



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**RENATA PIGHINELLI DALLAQUA**

**QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM  
PACIENTES COM DOENÇAS INFLAMATÓRIAS  
INTESTINAIS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Adjunta Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira  
Co-orientadora: Profa. Dra. Lígia Yukie Sasaki

**Botucatu**

**2015**

*RENATA PIGHINELLI DALLAQUA*

**QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM  
PACIENTES COM DOENÇAS INFLAMATÓRIAS  
INTESTINAIS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Adjunta Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira  
Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria  
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

**Co-orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lígia Yuki Sasaki  
Departamento de Clínica Médica  
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

**BOTUCATU**

**2015**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Dallaqua, Renata Pighinelli.

Qualidade de vida e capacidade funcional em pacientes  
com doenças inflamatórias intestinais / Renata Pighinelli  
Dallaqua. - Botucatu, 2015

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista  
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de  
Botucatu

Orientador: Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira  
Coorientador: Lígia Yukie Sasaki  
Capes: 40602001

1. Doenças inflamatórias intestinais. 2. Incapacidade -  
Avaliação. 3. Qualidade de vida. 4. Ansiedade. 5. Estudos  
transversais. 6. Saúde pública. 7. Pacientes - Pesquisa.

Palavras-chave: Capacidade Funcional; Doenças  
Inflamatórias Intestinais; Percepção da doença; Qualidade  
de Vida; ansiedade; depressão .

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

***RENATA PIGHINELLI DALLAQUA***

**QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM PACIENTES  
COM DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

APROVADA POR:

---

Profa. Dra. Adjunta Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira (orientadora)  
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

---

Profa. Dra. Cristiane Lara Mendes-Chiloff  
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

---

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl  
Universidade de Brasília - UNB

Botucatu  
2015

*Dedicatoria*



*Dedico à minha família, Marcos, Rita e Marquinhos.*

*Meu porto seguro em todos os momentos.*

# *Agradecimientos*

*Primeiramente agradeço a **DEUS** pelo dom da **VIDA** e por estar sempre presente em minha vida, por ter me colocado em lugares especiais com pessoas especiais e por sempre guiar os meus passos.*

*Meu especial agradecimento à professora e orientadora **Ana Teresa** pela confiança depositada em mim e pelo incentivo a ingressar no Mestrado e principalmente pelos ensinamentos que possibilitaram a construção do conhecimento e desenvolvimento tanto profissional como pessoal. Obrigada pela dedicação e paciência nos momentos de ansiedade e dificuldades, principalmente nas análises estatísticas. Seu amor pela profissão e a busca constante pelo saber me serviram como fonte de inspiração e de extrema admiração!*

*À **Lígia Sasaki**, minha co-orientadora, agradeço pelo acolhimento, por permitir que esta pesquisa fosse desenvolvida no Ambulatório de **DII**, pelo apoio e ensinamentos compartilhados para a realização deste trabalho.*

*Agradeço a Professora Doutora **Cristiane Lara Mendes-Chiloff**, exemplo de profissionalismo, por todos os ensinamentos desde o aprimoramento, que com certeza contribuíram para a minha formação profissional. Obrigada pelo apoio e pela amizade.*

*Às Professoras **Albina Rodrigues Torres (Bíba)** e **Eliane Maria Fleury Seidl** pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.*

*Agradeço aos meus pais, **Marcos e Rita** por tudo que sempre me proporcionaram e possibilitaram. Pelo exemplo de luta! Obrigada pelo amor incondicional, apoio e incentivo e principalmente por respeitarem as minhas escolhas. Obrigada por serem meus pais!*

*Ao meu irmão **Marquinhos (Má)**, agradeço por estar sempre presente em minha vida, por respeitar minhas escolhas e por me apoiar nessa trajetória profissional. Obrigada por ser meu irmão!*



*À **Jacqueline Regis**, amiga recente, que se tornou a irmã que não tive. Agradeço a companhia desde o aprimoramento, por participar de todos os momentos bons e difíceis nesta trajetória, pela disponibilidade e prontidão sempre e pela amizade que com certeza será eterna.*

*À **Layla Côco**, amiga e colaboradora, que participou desde o início desde projeto e que sempre estava disposta a me ajudar. Agradeço pelo apoio e incentivo.*

*À **Juliana Marchette**, amiga e companheira de viagens e congressos, sou grata pelo carinho, por cada palavra de força e incentivo.*

*Agradeço aos meus avôs, **Jandiro**, **Maria Iracy**, **Rubens** (in memoriam) e **Maria**, que também foram responsáveis pela minha formação e a eles devo a pessoa que sou hoje!*

*Agradeço ao meu amado **Bruno**, por sua paciência e compreensão, estando sempre ao meu lado me apoiando e incentivando na minha trajetória profissional. Obrigada meu amor!*

*Amigas de ontem, hoje e sempre **Arieth**, **Rê Moura**, **Ana Carolina**, **Larissa** pela amizade eterna, linda e verdadeira. Por mostrarem e despertarem em mim a mais pura essência do significado da verdadeira amizade. Obrigada pelo apoio, por me ouvirem nos momentos mais difíceis e por entenderem as minhas ausências nesse período.*

*Aos **pacientes** que participaram deste estudo. Sem eles, nada disso seria possível.*

*Agradeço também a **FAPESP** - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo apoio financeiro que possibilitou a realização deste trabalho.*

*Epígrafe*

*“De tudo ficaram três coisas:  
A certeza de que estamos sempre começando...  
A certeza de que precisamos continuar...  
A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...”*

*Portanto, façamos:  
Da interrupção, um novo caminho.  
Da queda, um passo de dança...  
Do sonho, uma ponte...  
Da procura, um encontro...”*

*(Fernando Sabino)*

*Resumo e Abstract*

## RESUMO

DALLAQUA, R. P. **Qualidade de vida e capacidade funcional em pacientes com doenças inflamatórias intestinais. 2015.** Dissertação, Pós Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, UNESP. Botucatu, SP, Brasil, 2015.

