbidity, and nutritional status. **Scand J Gastroenterol**, v. 32, p. 1013-21., 1997.
- AL-QAZAZ, H. K. et al. Use of 8-Item Morisky Medication Adherence Scale for the Assessment of Medication Adherence in Type 2 Diabetes Mellitus. **Value in Health**, v. 13, n. 7, p. A528-A528, 2010.
- APPLEYARD, C. B.; HERNANDEZ, G.; RIOS-BEDOYA, C. F. Basic epidemiology of inflammatory bowel disease in Puerto Rico. **Inflamm Bowel Dis**, v. 10, n. 2, p. 106-11, Mar 2004. ISSN 1078-0998 (Print) 1078-0998.
- AZAIZA, F. et al. Factors associated with low screening for breast cancer in the Palestinian Authority: relations of availability, environmental barriers, and cancer-related fatalism. **Cancer**, v. 116, n. 19, p. 4646-55, Oct 1 2010. ISSN 0008-543X (Print) 0008-543x.
- BARON, R. M.; KENNY, D. A. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. **J Pers Soc Psychol**, v. 51, n. 6, p. 1173-1182, 1986.
- BEST, W. R. et al. Development of a Crohn's disease activity index. National Cooperative Crohn's Disease Study. **Gastroenterology & Hepatology**, v. 70, n. 3, p. 439-444, 1976.
- BJELLAND, I. et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. **J Psychosom Res**, v. 52, n. 2, p. 69-77, 2002.
- BOTEGA, N. J. et al. Mood disorders among medical in-patients: A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD). **Revista De Saude Publica**, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995.
- BRAUNWALD, E. et al. **Harrison's Principles of Internal Medicine**. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002.
- BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Med**, v. 9, p. 90, 2011. ISSN 1741-7015.
- CASELLAS, F. et al. Factors affecting health related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. **Qual Life Res**, v. 11, n. 8, p. 775-81, Dec 2002. ISSN 0962-9343 (Print) 0962-9343.
- CESARETTI, I. U.; SANTOS, V. L.; VIANNA, L. A. Quality of life of the colostomized person with or without use of methods of bowel control. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 1, p. 16-21, 2010.
- Consensus guidelines for the management of inflammatory bowel disease. **Arq Gastroenterol**, v. 47, n. 3, p. 313-325, 2010.
- DALMIDA, S. G. et al. The psychological well-being of people living with HIV/AIDS and the role of religious coping and social support. **Int J Psychiatry Med**, v. 46, n. 1, p. 57-83, 2013. ISSN 0091-2174 (Print) 0091-2174.
- DEVLEN, J. et al. The burden of inflammatory bowel disease: a patient-reported qualitative analysis and development of a conceptual model. **Inflamm Bowel Dis**, v. 20, n. 3, p. 545-52, Mar 2014. ISSN 1078-0998.
- DORRIAN, A.; DEMPSTER, M.; ADAIR, P. Adjustment to inflammatory bowel disease: the relative influence of illness perceptions and coping. **Inflamm Bowel Dis**, v. 15, n. 1, p. 47-55, Jan 2009. ISSN 1078-0998.
- EHMAN, J. W. et al. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? **Arch Intern Med**, v. 159, n. 15, p. 1803-6, Aug 9-23 1999. ISSN 0003-9926 (Print) 0003-9926 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10448785> >.

FAKHOURY, M. et al. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and treatments. **J Inflamm Res**, v. 7, p. 113-20, 2014. ISSN 1178-7031.

FITCHETT, G. et al. Religious struggle: prevalence, correlates and mental health risks in diabetic, congestive heart failure, and oncology patients. **Int J Psychiatry Med**, v. 34, n. 2, p. 179-96, 2004. ISSN 0091-2174 (Print) 0091-2174 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15387401> >.

FLECK, M. P., S. Louzada, M. Xavier, E. Chachamovich, G. Vieira, L. Santos and V. Pinzon Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Rev Saude Publica**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FOSTER, A.; JACOBSON, K. Changing Incidence of Inflammatory Bowel Disease: Environmental Influences and Lessons Learnt from the South Asian Population. **Front Pediatr**, v. 1, p. 34, 2013. ISSN 2296-2360 (Print) 2296-2360 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24400280> >.

FRANKLIN, M. D. et al. Religious fatalism and its association with health behaviors and outcomes. **Am J Health Behav**, v. 31, n. 6, p. 563-72, Nov-Dec 2007. ISSN 1087-3244 (Print) 1087-3244.

FULLER-THOMSON, E.; SULMAN, J. Depression and inflammatory bowel disease: Findings from two nationally representative Canadian surveys. **Inflammatory Bowel Diseases**, v. 12, n. 8, p. 697-707, 2006. ISSN 1536-4844. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1097/00054725-200608000-00005> >.

GRAFF, L. A.; WALKER, J. R.; BERNSTEIN, C. N. Depression and Anxiety in Inflammatory Bowel Disease: A Review of Comorbidity and Management. **Inflamm Bowel Dis** v. 15, p. 1105–1118, 2009.

GREENLEY, R. N. et al. A Meta-analytic Review of the Psychosocial Adjustment of Youth with Inflammatory Bowel Disease. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 35, n. 8, p. 857-869, 2010.

GROUP, T. W. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychol Med**, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998.

HARE, D. L. et al. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. **European Heart Journal**, v. 35, n. 21, p. 1365-1372, June 1, 2014. Disponível em: < <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/21/1365.abstract> >.

HAUSER, W. et al. Psychosocial issues in evidence-based guidelines on inflammatory bowel diseases: a review. **World J Gastroenterol**, v. 20, n. 13, p. 3663-71, Apr 7 2014. ISSN 1007-9327.

HAYES, A. F. **Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach**. 2013.

HILL, P. C.; PARGAMENT, K. I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. **Am Psychol**, v. 58, n. 1, p. 64-74, Jan 2003. ISSN 0003-066X (Print) 0003-066X (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12674819> >.

HYPHANTIS, T. N. et al. Psychological Distress, Somatization, and Defense Mechanisms Associated with Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease Patients. **Digestive Diseases and Sciences**, v. 55, n. 3, p. 724 - 732, 2010.

IGLESIAS-REY, M. et al. Psychological factors are associated with changes in the health-related quality of life in inflammatory bowel disease. **Inflamm Bowel Dis**, v. 20, n. 1, p. 92-102, Jan 2014. ISSN 1536-4844 (Electronic) 1078-0998 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24193152> >.

ITO, N.; TANAKA, M.; KAZUMA, K. Health-related quality of life among persons living in Japan with a permanent colostomy. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 32, n. 3, p. 178-83; quiz 184-5, May-Jun 2005. ISSN 1071-5754 (Print)

1071-5754.

JIN, J. Inflammatory bowel disease. **JAMA**, v. 311, n. 19, p. 2034-2034, 2014. ISSN 0098-7484. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.1664> >.

JOHNSON, K. S. et al. Wich Domains of Spirituality are Associated with Anxiety and Depression in Patients with Advanced Illness? **J Gen Intern Med**, v. 26, n. 7, p. 751-8, 2011.

KANE, S. et al. Use of a screening tool to determine nonadherent behavior in inflammatory bowel disease. **Am J Gastroenterol**, v. 107, n. 2, p. 154-160, 2012.

KATON, W.; CIECHANOWSKI, P. Impact of major depression on chronic medical illness. **J Psychosom Res**, v. 53, n. 4, p. 859-63, Oct 2002. ISSN 0022-3999 (Print) 0022-3999.

KEEFER, L. et al. Behavioral interventions may prolong remission in patients with inflammatory bowel disease. **Behav Res Ther**, v. 49, n. 3, p. 145-50, Mar 2011. ISSN 0005-7967.

KIEBLES, J. L.; DOERFLER, B.; KEEFER, L. Preliminary Evidence Supporting a Framework of Psychological Adjustment to Inflammatory Bowel Disease. **Inflamm Bowel Dis**, v. 16, n. 10, p. 1685-1695, 2010.

KING, S. D.; FITCHETT, G.; BERRY, D. L. Screening for religious/spiritual struggle in blood and marrow transplant patients. **Support Care Cancer**, v. 21, n. 4, p. 993-1001, 2013.

KOENIG, H. G. Religion and medicine IV: religion, physical health, and clinical implications. **Int J Psychiatry Med**, v. 31, n. 3, p. 321-36, 2001. ISSN 0091-2174 (Print) 0091-2174 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11841129> >.

KOENIG, H. G. et al. Religious coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical patients. **Psychosomatics**, v. 36, n. 4, p. 369-375, 1995.

KOENIG, H. G.; PARGAMENT, K. I.; NIELSEN, J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. **J Nerv Ment Dis**, v. 186, n. 9, p. 513-21, Sep 1998. ISSN 0022-3018 (Print) 0022-3018 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9741556> >.

KROUSEL-WOOD, M. et al. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. **Am J Manag Care**, v. 15, n. 1, p. 59-66, 2009.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LEE, M.; NEZU, A. M.; NEZU, C. M. Positive and negative religious coping, depressive symptoms, and quality of life in people with HIV. **J Behav Med**, Jan 28 2014. ISSN 1573-3521 (Electronic) 0160-7715 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24469329> >.