**Introdução:** As doenças inflamatórias intestinais (DII) são doenças crônicas, de etiologia multifatorial, sendo as manifestações mais frequentes a Retocolite Ulcerativa (RCU) e a Doença de Crohn (DC). A intensidade e cronicidade dessas doenças podem afetar negativamente a vida diária e interferir na qualidade de vida (QV) e capacidade funcional (CF) de seus portadores. **Objetivos:** Avaliar QV e CF em pacientes com DII e estudar as associações dos índices de QV e dos índices de CF com variáveis sociodemográficas, clínicas, e psicossociais (sintomas de ansiedade e depressão, apoio, social, percepção da doença). **Método:** Estudo descritivo e analítico, de corte transversal. A amostra desta pesquisa, calculada para se obterem diferenças da ordem de 20% com um nível de significância de 5% e um poder de teste de 80%, foi de 106 pacientes, 53 com DC e 53 com RCU, atendidos no ambulatório de DII do Hospital das Clínicas de Botucatu da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB). Foram utilizados: formulário padronizado para obtenção de dados sociodemográficos e clínicos; Escore de Mayo e Índice de Atividade da Doença de Crohn (CDAI) para avaliação da atividade clínica da RCU e DC, respectivamente. Sintomas depressivos e ansiosos foram avaliados pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). Para avaliação da qualidade de vida foram aplicados o Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida - *Medical Outcomes Study 36 Item Short-Form Health Survey* (SF-36) e o *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ). A capacidade funcional e percepção da doença foram avaliadas pela Escala de Karnofsky e Questionário de Percepção de Doenças Breve (B-IPQ) respectivamente. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, bivariada e multivariada, tendo como desfechos os índices de qualidade de vida e da capacidade funcional. Para estudar a associação entre esses desfechos com as variáveis categóricas foi utilizado o Teste do Qui-Quadrado de Pearson. Para as variáveis contínuas, não paramétricas, utilizaram-se o Teste de Mann-Whitney e Teste de Kruskal Wallis. Para estudar a correlação entre os questionários IBDQ e SF-36 utilizou-se o teste de correlação de postos de Spearman. Foi adotado um nível de significância estatístico de 5% ( $p < 0,05$ ). Posteriormente os resultados foram submetidos à análise multivariada por meio da regressão linear múltipla e regressão logística para obtenção de estimativas de associação livres de confusão. **Resultados:** Foram avaliados 106 pacientes com média de idade de 44,3 (DP $\pm$ 14,2) e média de 10anos de estudo (DP $\pm$  4,3), 67% da amostra eram mulheres. Pacientes com DC eram mais jovens que pacientes com RCU ( $p=0,002$ ). A maioria dos pacientes (65,1%) encontrava-se em remissão clínica da doença. Segundo a HAD, 43,4% dos pacientes tinham ansiedade, 54,3% com DC e 45,7% com RCU ( $p=0,43$ ); 41,5% dos pacientes apresentaram sintomas depressivos, (50% com DC e 50% com RCU). Com relação à capacidade funcional, a maior parte (67%) dos pacientes foi classificada como apta para cuidar de si e para o trabalho. O B-IPQ indicou que 22 pacientes com DC (56,4%) e 17 pacientes com RCU (43,6%) percebiam sua doença como ameaça. Em relação à avaliação da QV pelo IBDQ, a maioria dos pacientes apresentou qualidade de vida classificada

como boa. Entre os 15 participantes classificados como tendo QV ruim (14,2%), a maioria era portadora de DC (n=11; 73,3%), e 26,7% tinham RCU. Entre os classificados como tendo excelente QV (29,2%), 61,3% eram portadores de RCU e 38,7% de DC. Os domínios do IBDQ associaram-se significativamente com a atividade da doença. As distribuições das pontuações do SF-36 e do IBDQ não diferiram significativamente em relação aos diagnósticos estudados. No componente físico, as médias mais elevadas foram observadas no domínio da capacidade funcional, sendo de 71,6 (DP± 27,7) na DC e 69,3 (DP± 29,0) na RCU. No componente mental, a média mais alta foi no domínio dos aspectos sociais, para ambos os diagnósticos, 66,9 (DP± 31,4) na DC e na RCU 73,3 (DP±26,7). Por meio da regressão linear múltipla, observou-se que características sociodemográficas, clínicas e psicossociais associaram-se independentemente e diferentemente aos vários domínios de QV, permaneceram independentemente associados no modelo final, ao domínio capacidade funcional: idade (p=0,001) e percepção da doença (p<0,001); ao domínio aspectos físicos: atividade da doença (p=0,002) e percepção da doença (p<0,001), e ao domínio dor: depressão (p=0,005) e percepção da doença (p=0,002). Permaneceram associados ao domínio estado geral de saúde: idade (p=<0,001); depressão (p=0,000) e percepção da doença (p=0,000); ao domínio vitalidade: atividade da doença (p=0,007); ansiedade (p=<0,001) e depressão (p=0,001); ao domínio aspectos emocionais: ansiedade (p=0,000), depressão (p=0,005) e percepção da doença (p=0,005), ao domínio aspectos sociais: depressão (p=<0,001) e percepção da doença (p=0,002); e, finalmente à saúde mental: idade (p=0,000), ansiedade (p=<0,001) e depressão (p=<0,001). A regressão múltipla com a qual se estudou a associação entre as dimensões de percepção da doença e os diferentes domínios da QV, segundo o SF-36, mostrou que se associaram independentemente ao domínio capacidade funcional as dimensões controle do tratamento (p=0,002) e identidade (p=0,001); ao domínio aspectos físicos: consequência da doença (p=0,000) e controle individual (p=0,02); ao domínio dor: identidade (p=0,000); ao domínio estado geral de saúde: consequência da doença (p=0,000); ao domínio vitalidade: consequência da doença (p=0,030 e identidade (p=0,003) e aos domínios aspectos emocionais e saúde mental: consequência da doença. (p=0,000). A regressão logística indicou que capacidade funcional manteve-se associada apenas à posição na ocupação, com OR=4,92 (IC=7,00-92,12), sugerindo que as pessoas que se mantém trabalhando tem uma chance de quase cinco vezes mais de ter preservada sua capacidade funcional. **Conclusões:** Características sociodemográficas, clínicas e, especialmente, as psicossociais associaram-se independentemente e diferentemente aos vários domínios de QV; também se associaram aos domínios da QV, as dimensões do B-IPQ. Esses resultados sugerem que são necessárias intervenções psicossociais que visem informar e orientar portadores de DII considerando essas dimensões de percepção da doença. Enfatiza-se a importância do olhar do profissional de saúde, que atua na área das DII, para os fatores de natureza psicossocial, em especial os sintomas de depressão, que interferem na qualidade de vida dessas pessoas, visando diminuir o impacto negativo que a doença pode acarretar em suas vidas.

**Palavras-Chaves:** Doenças Inflamatórias Intestinais, Qualidade de Vida, Capacidade Funcional, Percepção da doença

**ABSTRACT**

DALLAQUA, R. P. **Quality of life and functional ability in patients with inflammatory bowel disease**. 2015. Dissertation, M. S. in Public Health. Botucatu College of Medicine, São Paulo State University, UNESP, Botucatu, SP, Brazil, 2015.

Introduction: Inflammatory bowel diseases (IBD) are multifactorial etiology, chronic diseases. The most current manifestations are ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD). The intensity and chronic factor of these diseases may affect negatively one's daily life and interfere in the quality of life (QoL) and functional ability (FA) of patients. Purpose: To assess QoL and FA in patients with IBD, and to study relationship of QoL and FA indicators with social and demographic, clinical, and psychosocial variables (symptoms of anxiety and depression, social support, illness perception). Method: Cross-sectional, descriptive and analytical study. The sampling of this research was of 106 patients, 53 with CD and 53 with UC, who were treated at a IBD outpatient clinic in Botucatu College of Medicine Medical Hospital. The sampling was calculated in order to achieve differences of 20%, approximately, with a 5% significance level and 80% power. Several scores and tests were utilized, such as a standardized form for social, demographic and clinical data acquisition; the Mayo score and the Crohn's Disease Activity Index (CDAI) for assessment of UC and CD clinical activity, respectively. Anxiety and depression symptoms were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The Medical Outcomes Study 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36) and the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) were utilized in order to assess quality of life. Functional activity and illness perception were assessed using the Karnofsky Score and the Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ), respectively. Data were evaluated by bivariate and multivariate, descriptive statistical analysis, and quality of life and functional ability indicators were the main outcomes. Pearson's chi square test were utilized in order to study the relationship between those outcomes and the category variables. Mann-Whitney U Test and Kruskal Wallis Test were utilized for non-parametric continuous variables. Spearman's rank correlation coefficient was used in order to study the correlation between IBDQ and SF-36 questionnaires. A 5% statistical significance level was adopted ( $p < 0.05$ ). In addition, results were evaluated by multivariate analysis using multiple linear regression and logistic regression for acquisition of clear relationship estimative. Results: 106 patients with median age of 44.3 (SD±14.2) and average of 10 years of study (SD±4.3). 67% of the sampling consisted of female patients. CD patients were younger than UC patients ( $p=0.002$ ). Most patients (65.1%) were in clinical remission. According to the HADS, 43.4% of patients had anxiety, 54.3% with CD and 45.7% with UC ( $p=0.43$ ). 41.5% of patients had depressive symptoms (50% with CD and 50% with UC). Related to functional ability, most patients (67%) were classified as able to self-care and to work. B-IPQ indicated that 22 CD patients (56.4%) and 17 UC patients (43.6%) deemed their disease as a threat. In relation to QoL assessment using IBDQ, most patients had good quality of life. Among 15 participants classified as with poor QoL (14.2%), most of them had CD ( $n=11$ ; 73.3%), and 26.7% had UC. Among those classified as with excellent QoL (29.2%), 61.3% had UC and 38.7% had CD. IBDQ domains were related significantly with disease activity. SF-36 and IBDQ score distribution did not differ significantly in relation to the diagnosis analyzed. In a

physical view higher medians were noted in functional ability domain, with 71.6 (SD±27.7) in CD and 69.3 (SD±29.0) in UC. In a mental view the highest median was in social domain for both diagnosis, 66.9 (SD±31.4) in CD and 73.3 (SD±26.7) in UC. The use of multiple linear regression indicated that social and demographic, clinical and psychosocial features were associated regardless of and differently in several QoL domains. In the final model the following features were independently associated with functional ability domain: age ( $p=0.001$ ) and illness perception ( $p<0.001$ ); physical aspects domain: disease activity ( $p=0.002$ ) and illness perception ( $p<0.001$ ); and pain domain: depression ( $p=0.005$ ) and illness perception ( $p=0.002$ ). The following features were associated with overall health status domain: age ( $p<0.001$ ); depression ( $p=0.000$ ) and illness perception ( $p=0.000$ ); vitality domain: disease activity ( $p=0.007$ ), anxiety ( $p<0.001$ ) and depression ( $p=0.001$ ); emotional aspects domain: anxiety ( $p=0.000$ ), depression ( $p=0.005$ ) and illness perception ( $p=0.005$ ); social aspects domain: depression ( $p<0.001$ ) and illness perception ( $p=0.002$ ); and at last mental health: age ( $p=0.000$ ), anxiety ( $p<0.001$ ) and depression ( $p<0.001$ ). Multiple regression evaluation used to study relationship between illness perception and different QoL domains, according to the SF-36, has shown that the following features were associated independently with functional ability domain: treatment control ( $p=0.002$ ) and identity ( $p=0.001$ ); physical aspects domain: disease consequences ( $p=0.000$ ) and individual control ( $p=0.02$ ); pain domain: identity ( $p=0.000$ ); overall health status domain: disease consequences ( $p=0.000$ ); vitality domain: disease consequences ( $p=0.030$ ) and identity ( $p=0.003$ ); and emotional aspects and mental health domains: disease consequences ( $p=0.000$ ). The logistic regression indicated that functional ability remained associated only with occupation rank (OR=4.92, CI=7.00-92.12), suggesting that those who stay working has a chance about five times higher to keep their functional ability. Conclusions: Social and demographic, clinical and especially psychosocial features were associated regardless of and differently in several QoL domains, as well as B-IPQ dimensions were associated with QoL domains. It indicates that psychosocial interventions are required, and they shall inform and instruct IBD patients, taking into account the dimensions of illness perception and pointing out the importance of a view from health care providers involved with IBD towards psychosocial features, especially depressive symptoms which interfere in the quality of life of patients, in order to reduce the negative impact the disease may cause in their lives.

**Keywords:** Inflammatory bowel disease. Quality of life. Functional ability. Illness perception.



*Lísta Abreviaturas*  
*e*  
*Lísta de Tabelas*

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

DII	Doenças Inflamatórias Intestinais
RCU	Retocolite Ulcerativa
DC	Doença de Crohn
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
<i>Brief IPQ</i>	<i>Brief Illness Perception Questionnaire</i>
B-IPQ	Questionário de Percepção de Doenças Breve
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CF	Capacidade Funcional
IBDQ	<i>Inflammatory Bowel Disease Questionnaire</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
SF-36	Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida
B-IPQ-R	<i>Brief Revised Illness Perception Questionnaire</i>

**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b>	– Distribuição de números e porcentagens, médias, medianas e desvio padrão de características sociodemográficas, segundo sexo...47
<b>Tabela 2</b>	– Distribuição de números e porcentagens de características clínicas, segundo sexo.....48
<b>Tabela 3</b>	– Distribuição de números e porcentagens, médias, medianas e desvio padrão de características sociodemográficas, segundo diagnóstico.....49
<b>Tabela 4</b>	– Distribuição de números e porcentagens de características clínicas, segundo diagnóstico.....50
<b>Tabela 5</b>	– Distribuição de números e porcentagens, médias, medianas e desvio padrão de aspectos psicossociais, segundo diagnóstico.....51
<b>Tabela 6</b>	– Distribuição de números e porcentagens de aspectos psicossociais, segundo fase da doença.....53
<b>Tabela 7</b>	– Médias, desvios padrão e medianas das dimensões da Percepção da Doença (B-IPQ).....54
<b>Tabela 8</b>	– Distribuição de números e porcentagens, médias, medianas e desvio padrão da qualidade de vida do IBDQ, segundo diagnóstico. ...54
<b>Tabela 9</b>	– Médias, desvios padrão e medianas da Qualidade de Vida (IBDQ). ...55
<b>Tabela 10</b>	– Médias, desvios padrão e medianas da Qualidade de Vida (SF-36). ...55
<b>Tabela 11</b>	– Associações entre os domínios do componente físico (SF-36) com as variáveis sociodemográficas. ....56
<b>Tabela 12</b>	– Associações entre os domínios do Componente Mental (SF-36) e as variáveis sociodemográficas. ....57
<b>Tabela 13</b>	– Associações entre os domínios do Componente Físico (SF-36) e as variáveis clínicas. ....58
<b>Tabela 14</b>	– Associações dos domínios do Componente Mental (SF-36) e as variáveis clínicas. ....58
<b>Tabela 15</b>	– Associações entre os domínios do IBDQ e as variáveis clínicas. ....59