LIX, L. M. et al. Longitudinal study of quality of life and psychological functioning for active, fluctuating, and inactive disease patterns in inflammatory bowel disease. **Inflamm Bowel Dis**, v. 14, n. 11, p. 1575-84, Nov 2008. ISSN 1078-0998.

LONG, M. D. et al. Development of an internet-based cohort of patients with inflammatory bowel diseases (CCFA Partners): methodology and initial results. **Inflamm Bowel Dis**, v. 18, n. 11, p. 2099-2106, 2012.

MACIEJEWSKI, P. K. et al. Religious coping and behavioral disengagement: opposing influences on advance care planning and receipt of intensive care near death. **Psychooncology**, v. 21, n. 7, p. 714-723, 2012.

MAWDSLEY, J. E.; RAMPTON, D. S. Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications. **Gut**, v. 54, n. 10, p. 1481-91, Oct 2005. ISSN 0017-5749 (Print) 0017-5749.

MIKOCKA-WALUS, A. A. et al. Psychological problems in gastroenterology outpatients: A South Australian

experience. Psychological co-morbidity in IBD, IBS and hepatitis C. **Clin Pract Epidemiol Ment Health**, v. 4, p. 15, 2008. ISSN 1745-0179.

MILLER, L. et al. Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality: a study in adults at high and low familial risk for depression. **JAMA Psychiatry**, v. 71, n. 2, p. 128-35, Feb 2014. ISSN 2168-622x.

MITTERMAIER, C. et al. Impact of Depressive Mood on Relapse in Patients With Inflammatory Bowel Disease: A Prospective 18-Month Follow-Up Study. **Psychosomatic Medicine**, v. 66, p. 79-84, 2004.

MORADKHANI, A.; BECKMAN, L. J.; TABIBIAN, J. H. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease: psychosocial, clinical, socioeconomic, and demographic predictors. **J Crohns Colitis**, v. 7, n. 6, p. 467-73, Jul 2013. ISSN 1876-4479 (Electronic) 1873-9946 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22884758> >.

MORISKY, D. E. et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. **J Clin Hypertens (Greenwich)**, v. 10, n. 5, p. 348-354, 2008.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.

MULDER, D. J. et al. A tale of two diseases: The history of inflammatory bowel disease. **Journal of Crohn's and Colitis**, v. 8, n. 5, p. 341-348, 2014. ISSN 1873-9946. Disponível em: < <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1873994613003218?showall=true> >.

MURPHY, P. E. et al. The relation of religious belief and practices, depression, and hopelessness in persons with clinical depression. **J Consult Clin Psychol**, v. 68, n. 6, p. 1102-6, Dec 2000. ISSN 0022-006X (Print) 0022-006X (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11142544> >.

O'CONNELL, K. A.; SKEVINGTON, S. M. The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: themes from focus groups in Britain. **Br J Health Psychol**, v. 10, n. Pt 3, p. 379-98, Sep 2005. ISSN 1359-107X (Print) 1359-107X (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16238854> >.

OLIVEIRA, F. M.; EMERICK, A. P. d. C.; SOARES, E. G. Aspectos epidemiológicos das doenças intestinais inflamatórias na macrorregião de saúde leste do Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1031-1037, 2010. ISSN 1413-8123. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700009&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700009&nrm=iso) >.

OLIVEIRA-FILHO, A. D. et al. Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and blood pressure control. **Arq Bras Cardiol**, v. 99, n. 1, p. 649-658, 2012.

PACE, F.; ; ;N.; ;Talley; ; ;G.R.; ;Locke; ;III; ; ;Y.A.; ;Saito; ; ; ;GI Epidemiology; ; ; ;2007; ;Blackwell Publishing; ;London; ; ; ;288 pp., Price: GBP 54.99, ISBN 9781405149495. **Dig Liver Dis**, v. 40, n. 12, p. 968-968, 01/01 2008. ISSN 1590-8658. Disponível em: < [http://pubget.com/paper/pgtmp\\_b76bdf86535c4ad4d3abd9e3b39540bf/n-talley-g-r-locke-iii-y-a-saito-gi-epidemiology-2007-blackwell-publishing-london-288-pp-price-gbp-54-99-isbn-9781405149495](http://pubget.com/paper/pgtmp_b76bdf86535c4ad4d3abd9e3b39540bf/n-talley-g-r-locke-iii-y-a-saito-gi-epidemiology-2007-blackwell-publishing-london-288-pp-price-gbp-54-99-isbn-9781405149495) <http://dx.doi.org/10.1016/j.dld.2008.09.005> >.

PANZINI, R. G. **Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida**. Porto Alegre, p.238p. 2004

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, v. 10, p. 507-516, 2005. ISSN 1413-7372. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722005000300019&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000300019&nrm=iso) >.

\_\_\_\_\_. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, p. 126-135, 2007. ISSN 0101-6083. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832007000700016&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700016&nrm=iso) >.

PARGAMENT, K. I. **The psychology of religion and coping: Theory, research, practice**. New York:

Guilford Press, 1997.

PARGAMENT, K. I.; FEUILLE, M.; BURDZY, D. The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. **Religions**, v. 2, n. 1, p. 51-76, 2011.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **J Clin Psychol**, v. 56, n. 4, p. 519-43, Apr 2000. ISSN 0021-9762 (Print) 0021-9762 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10775045> >.

PARGAMENT, K. I. et al. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. **Arch Intern Med**, v. 161, n. 15, p. 1881-5, Aug 13-27 2001. ISSN 0003-9926 (Print) 0003-9926.

PARGAMENT, K. I. et al. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **J Sci Study Relig**, v. 37, n. 4, p. 710-724, 1998.

PARGAMENT, K. I. et al. Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis. **J Clin Psychol**, v. 54, n. 1, p. 77-89, Jan 1998. ISSN 0021-9762 (Print) 0021-9762 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9476711> >.

PEARSON, C. Inflammatory bowel disease. **Nurs Times**, v. 100, n. 9, p. 86-90, Mar 2-8 2004. ISSN 0954-7762 (Print) 0954-7762.

PHELPS, A. C. et al. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. **JAMA**, v. 301, n. 11, p. 1140-1147, 2009.

PONDER, A.; LONG, M. D. A clinical review of recent findings in the epidemiology of inflammatory bowel disease. **Clin Epidemiol**, v. 5, p. 237-47, 2013. ISSN 1179-1349.

RAMIREZ, S. P. et al. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. **J Psychosom Res**, v. 72, n. 2, p. 129-35, Feb 2012. ISSN 1879-1360 (Electronic) 0022-3999 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22281454> >.

SAJADINEJAD, M. S. et al. Psychological Issues in Inflammatory Bowel Disease: An Overview. **Gastroenterology Research and Practice**, p. 1-11, 2012.

SELINGER, C. P. et al. Modifiable factors associated with nonadherence to maintenance medication for inflammatory bowel disease. **Inflamm Bowel Dis**, v. 19, n. 10, p. 2199-206, Sep 2013. ISSN 1078-0998.

SELINGER, C. P.; ROBINSON, A.; LEONG, R. W. Clinical impact and drivers of non-adherence to maintenance medication for inflammatory bowel disease. **Expert Opin Drug Saf**, v. 10, n. 6, p. 863-70, Nov 2011. ISSN 1474-0338.

SHANAHAN, F. Crohn's disease. **The Lancet**, v. 359, n. 9300, p. 62-69, 2002. ISSN 0140-6736. Disponível em: < <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673602072847> >.

SIMIAN, D. et al. Rol de infliximab en enfermedad inflamatoria intestinal. Experiencia local. **Rev Med Chile**, v. 141, p. 1158-1165, 2013.

SINGH, P. et al. Psychiatric, somatic and other functional gastrointestinal disorders in patients with irritable bowel syndrome at a tertiary care center. **J Neurogastroenterol Motil**, v. 18, n. 3, p. 324-331, 2012.

TREVINO, K. M. et al. Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: cross-sectional and longitudinal findings. **AIDS Behav**, v. 14, n. 2, p. 379-89, Apr 2010. ISSN 1573-3254 (Electronic) 1090-7165 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18064557> >.

TRINDADE, A. J. et al. Are your patients taking their medicine? Validation of a new adherence scale in patients with inflammatory bowel disease and comparison with physician perception of adherence. **Inflamm**

**Bowel Dis**, v. 17, n. 2, p. 599-604, 2011.

TRUELOVE, S. C.; WITTS, L. J. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. **Br Med J**, v. 2, n. 4947, p. 1041-1048, 1955.

VALLURUPALLI, M. et al. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. **J Support Oncol**, v. 10, n. 2, p. 81-87, 2012.

VARGAS, R. D. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal: ¿por qué las diferencias entre Norteamérica y Latinoamérica? **Revista Colombiana de Gastroenterología**, v. 25, p. 103-105, 2010. ISSN 0120-9957. Disponible em: < [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-99572010000200001&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572010000200001&nrm=iso) >.