---

<b>Tabela 16</b> – Associações entre os resultados dos domínios do SF-36 e as categorias do IBDQ.....	59
<b>Tabela 17</b> – Associações entre os resultados dos domínios do SF-36 e os resultados da HAD (Ansiedade).....	60
<b>Tabela 18</b> – Associações entre os resultados dos domínios do SF-36 e os resultados da HAD (Depressão). ....	60
<b>Tabela 19</b> – Associações entre os resultados do B-IPQ e os resultados do SF-36.....	61
<b>Tabela 20</b> – Associação da pontuação do IBDQ com a pontuação de cada domínio do SF-36.....	61
<b>Tabela 21</b> – Distribuição de números e porcentagens de capacidade funcional (Escala de Karnofsky), segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais. ....	63
<b>Tabela 22</b> – Regressão Múltipla da pontuação de cada domínio do SF-36 em relação às características sociodemográficas, clínicas e psicossociais. ....	66
<b>Tabela 23</b> – Regressão Logística: Associações entre capacidade funcional (Escala de Karnofsky) e as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais (Modelo1). ....	67
<b>Tabela 24</b> – Regressão Logística: Associações entre capacidade funcional (Escala de Karnofsky) e as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais (Modelo final). ....	67
<b>Tabela 25</b> – Regressão Múltipla da pontuação dos domínios de QV, segundo o SF-36, em relação às dimensões de percepção da doença (B-IPQ). ..	69

# *Sumário*

---

**SUMÁRIO**

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	22
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	31
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	33
<b>3.1 Objetivo Geral</b> .....	33
<b>3.2 Objetivos Específicos</b> .....	33
<b>4 HIPÓTESES</b> .....	35
<b>5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	37
<b>6 MÉTODO</b> .....	39
<b>6.1 Desenho do Estudo</b> .....	39
<b>6.2 Participantes da Pesquisa</b> .....	39
<b>6.2.1 Critérios de Inclusão</b> .....	39
<b>6.2.2 Critérios de Exclusão</b> .....	39
<b>6.3 Procedimento</b> .....	40
<b>6.4 Instrumentos</b> .....	40
<b>6.5 Análise dos dados</b> .....	44
<b>7 RESULTADOS</b> .....	46
<b>8 DISCUSSÃO</b> .....	71
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	88
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	91
<b>ANEXOS</b> .....	104

# *Introdução*

## **1 INTRODUÇÃO**

Desde a última metade do século XX observa-se um aumento progressivo e significativo de inflamações intestinais. As doenças inflamatórias intestinais (DII) são doenças crônicas, progressivas e recidivantes, capazes de desenvolver uma reação inflamatória na mucosa digestiva de natureza imunológica, podendo causar incapacidade ao longo do tempo. Suas manifestações mais frequentes são a Retocolite Ulcerativa (RCU) e a Doença de Crohn (DC) (BARBIERI, 2000; QUILICI et al., 2007; LATELLA; PAPI, 2012).

A DC e a RCU diferem em relação ao local acometido pela inflamação. Na DC a inflamação atinge uma ou mais regiões do trato gastrointestinal, podendo ocorrer em qualquer ponto de sua extensão, isto é, trata-se de uma inflamação transmural da parede intestinal, sendo mais comum no íleo-terminal. Já a RCU envolve a inflamação apenas da mucosa e submucosa da parede intestinal, sendo restrita ao cólon e podendo estender-se até ao ceco (WALSH et al., 2011).

Apenas na segunda metade do século passado, as DII passaram a receber atenção especial, mas, já no século VI a.C, Hipócrates mencionava um tipo de diarreia crônica associada a evacuações com sangramento e úlceras no cólon, constituindo uma enfermidade clínica que se assemelhava a RCU. A DC também não é uma doença nova, havendo também relatos sobre ela desde a Grécia Antiga, no entanto, foi somente em 1960 que se determinou a DC como uma afecção separada da RCU (QUILICI, 2002).

As DII estão presentes em todo o mundo, mas sua distribuição não é homogênea (BAUMGART et al., 2011). Segundo esses autores, enquanto em alguns países o número de casos é pequeno, em outros essas doenças já se tornaram um problema de saúde pública, pois atingem população relativamente jovem, podendo apresentar formas clínicas graves, o que implica num aumento da morbidade e em elevado custo do tratamento, trazendo implicações sociais importantes. Este elevado custo tem sido atribuído à necessidade de que pacientes com DC e RCU, devido à frequente exigência de procedimentos específicos, recorram, sobretudo, aos serviços de nível terciário.

Atualmente, pesquisas revelam maior incidência de DII em países industrializados, com dados expressivos na América do Norte e Europa (MOLODECKY et al. 2012) porém, países em desenvolvimento, como o Brasil,



também vem apresentando aumento significativo na incidência dessas doenças (SOUZA et al., 2002; VICTORIA et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2010). Estudos epidemiológicos no Brasil ainda são poucos e, de modo geral, restritos a determinadas regiões do país (LEITE, 2012). Leite (2012) mostra que a região Norte tem menor número de internações (1,16/100.000 hab.) para estes casos, sendo seguida pelas regiões Nordeste (2,17/100.000 hab.), Sudeste (2,42/100.000 hab.), Sul (3,07/100.000 hab.) e Centro-Oeste (3,32/100.000 hab.). Um único estudo epidemiológico realizado na região de Botucatu (SP) mostrou baixa incidência de 4,5/100.000 hab. para RCU e 3,50/100.000 hab. para DC, sendo semelhante à de outros países da América Latina e sul da Europa com uma prevalência crescente de 14,81 e 5,65/100.000 habitantes para RCU e DC, respectivamente (VICTORIA et al., 2009).

A etiologia dessas doenças não é completamente conhecida, mas há evidências da participação de fatores imunológicos, inflamatórios, genéticos, infecciosos, ambientais, dietéticos e psicossociais. Assim sendo, a concepção atual para se compreender as DII é a da multicausalidade, segundo a qual o surgimento e a evolução da doença estão associados à somatória de diversos fatores, os quais envolvem a interação entre fatores orgânicos, psicológicos e sociais. Existe um consenso de que fatores genéticos tornam o indivíduo suscetível ao desenvolvimento da doença e fatores ambientais são responsáveis por seu desencadeamento e sua modulação, entre esses a dieta, condições de higiene e sanitárias e composição da flora intestinal (SCHIRBEL; FIOCCHI, 2010).

O curso das DII é incerto, uma vez que alguns pacientes seguem de forma indiferente com longos períodos de remissão, enquanto outros apresentam a doença com muito mais intensidade, ou seja, em atividade da doença (YARUR et al., 2011). Neste período, os pacientes apresentam sintomas como diarreia, sangramento nas fezes, perda de peso, fadiga e dor abdominal. Há ainda manifestações extra-intestinais, onde outros órgãos são atingidos de forma mais ou menos intensa, como artralgia, artrite, lesões cutâneas e hepatopatias, que podem ou não estar associadas ao período de atividade da doença (QUILICI, 2002; MISZPUTEN, 2002).

O caráter crônico da DII, bem como a falta de conhecimento sobre sua etiologia, exige muitas vezes tratamento farmacológico sustentado e atento seguimento pelo clínico, sendo necessário realizar planejamento terapêutico individualizado, já que os sintomas aparecem de forma diferente em cada paciente e

para cada um a remissão do sintoma ocorre de forma variada. O tratamento pode ser clínico (corticosteróides, antibióticos, aminossalicilatos, imunossuppressores/ imunomoduladores ou terapia biológica) ou cirúrgico (ressecção do segmento acometido) (CASTELLI; SILVA, 2007; SANDS, 2007; COLLI et al., 2008).