VIDAL, A. et al. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease patients: the role of psychopathology and personality. **Inflamm Bowel Dis**, v. 14, n. 7, p. 977-83, Jul 2008. ISSN 1536-4844 (Electronic) 1078-0998 (Linking). Disponible em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18275078> >.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983.

## ANEXO A – FOLHA DE ROSTO

Nome:

---

<b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b>	<b>SIM(1) NÃO (2)</b>
1. Aceita participar do estudo?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
2. Paciente portador de quadro demencial?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
3. Paciente hospitalizado?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
4. Conhecimento ou suspeita de neoplasia?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
5. Conhecimento ou suspeita de resultado positivo do teste para HIV?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
6. Paciente com diagnóstico de Esquizofrenia?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
7. Paciente com potencial suicida?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
8. Paciente com transtorno por uso de substâncias?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
9. Paciente realizou Colectomia?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b>	<b>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></b>
1. Aceita participar do estudo após leitura do T.C.L.E.?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
2. Mentalmente capaz de responder aos questionários?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
3. Paciente com Doença de Crohn (1) ou RCU (2)?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

NÚMERO:

---

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido poderá ser lido para aqueles que não souberem ler pelo entrevistador responsável.

Por favor, leia ou escute cuidadosamente este consentimento e se houver qualquer dúvida sinta-se à vontade em fazer qualquer pergunta.

Neste momento o (a) senhor (a) está sendo convidado (a) como **voluntário** de uma pesquisa intitulada “INFLUÊNCIA DO SENTIDO DE COERÊNCIA, DO *COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL E DE CARACTERÍSTICAS DE TEMPERAMENTO NA QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO TERAPÊUTICA EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.”. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O tempo aproximado de entrevista é de 50 (cinquenta) minutos.

Este estudo objetiva conhecer a qualidade de vida dos pacientes com Doença Inflamatória Intestinal: como se sentem em relação à sua saúde, às atividades domésticas e de trabalho, sua relação com a família, religião, vizinhança e amigos. Serão feitas perguntas sobre sua condição social e sentimentos acerca de atividades desenvolvidas no seu dia-a-dia. Essas informações serão de grande ajuda, pois possibilitarão que os profissionais envolvidos no cuidado dos pacientes tenham exata consciência das maiores dificuldades enfrentadas por este grupo, e com isso consigam atingir a meta de melhorar cada vez mais a reabilitação dos doentes renais. Através destes questionários poderemos pesquisar como tais aspectos se comportam na população brasileira, por isso **sua participação é importante**.

Contamos com a sua colaboração para responder da mais forma honesta e atenta aos questionários utilizados que fazem parte desta coleta:

- 1) Escala de *Coping* Religioso-Espiritual abreviada (*Brief RCOPE*). Avalia como a religião e a fé interferem no seu dia-a-dia.
- 2) Escala de Sentido de Coerência (SC) – Avalia suas reações em várias situações da vida, expectativa de futuro, pensamento sobre os relacionamentos.
- 3) Escala de busca impulsiva de sensações – Avalia envolvimento em situações de risco e busca por atividades novas.
- 4) Escala de Ansiedade e Depressão – HAD. Utilizada para diagnosticar ansiedade e depressão.
- 5) Escala WHOQOL-*brief* (World Health Organization of Quality of Life – abreviado) – Avaliação da Qualidade de Vida pela Organização Mundial de Saúde.
- 6) Escala de adesão de Morisky – Avalia o quanto você está seguindo recomendações do seu médico.
- 7) Questionário Geral. Inclui coleta de dados demográficos, socioeconômicos e de saúde do voluntário entrevistado.

Será necessária também a coleta de alguns dados laboratoriais do seu prontuário, como: Doença Intestinal, Tempo de diagnóstico, glicose, Albumina, Hemoglobina, VHS; para concluir o estudo.

Sua participação é voluntária e **you pode desistir de participar a qualquer momento**. O senhor (a) não receberá nenhum pagamento por participar desta pesquisa. Não há despesas para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames ou consultas. O senhor (a) poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

**Os dados serão tratados em sigilo** e analisados coletivamente, garantindo a confidencialidade de suas informações. O senhor (a) será representado por um número em cada questionário realizado tornando seguro seu anonimato. Garanto que o desenvolvimento desta pesquisa não envolve riscos ou desconforto para sua saúde.