Nos últimos anos, a literatura evidencia, nas pesquisas relacionadas à saúde, a incorporação da discussão e avaliação da qualidade de vida (QV) dos indivíduos acometidos, especialmente, por doenças crônicas. A avaliação da QV pretende analisar a efetividade das intervenções no âmbito da saúde e tratamento, bem como avaliar o impacto das doenças crônicas sobre a vida das pessoas (CICCONELLI, 1997; MINAYO, 2005). Qualidade de vida é um conceito complexo e tem sido objeto de análise por vários estudiosos, associando-se à avaliação subjetiva do bem estar dos indivíduos de todos os componentes da vida humana (PAIS-RIBEIRO, 2009).

A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) caracteriza-se como o valor atribuído à vida pelo próprio indivíduo, ponderado pelas deteriorações funcionais, pelas percepções e condições sociais que são alteradas pela doença, agravos, tratamento e pela organização política e econômica do sistema de assistência à saúde (AUQUIER et al., 1997).

O estudo da QV é pertinente para doenças crônicas recidivantes como as DII, uma vez que essas podem comprometer os sujeitos desde a adolescência até a idade adulta e velhice, trazendo significativo impacto sobre todas as esferas de sua vida. Estudos mostram a importância da QV nas DII (IRVINE, 1993; PALLIS et al., 2002; BERNKLEV et al., 2005; GRAFF et al., 2006; VERÍSSIMO et al., 2008; LARSSON et al., 2008; COELHO, 2010; KALAFATELI et al., 2013; MAGALHÃES et al., 2015; VAN DER HAVE et al., 2014), uma vez que esta pode estar comprometida tanto qualitativa como quantitativamente, já que o portador de DII convive com sintomas extremamente desagradáveis, como crises de diarreia, cólicas intestinais, sangramentos e possíveis complicações, como estenoses e fístulas que geram alto grau de desconforto e estresse.

Na literatura pesquisada (SAINSBURY; HELTLEY, 2004; HAAPAMAKI et al., 2009; JAGHULT et al., 2011; FRÁGUAS JUNIOR; HUMES, 2012; GOODHAND et al., 2012; SAJADINEJAD et al., 2012; KALAFATELI et al., 2013), evidencia-se maior frequência de diagnósticos psiquiátricos e de indicadores de sofrimento psicológico em portadores de DII, quando comparados, com a população em geral. Constatou-se que entre os fatores psicológicos mais prevalentes em portadores das DII

destacam-se os sintomas ansiosos e depressivos. (NEVES NETO, 2001; GUTHRIE et al., 2002; KNUTSON et al., 2003; VAN DER EIJK et al., 2004; IGLESIAS et al., 2009; HAUSER et al., 2011; FAUST et al., 2012; SAJADINEJAD et al., 2012).

Nota-se que esses sintomas são mais graves durante os períodos de atividade das DII e nas situações de maior gravidade das mesmas (COSTA; CHAVES, 2006; GRAFF et al. 2006; VIDAL et al., 2008; GRAFF et al., 2009; COHEN et al., 2010; FAUST et al. 2012; LEONG et al. 2014).

Estudos como os de Guthrie et al. (2002), Larsson et al. (2008), Faust et al. (2012), avaliando sintomas de ansiedade e depressão, utilizando a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD), evidenciaram escores significativos desses sintomas entre 25% a 49% destes sujeitos.

O paciente portador de DII vivencia ou experimenta uma série de eventos fisiológicos, psíquicos, emocionais e sociais, durante períodos de atividade e/ou remissão da doença que podem variar de paciente para paciente, mesmo que esses se encontrem em situações semelhantes (SCHIRBEL; FIOCCHI, 2010). Neste sentido, ressalta-se que o papel do significado atribuído à doença, que é variável entre os indivíduos, pode ser determinante na avaliação dos sintomas, na interpretação de suas causas e evolução, bem como nas decisões em aderir às recomendações médicas ou mesmo em relação a mudanças de hábitos de vida pouco saudáveis (REIS; FRADIQUE, 2003). Nesta perspectiva, entre as variáveis psicossociais, que interferem na vivência e no tratamento, destaca-se a percepção de doença.

A percepção que os indivíduos têm sobre suas doenças depende de informações que possuem sobre a doença, sobre os sintomas, as causas, o tempo de tratamento, a evolução e o prognóstico (GOMEZ et al., 2011).

Neste sentido, estudiosos propuseram modelos de autorregulação do comportamento, na tentativa de explicar e compreender a relação entre cognições, emoções e comportamentos envolvidos no processo saúde e doença (CAMERON; LEVENTHAL, 2003). Entre esses, o Modelo de Autorregulação do Comportamento de Leventhal, é um modelo cognitivo que postula que os indivíduos constroem esquemas mentais sobre uma determinada doença, baseados em percepções atuais e em suas condições de saúde. No momento em que o indivíduo depara-se com a doença, essas percepções podem influenciar as condutas relacionadas ao autocuidado, bem como podem direcionar as estratégias utilizadas no enfrentamento

da doença, determinando as respostas aos sintomas e a adesão ao tratamento, visando obter resultados adaptativos e bem-estar (LEVENTHAL, NERENZ; STEELE, 1984; CAMERON; LEVENTHAL, 2003; LEVENTHAL; BRISSETTE; LEVENTHAL, 2003; HAGGER; ORBELL, 2003; GOMEZ et al., 2011; NOGUEIRA, 2012).

No processo de autorregulação, as respostas às doenças, seguem três fases: a *primeira fase* é a percepção cognitiva e emocional da ameaça à saúde ou interpretação, a *segunda fase* está relacionada ao desenvolvimento e implementação das estratégias de enfrentamento para lidar com a ameaça, já a *terceira fase* permite a avaliação das estratégias de enfrentamento empregadas, com objetivo de adaptação à doença ou às suas consequências. (HAGGER; ORBELL, 2003; SOUSA, 2003; PACHECO-HUERGO et al., 2011).

Nesse processo, destacam-se cinco componentes que Leventhal atribui à representação cognitiva da doença (DIEFENBACH; LEVENTHAL, 1996; FIGUEIRAS et al., 2002; MOSS-MORRIS et al., 2002; CAMERON; LEVENTHAL, 2003; LEVENTHAL; BRISSETTE; LEVENTHAL, 2003; SANTOS; PAIS-RIBEIRO; LOPES, 2003; BROADBENT et al., 2006; PETRIE; WEINMAN, 2006; NOGUEIRA, 2012): *Identidade* (refere-se ao rótulo que o paciente possui sobre a sua doença, bem como à interpretação dos sintomas e o desenvolvimento de crenças sobre os sintomas associados à doença. Este componente vai determinar todos os outros, à medida em que as representações serão desenvolvidas em consonância com o rótulo atribuído); *Causa* (indica as possíveis atribuições sobre o que pode ter provocado a doença, que podem se referir a fatores internos e externos); *Dimensão temporal* (refere-se à duração da doença, como aguda, crônica ou cíclica/episódica); *Consequência da doença* (indica as crenças que o indivíduo possui sobre a gravidade da doença e o impacto sobre o funcionamento físico, psicológico e social); *Controle* (refere-se à crença sobre a possibilidade de cura ou controle sobre a doença, seja através do tratamento ou do controle pessoal).