O resultado da pesquisa será divulgado somente entre os profissionais estudiosos do assunto, porém, sua identidade será mantida no anonimato, ou seja, **ninguém conhecerá seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo (a)**. O pesquisador se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

**ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:**

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará  
Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo  
Telefone: 3366.8338**

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa:  
Nome: Thiago Holanda Freitas  
Instituição: Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal do Ceará  
Endereço: Rua Costa Mendes, 1608, 4º andar. Rodolfo Teófilo. CEP 60430-140.  
Telefone para contato: (085) 88025207

O abaixo-assinado, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ anos, RG nº \_\_\_\_\_ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário de pesquisa. Eu declaro que li /ouvi cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<i>Nome do voluntário</i>	Data	Assinatura

<i>Nome do pesquisador</i>	Data	Assinatura

<i>Nome do profissional que aplicou o TCLE</i>	Data	Assinatura

.....  
**CONSENTIMENTO**

Concordo em participar da pesquisa intitulada “**INFLUÊNCIA DO SENTIDO DE COERÊNCIA, DO COPING RELIGIOSO-ESPIRITUAL E DE CARACTERÍSTICAS DE TEMPERAMENTO NA QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO TERAPÊUTICA EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.**”, sob responsabilidade do médico e pesquisador Thiago Holanda Freitas.

Nome<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº

<sup>1</sup> (Esta identificação será destacada pelo entrevistador responsável **antes** da leitura das perguntas. Para garantir seu anonimato, você será representado apenas por um número na página de cada escala).

### Anexo C – Dados Sócio-demográficos e clínicos

1) Data da entrevista (DD/MM/AA)	DEN __/__/__
2) Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)	DN __/__/__
3) Sexo: 1( )M 2( )F	SEX__
4) Raça: 1( )Preta 2( )Parda 3( )Branca 4( ) Amarela 5( ) Indígena	RAC__
5) Escolaridade em anos:	ESC__
6) Renda mensal em salários mínimos: 1 ( ) até 1; 4,0; 2 ( ) Entre 1,0 e 1,5 ; 8,0; 3 ( ) Entre 1,6 e 2,0 ; 4 ( ) Entre 2,1 e 3,0;	5 ( ) Entre 3,1 e 6 ( ) Entre 4,1 e 7 ( ) Mais de 8,0. RMS__
7) Estado Civil? 1 ( ) Solteiro 2 ( ) Casado 3 ( )Divorciado 4 ( ) Viúvo 5 ( ) União estável.	ECI__
8) Qual é a sua religião? 1( )Católica 2( )Evangélica 3( )Espírita 4( )Umbanda e Candomblé 5( )Outras Religiões 6( )Sem Religião	REL__
9) Tabagismo atual ? (1=SIM; 2=NÃO)	TAB__
10) Quantos maços.ano (Maior N° rotineiro de maços por dia x Anos em Tabagismo)?	MCA__
11) Tabagismo passado? (1=SIM; 2=NÃO)	TPA__
12) Peso Medido (Kg)	PES__
13) Diabetes Mellitus? (1=SIM; 2=NÃO; 3=INDETERMINADO)	GLI__
14) Albumina _____g/dl	ALB__
15) Hb _____g/dl	HEM__
16) Hematócrito (%)	HT__
17) Velocidade de Hemossedimentação – VHS (mm)	VHS__

### Dados da Doença Inflamatória Intestinal

1. Número de Recidivas nos últimos 2 anos?	REC__
2. Número de Cirurgias realizadas por complicações do Trato Gastrointestinal?	CIR__
3. Número de Internações Hospitalares por complicações da Doença Inflamatória Intestinal?	INT__
4. Diagnosticado com DII há quantos meses?	DII__
5. Fístulas (1=SIM; 2=NÃO)	FIS__
6. Artrite ou Artralgia (1=SIM; 2=NÃO)	ART__
7. Fissura Anal (1=SIM; 2=NÃO)	FIA__
8. Febre (1=SIM; 2=NÃO)	FEB__
9. Colangite Esclerosante (1=SIM; 2=NÃO)	CES__
10. Outras Complicações (1=SIM; 2=NÃO)	OUT__
11. Classe da medicação em que está atualmente em uso: 1)Sulfasalazina; 2)Mesalazina; 3)Azatioprina; 4)Anticorpo Monoclonal 5)Talidomida 6)Nenhuma das anteriores	MED__
12 Em uso de Glicorticóides? (1=SIM; 2=NÃO)	GLC__

## ANEXO D – Índice de atividade ou severidade da doença

### Índice de Atividade da Doença de Crohn (IADC)

(Multiplicar o valor da variável pelo multiplicador e colocar no gabarito o resultado – Em negrito dados tirados do prontuário)

Variável		Resultado
1) Média do número de evacuações líquidas ou pastosas por dia nos últimos 7 dias	<b>x2</b>	<b>IAD1</b> ____
2) Dor abdominal nos últimos 7 dias em média (0-sem dor; 1-dor leve; 2-dor moderada; 3-dor acentuada)	<b>x5</b>	<b>IAD2</b> ____
3) Sensação de bem-estar média nos últimos 7 dias (0-bom; 1-um pouco abaixo da média; 3-ruim; 4-muito ruim; 5-terrível)	<b>x7</b>	<b>IAD3</b> ____
4) Número de complicações (1-artrite ou artralgia; 2-irite ou uveíte; 3-eritema nodoso ou pioderma gangrenoso ou estomatite aftóide; 4-fissura anal ou fístula ou abscesso perirretal; 5-febre acima de 37,8°C)	<b>x20</b>	<b>IAD4</b> ____
5) Massa Abdominal (0-não; 2-questionável; 5-definida)	<b>x10</b>	<b>IAD5</b> ____
<b>6) Hematócrito (homens = 47 – Ht; mulheres = 42 – Ht em %)</b>	<b>x6</b>	<b>IAD6</b> ____
<b>7) Percentual acima ou abaixo do peso corporal habitual (1 menos [peso/peso habitual] x 100). Obs.: No resultado deve ser MANTIDO O SINAL NO GABARITO (Positivo ou Negativo)</b>	<b>x1</b>	<b>IAD7</b> ____

### Critérios de Truelove-Witts para gravidade da RCU

CRITÉRIOS	1	2	3	VALOR
1) N° de evacuações/dia	<4	4-5	>5	TWT1____
2) Sangue vivo nas fezes	-/+	++	+++	TWT2____
3) Temperatura(°C)	<37	37-37,5	>37,5	TWT3____
4) Pulso (batimentos/min)	<80	80-90	>90	TWT4____
5) Hemoglobina				TWT5____
Homem	>14	10-14	<10	
Mulher	>12	9-12	<9	
6) VHS (mm/h)	<15	15-30	>30	TWT6____

## ANEXO E – BRIEF RCOPE

### BRIEF RCOPE

DATA: \_\_\_\_\_

Para responder a esse questionário, pense sobre como você está lidando com a hemodiálise neste momento da sua vida. Este questionário se refere a algumas maneiras de como as pessoas enfrentam acontecimentos estressantes ou difíceis em suas vidas. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente relacionadas à sua religiosidade ou espiritualidade para enfrentar esta condição de saúde no momento atual.

Nós queremos saber **quanto** ou **com que frequência** você pensa ou faz o que o item afirma. Use uma das opções de resposta abaixo para cada item:

Não responda com base no que deu ou não deu certo, responda se você tem feito ou não o que o item diz. Tente avaliar cada item separadamente em sua mente. Não há respostas certas ou erradas, dê as respostas mais verdadeiras para você. Agora, marque com um **X** a resposta que melhor se aplica a você, em cada item:

	nunca	um pouco	algumas vezes	quase sempre
1. Procuo uma ligação mais forte com Deus	1	2	3	4
2. Busco o amor e o cuidado de Deus	1	2	3	4
3. Procuo a ajuda de Deus para me livrar da minha raiva ou rancor	1	2	3	4
4. Tento colocar meus planos em ação juntamente com Deus	1	2	3	4
5. Tento perceber como Deus estaria tentando me fortalecer com essa situação	1	2	3	4
6. Peço perdão pelos meus pecados	1	2	3	4
7. Me concentro na religião para parar de me preocupar com os meus problemas	1	2	3	4
8. Pergunto a mim mesmo se Deus me abandonou	1	2	3	4
9. Sinto que sou punido por Deus por causa da minha falta de devoção	1	2	3	4
10. Me pergunto o que fiz para ser punido por Deus	1	2	3	4
11. Questiono o amor que Deus tem por mim	1	2	3	4
12. Me pergunto se minha igreja ou meu grupo religioso me abandonou	1	2	3	4
13. Chego à conclusão que foi o diabo que fez isso acontecer	1	2	3	4
14. Coloco em dúvida o poder de Deus	1	2	3	4

## ANEXO F – WHOQOL BREF

### WHOQOL – ABREVIADO

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas **últimas duas semanas**, uma questão poderia ser:

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo

	MUITO RUI M	RUI M	NEM RUI M NEM BOA	BOA	MUITO BOA
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
	MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
	NADA	MUITO POUCO	MAIS OU MENOS	BASTANTE	EXTREMAMENTE
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