Estudos apontam que a percepção da doença está diretamente ligada à possibilidade de gerar no indivíduo resultados positivos em relação a sua capacidade funcional, enfrentamento mais ativo e menos centrado na ameaça, desempenho físico, aspectos psicológicos (ansiedade e depressão), sociais e evolução do estado de saúde e adesão ao tratamento (WEINMAN; PETRIE, 1997; BRITO; ARAUJO, 2002; BROADBENT et al., 2006; PETRIE; WEINMAN, 2006; QUICENO; VINACCIA, 2010; CHEN et al., 2011; YAN et al., 2011). Além disso,

considera-se que não é necessário que os indivíduos tenham vivenciado uma experiência direta com a doença para que desenvolvam seus modelos de representação cognitiva e emocional, na medida em que podem desenvolver suas percepções a partir da experiência do contexto social, bem como de familiares e por influências de informações fornecidas pelos meios de comunicação social (PETRIE; WEINMAN, 2006).

No âmbito mundial, houve um crescimento de pesquisas sobre a temática percepção de doença e alguns autores desenvolveram instrumentos com base no Modelo de Autorregulação de Leventhal: *Illness Perception Questionnaire* (IPQ); *Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R); e *Brief Illness Perception Questionnaire* (Brief IPQ) (WEINMAN et al., 1996; MOSS-MORRIS et al., 2002; BROADBENT et al., 2006), visando identificar a percepção apresentada pelos indivíduos sobre determinadas doenças.

Neste contexto, ainda são poucos os estudos que tem por objetivo compreender os comportamentos relacionados à saúde e à doença, bem como estratégias de enfrentamento e desenvolvimento de intervenções, especificamente nos pacientes com DII (DORRIAN et al., 2009; KIEBLES et al., 2010; KNOWLES et al., 2013; ROCHELLE; FILDER, 2014; VAN DER HAVE et al., 2014)

Associada às manifestações psíquicas, a capacidade funcional também pode ser prejudicada como consequência das condições crônicas das DII (PEYRIN-BIROULET et al., 2011; ABRAHAM et al., 2012; LEONG et al., 2014; MAGALHÃES et al., 2015).

A capacidade funcional refere-se à potencialidade e autonomia do indivíduo em desempenhar suas atividades da vida diária, em realizar atividades instrumentais sem limitações e que são indispensáveis para proporcionar o bem estar e uma boa qualidade de vida. Ela também é classificada como um marcador de qualidade de vida e permite medir o quanto o indivíduo pode realizar suas atividades ou quanto perdeu esta habilidade. (OMS, 2003; FARIAS; BUCHALLA, 2005; HAAS, 2010).

A Assembléia Mundial de Saúde aprovou em 2001, a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). Essa classificação descreve a saúde e os estados relacionados à mesma e padroniza a linguagem entre os profissionais. De acordo com essa classificação, a incapacidade resulta não apenas de uma deficiência orgânica, mas da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, à limitação de suas atividades, à restrição de

participação social e aos fatores ambientais e pessoais que interferem no seu desempenho em atividades da vida diária que são imprescindíveis para a vivência do cotidiano. (WHO, 2001; OMS, 2003; FARIAS; BUCHALLA, 2005; YANG; GEORGE, 2005).

Devido ao aumento da prevalência e incidência das doenças crônicas e das suas complicações há um empenho em desenvolver novas classificações e mensurações da capacidade funcional, como descrito por Nubila (2010). Mais recentemente, atendendo essa necessidade, conta-se com instrumento específico para DII desenvolvido por Allen et al. (2013).

As DII podem ocasionar impacto direto ou indireto sobre a capacidade funcional do paciente, tanto no desempenho das atividades de vida diária, (do ponto de vista físico ou mental), como no desempenho de suas atividades sociais e ocupacionais. Este impacto pode ter consequências econômicas significativas tanto para o indivíduo quanto para a sociedade (PEYRIN-BIROULET et al., 2011; ALLEN et al., 2013). Esses autores também mostram que as funções corporais são muitas vezes prejudicadas ao longo do tratamento em pacientes com DII, podendo-se supor que essas alterações afetem a capacidade funcional.

Dados encontrados desde 1989, o estudo de Sonnenberg et al., encontrou alta prevalência de incapacidade funcional em pacientes jovens com DII tendo a incapacidade funcional grande repercussão socioeconômica.

Van Langenberg e Gibson (2010) descrevem que a prevalência de fadiga varia de 41% a 48% em pacientes em remissão da doença, porém há conflitos nos dados sobre se a gravidade da fadiga é proporcional à gravidade ou o período de atividade da doença. As dores abdominais e as alterações nas funções digestivas como absorção de nutrientes e tolerância à alimentação também são frequentes nos pacientes comprometendo o desempenho das atividades diárias, bem como a qualidade de vida (PEYRIN-BIROULET et al., 2011).

Em relação à inserção em atividades ocupacionais, estudos descrevem taxas que variam de 12% a 49% de desemprego na população com DII (LONGOBARDI et al., 2003; LICHTENSTEIN et al., 2003; LEONG et al., 2014).

Recente pesquisa grega, realizada por Viazis et al. (2013), identificou que os problemas associados com os sintomas de DII interferiram na capacidade de trabalho em 40% dos pacientes, sendo mais prevalente essa interferência entre as faixas etárias de 18 a 29 e 40 a 49 anos, enquanto que mais da metade dos

pacientes (57%) estavam de licença médica. Outros estudos também identificaram taxas elevadas de pacientes em licença médica. (BOONEN et al., 2002; BERNKLEV al., 2006; MAGALHÃES et al., 2015).

O empenho em desenvolver novas classificações evidencia-se em estudos que apontam a importância de se avaliar a capacidade funcional em pacientes com DII e desenvolver índices específicos para avaliação da incapacidade funcional nas DII, porém esses instrumentos não foram validados para a população brasileira (PEYRIN-BIROULET et al., 2010; ALLEN et al., 2013).

*Justificativa*



## **2 JUSTIFICATIVA**

Devido à intensidade e cronicidade dos sintomas das doenças inflamatórias intestinais, essas podem ter importantes implicações psicossociais na vida dos pacientes. Constata-se não apenas um aumento na prevalência dessas doenças, como um aumento considerável de doentes com DII apresentando sintomas depressivos e ansiosos que geram grande sofrimento e podem limitar ainda mais sua capacidade funcional, comprometendo sua qualidade de vida. No entanto, ainda são raros os estudos brasileiros que avaliam nesses doentes aspectos sociodemográficos, clínicos, sofrimento psíquico, percepção da doença, buscando estudar sua associação com qualidade de vida e capacidade funcional, e é nesse contexto que se insere o presente estudo.

*Objetivos*

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- ✓ Avaliar qualidade de vida (QV) e capacidade funcional (CF) em portadores de DII e estudar as associações dos índices de QV e dos índices de CF com variáveis sociodemográficas e clínicas; sintomas de ansiedade e depressão e percepção da doença.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Descrever características sociodemográficas e clínicas de indivíduos portadores de DII;
- ✓ Estimar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em portadores de DII;
- ✓ Avaliar a percepção da doença e suas dimensões em portadores de DII;
- ✓ Comparar as medidas de qualidade de vida, capacidade funcional e sintomas de ansiedade e depressão e percepção da doença entre os pacientes com RCU ou DC e entre aqueles em período de atividade ou remissão de sintomas da doença.
- ✓ Comparar os resultados obtidos com os dois instrumentos de QV (SF-36 e IBDQ).

*Hipóteses*



#### **4 HIPÓTESES**

- ✓ Índices de QV associam-se às características clínicas (atividade e intensidade da doença), sociodemográficas, sintomas psicológicos (sintomas de ansiedade e depressão), percepção da doença e capacidade funcional;
- ✓ Índices de CF associam-se com variáveis clínicas, sociodemográficas, sintomas psicológicos (ansiedade e depressão) e percepção da doença;
- ✓ Não há diferenças entre as medidas de qualidade de vida, sintomas de ansiedade e depressão, percepção da doença e capacidade funcional entre pacientes portadores de RCU ou DC.

## *Considerações Éticas*

## **5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Este projeto foi aprovado pelo o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), nº 339/2012 – Protocolo CEP 4277-2012. Todos os pacientes convidados a integrar esta pesquisa foram esclarecidos dos objetivos e resultados esperados do estudo e estes participaram após a informação, consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 10 e 11).

*Método*



## **6 MÉTODO**

### **6.1 Desenho do Estudo**

Foi desenvolvido um estudo observacional, descritivo e analítico, de corte transversal.

### **6.2 Participantes da Pesquisa**

Foram avaliados pacientes com diagnóstico de doenças inflamatórias intestinais (Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa) atendidos no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais (Ambulatório de DII) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, no período de Março/2013 a Janeiro/2014. Os diagnósticos de DC e RCU foram estabelecidos segundo critérios clínicos, endoscópicos, histológicos e radiológicos estabelecidos no referido ambulatório. Foi estabelecida e estudada uma amostra de conveniência de 53 pacientes em cada grupo (DC e RCU) para se obter diferenças da ordem de 20% com um nível de significância de 5% e um poder de teste de 80%. Para este cálculo levou-se em conta o número de pacientes atendidos no ambulatório de DII no ano de 2011 (RCU N=124 e DC N=95). Todos os pacientes agendados para consulta nos dias de coleta de dados foram convidados a participar. Dentre os pacientes convidados ocorreram apenas duas recusas. Prosseguiu-se coletando os dados até completar-se o número amostral.

#### **6.2.1 Critérios de Inclusão**

Pacientes com diagnóstico confirmado de Doença de Crohn ou Retocolite Ulcerativa; Indivíduos com dezoito anos ou mais de idade de ambos os sexos.

#### **6.2.2 Critérios de Exclusão**

Gestantes e nutrizas; pacientes ostomizados; pacientes portadores de doenças crônicas como: infecção por HIV, tuberculose, câncer, insuficiência cardíaca, hepática e/ou renal ou outras doenças que pudessem interferir nos

resultados das análises; pacientes portadores de comprometimentos físicos e/ou mentais que pudessem impedi-los de compreender e responder ao protocolo do estudo.

### **6.3 Procedimento**

Os pacientes que preencheram os critérios de inclusão para este estudo foram avaliados, por meio de entrevista, pela própria pesquisadora no dia da sua consulta agendada, em sala privativa do ambulatório de DII.

### **6.4 Instrumentos**

#### Protocolo sociodemográfico e clínico (Anexo 1)

Foi utilizado um formulário específico para obtenção de dados sociodemográficos e psicossociais (idade, sexo, situação conjugal, arranjo familiar, escolaridade, ocupação, situação na ocupação, renda familiar, apoio social, satisfação com o apoio, tratamento psicológico e ou psiquiátrico), dados clínicos (informações clínicas e uso de medicações).

#### Classificação e Índice de Atividade para RCU (Anexo 2)\*

A RCU foi classificada em pancolite, hemicolite esquerda ou colite distal, dependendo da extensão do processo inflamatório, o qual é avaliado através da colonoscopia. A gravidade do surto agudo foi avaliada através do Escore de Mayo (SCHROEDER et al., 1987), podendo ser dividida em doença em remissão, atividade discreta, moderada ou grave (Anexo 2).

#### Classificação e Índice de Atividade para Doença de Crohn (Anexo 3)\*

O índice CDAI ("*Crohn's Disease Activity Index*") (BEST et al., 1976) é o mais utilizado em estudos clínicos para avaliação da gravidade da doença. Os pacientes são classificados em: resposta à terapêutica instituída (queda de 70 a 100 pontos), remissão clínica (CDAI < 150), atividade discreta (CDAI 150 - 220 pontos), atividade moderada (CDAI 220 - 450 pontos) e atividade grave (CDAI > 450).

---

\* As análises clínicas foram realizadas pela Profa. Dra. Lígia Yukie Sasaki, responsável pelo Ambulatório de DII e co-orientadora desta pesquisa.

#### HAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Anexo 4)

A HAD foi traduzida e validada no Brasil por Botega et al. (1995). É uma escala desenvolvida para avaliação de sintomas de ansiedade e depressão. A escala contém 14 questões do tipo múltipla escolha e é composta de duas subescalas, dos quais sete itens referem-se à ansiedade e sete à depressão. Solicita-se ao paciente que responda as questões baseando-se em como se sentiu durante a última semana. A pontuação global para cada subescala vai de 0 a 21 e os pontos de corte tanto para ansiedade como para depressão são a pontuação igual ou maior que oito, segundo os quais se obtiveram sensibilidade de 93,7 e 84,6 para ansiedade e depressão, respectivamente e especificidade de 54,8 e 86,5 para ansiedade e depressão, respectivamente (BOTEGA et al., 1995).

Esta escala foi desenvolvida especificamente para uso em pacientes com doença física, uma vez que não inclui investigação de sintomas somáticos de ansiedade e depressão.

#### SF – 36: Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (Anexo 5)

O SF-36 foi proposto originalmente na língua inglesa e em seguida traduzido e validado para o português por Ciconelli (1997, 1999), conservando sua consistência e validade. Trata-se de uma escala genérica e multidimensional de qualidade de vida relacionada à saúde, de fácil administração e compreensão. Segundo Ware Junior e Sherbourne (1992), o SF-36 mede as necessidades humanas básicas, o bem-estar emocional e funcional.

Composto por 36 questões, o instrumento avalia: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens) e saúde mental (5 itens), perfazendo um total de 35 questões, as quais se soma mais uma questão (um item), comparativa entre a saúde atual e a de um ano atrás.

Seu escore final varia de 0 a 100, sendo zero correspondente ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor.

#### IBDQ: Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (Anexo 6)

O IBDQ foi desenvolvido em 1988 por Mitchell et al., constituído por 150 itens através de amplas pesquisas. Em 1989, Guyatt et al., reestruturou e reduziu para 32

itens, compreendendo quatro domínios: sintomas intestinais, sintomas sistêmicos, aspectos sociais e emocionais. Em 2004, foi traduzido, validado e testadas suas propriedades psicométricas para a língua portuguesa por Pontes et al.. O questionário manteve os 32 itens com os quatro domínios, sendo as opções de respostas apresentadas sob a forma de alternativas para múltipla escolha. As respostas são classificadas numa escala de Likert de 7 pontos (7 = não é um problema; 1 = um problema muito grave). As pontuações dimensionais são a soma dos escores dos itens incluídos em cada dimensão. O escore total é a somatória das pontuações individuais e resultando num intervalo possível de 32 a 224. Escores iguais ou superiores a 200 pontos significam qualidade de vida excelente, 151 a 199 pontos é classificado como qualidade de vida boa, 101 a 150 pontos significa qualidade de vida regular e pontuação igual ou inferior a 100 pontos é classificado como uma má qualidade de vida (PONTES et al., 2004).