<b>As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.</b>					
	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETA MENTE
<b>10.</b> Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>11.</b> Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
<b>12.</b> Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
<b>13.</b> Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>14.</b> Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
<b>As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.</b>					
	MUITO RUIM	RUIM	NEM RUIM NEM BOM	BOM	MUITO BOM
<b>15.</b> Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
	MUITO INSATISFEI TO	INSATISFEI TO	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEI TO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
<b>16.</b> Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
<b>17.</b> Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>18.</b> Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
<b>19.</b> Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
<b>20.</b> Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
<b>21.</b> Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
<b>22.</b> Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
<b>23.</b> Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5

<b>24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?</b>	1	2	3	4	5
<b>25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?</b>	1	2	3	4	5
<b>As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.</b>					
	NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUENTE MENTE	MUITO FREQUENTEMENTE	SEMPRE
<b>26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</b>	1	2	3	4	5

## ANEXO G – Escala de Adesão Modificada de Morisky – 8

Pergunta da Escala de Adesão de Morisky	Score (1=SIM; 0=NÃO)
1) Você as vezes esquece de tomar os comprimidos para tratar DII ?	<b>MOR1</b> ____
2) As pessoas as vezes não tomam seus medicamentos por outras razões além de esquecimento. Pensando durante as ultimas duas semanas, você teve algum dia em que não tomou sua medicação ?	<b>MOR2</b> ____
3) Você alguma vez diminuiu ou parou de tomar a sua medicação sem comunicar seu médico porque você se sentiu pior após tomar a medicação?	<b>MOR3</b> ____
4) Quando você viaja ou sai de casa você as vezes esquece de levar sua medicação para DII consigo?	<b>MOR4</b> ____
5) Você tomou sua medicação para DII ontem?	<b>MOR5</b> ____
6) Quando você sente que seu sintomas de DII estão sob controle, você as vezes para de tomar sua medicação?	<b>MOR6</b> ____
7) Tomar medicação todo dia é um inconveniente real para muitas pessoas. Você algumas vezes se sente incomodado para seguir o seu plano de tratamento para DII	<b>MOR7</b> ____
8) Quão frequentemente você esquece de tomar todas as suas medicações para DII Raramente/nunca ( <b>Escore = 1</b> ) De vez em quando ( <b>Escore = 0.75</b> ) As vezes ( <b>Escore = 0.50</b> ) Usualmente ( <b>Escore = 0.25</b> ) Sempre ( <b>Escore = 0</b> )	<b>MOR8</b> ____

## ANEXO H – ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HADS

Por favor, leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponde a como você tem se sentido **na última semana**.

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Vale mais a sua resposta espontânea.

A	A maior parte do tempo	Boa parte do tempo	De vez em quando	Nunca
<b>Eu me sinto tenso ou contraído</b>	3	2	1	0
D	Sim, do mesmo jeito que antes	Não tanto quanto antes	Só um pouco	Já não sinto mais prazer em nada
<b>Eu ainda sinto gosto (satisfação) pelas mesmas coisas que costumava gostar</b>	0	1	2	3
A	Sim, de um jeito muito forte	Sim, mas não tão forte	Um pouco, mas isso não me preocupa	Não sinto nada disso
<b>Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer</b>	3	2	1	0
D	Do mesmo jeito que antes	Atualmente um pouco menos	Atualmente bem menos	Não consigo mais
<b>Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas</b>	0	1	2	3
A	A maior parte do tempo	Boa parte do tempo	De vez em quando	Raramente
<b>Estou com a cabeça cheia de preocupações</b>	3	2	1	0
D	Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
<b>Eu me sinto alegre</b>	3	2	1	0
A	Sim, quase sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca
<b>Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado</b>	0	1	2	3
D	Quase sempre	Muitas vezes	De vez em quando	Nunca
<b>Estou lento (lerdo) para pensar e fazer as coisas</b>	3	2	1	0

A	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	Quase sempre
<b>Tenho uma sensação ruim de medo (como um frio na espinha, ou um aperto no estômago...)</b>	0	1	2	3
D	Completamente	Não estou mais me cuidando como eu deveria	Talvez não tanto quanto antes	Talvez não tanto quanto antes
<b>Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência</b>	3	2	1	0
A	Sim, demais	Bastante	Um pouco	Não me sinto assim
<b>Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum</b>	3	2	1	0
D	Do mesmo jeito que antes	Um pouco menos do que antes	Bem menos do que antes	Quase nunca
<b>Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir</b>	0	1	2	3
A	A quase todo momento	Várias vezes	De vez em quando	Não sinto isso
<b>De repente tenho a sensação de entrar em pânico</b>	3	2	1	0
D	Quase sempre	Várias vezes	Poucas vezes	Quase nunca
<b>Consigo sentir prazer ao assistir a um bom programa de TV, de rádio, ou quando leio alguma coisa</b>	0	1	2	3