#### B-IPQ: Questionário de Percepção de Doenças Breve (Anexo 7)

O IPQ (Illness Perception Questionnaire) foi o primeiro instrumento construído a partir do Modelo de Leventhal (WEINMAN et al., 1996). É constituído por cinco escalas que avaliam os componentes da representação cognitiva da doença: identidade, causa, duração, consequências e cura/controle (WEINMAN et al., 1996). Já o IPQ-R (*Revised Illness Perception Questionnaire*), a sua versão revisada e validada por Moss-Morris et al. (2002), traduzida para o português por Figueiras et al. (2007), possibilitou a melhoria das suas propriedades psicométricas, sendo realizadas adaptações que levaram a um acréscimo de itens, como coerência da doença, duração cíclica e representação emocional.

A partir do IPQ-R, outra versão do questionário foi desenvolvida, o *Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)*, com objetivo de facilitar sua utilização em diversos contextos, especialmente na prática clínica em saúde. O instrumento é uma versão reduzida, que avalia a representação cognitiva e emocional das doenças, aplicável a uma grande variedade de enfermidades. Além de ser válido e fidedigno, oferece aos pacientes fácil e completa compreensão, bem como seus resultados podem ser facilmente marcados e interpretados pelos pesquisadores (BROADBENT et al., 2006; NOGUEIRA, 2012). O Questionário de Percepção de Doenças Breve (B-IPQ) é a versão traduzida, adaptada e validada para o português por Nogueira e Seidl, em 2012. O instrumento é composto por nove itens. Eles são

divididos em representação cognitiva da doença (consequência, controle individual, controle de tratamento, compreensão da doença e dimensão temporal) e representação emocional (identidade, preocupação e emoções). O item dimensão temporal (é pesquisado por meio de pergunta aberta, na qual o indivíduo é questionado sobre sua percepção de duração da doença,) e a questão causal (pergunta semi-aberta, pela qual o indivíduo é interrogado sobre os fatores causais associados à sua doença) têm avaliação qualitativa. Todos os itens, exceto dimensão temporal e a questão causal, são classificados utilizando uma escala de 0 a 10. Para a pontuação, invertem-se os itens 2,3 e 6 e somam-se os itens 1, 4, 5 e 7. Quanto mais próximo de zero, menor percepção de ameaça da doença. Considera-se o indivíduo com uma maior percepção de ameaça da doença, aquele que pontuar acima de 33 (ponto de corte). A análise pelo método dos eixos principais, com rotação varimax extraiu dois fatores: o Fator 1 (quatro itens; alfa de Cronbach = 0,80) denominado representação emocional e o Fator 2 (três itens; alfa de Cronbach = 0,52) nomeado representação cognitiva. Embora a solução fatorial encontrada tenha diferido, em parte, da proposta teórica do Modelo de Autorregulação de Leventhal, a versão brasileira do *Brief IPQ* pode ser considerada válida e confiável para avaliar a percepção de doenças no contexto de enfermidades crônicas. (NOGUEIRA, 2012). Obteve-se das autoras a autorização para a utilização do instrumento.

### Escala de Karnofsky (Anexo 8)

O índice de Karnofsky é uma escala que foi desenvolvida por Karnofsky et al. em 1949, inicialmente utilizada em pacientes oncológicos, mas atualmente tem sido ampliada para a avaliação de outras doenças crônicas incapacitantes. A escala é uma avaliação subjetiva do avaliador e avalia o grau de comprometimento funcional e o nível de dependência dos pacientes com relação ao seu desempenho para a realização das atividades de vida diária. É possível mensurar o autocuidado, a capacidade laborativa e a mobilidade destes pacientes (HAAS, 2010). Este instrumento, apesar de ser utilizado em diversos estudos, não foi validado para a população brasileira. A pontuação da escala é dividida em dezenas de 0 a 100 pontos, sendo que 100 pontos expressam a total ausência de sinais e sintomas de doença e 0 significa que o paciente está morto. Entre 0 e 100 pontos os indivíduos são divididos em três categorias: entre 80 e 100 quando o paciente é capaz de

trabalhar e desenvolver atividades normais, sem necessidade de assistência e de cuidados especiais; entre 50 e 70 quando o indivíduo não está apto para o trabalho, porém é capaz de viver em casa e satisfazer a maioria de suas necessidades e precisa de ajuda em algumas atividades; e entre 10 e 40 pontos quando o paciente está incapaz de satisfazer suas necessidades, e precisa de ajuda equivalente a de hospital (HAAS, 2010).

## 6.5 Análise dos dados

Os dados desse estudo foram digitados em planilha eletrônica Excel, e posteriormente transferidos para o programa STATA 12.0 (Stata Corporation, 2010), no qual foi realizada a análise estatística. Primeiramente foi efetuada uma listagem de frequência das variáveis com o objetivo de analisar a consistência dos dados. Foram desfechos do presente estudo: os índices de QV e os índices de CF, tomados como variáveis contínuas e categóricas. As demais variáveis (explanatórias e de confusão) foram classificadas em: categóricas (discretas e ordenadas) e contínuas para se efetuar a análise estatística. Inicialmente foi efetuada a análise descritiva, e posteriormente a análise bivariada, visando estudar as associações entre os desfechos e as variáveis explanatórias. Para se estudarem as associações entre as variáveis categóricas foi utilizado o Teste do Qui-Quadrado. Para as variáveis contínuas, não paramétricas, utilizaram-se o Teste de Mann-Whitney e Teste de Kruskal Wallis. Para estudar a correlação entre os questionários IBDQ e SF-36 utilizou-se a correlação de postos de Spearman. Foi adotado um nível de significância estatístico padrão de 5%, para rejeição da hipótese de nulidade. Os resultados foram submetidos à análise multivariada por meio da regressão linear múltipla e regressão logística para obtenção de estimativas de associação livres de confusão. Foram incluídas nos modelos construídos para cada domínio do SF-36 as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais que na análise bivariada apresentaram significância estatística com ( $p < 0,05$ ). Utilizou-se para inclusão das variáveis nos modelos da regressão linear múltipla o procedimento *stepwise backward*. Para verificar a associação de capacidade funcional com as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais utilizou-se a regressão logística também tipo *stepwise backward*, estabeleceram-se para compor essa análise as variáveis que se associaram a capacidade funcional na análise bivariada ( $p < 0,10$ ).

# *Resultados*

## 7 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados primeiramente descrevendo-se a amostra em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicossociais. Posteriormente será apresentada a análise bivariada e multivariada da qualidade de vida e da capacidade funcional e sua associação com as variáveis explanatórias do estudo.

Foram avaliados 106 pacientes, sendo 71 mulheres e 35 homens com idade média foi de 44,3 (DP±14,2) anos, variando entre 18 e 73 anos, com 45,1% das mulheres na faixa etária entre 30 e 49 anos e 45,7% dos homens na faixa etária entre 50 anos ou mais. Com relação à doença, 53 apresentavam RCU e 53 DC. Em relação à escolaridade, a média de anos de estudo da amostra foi de 10,0 (DP± 4,3).

Observando-se os resultados da tabela 1, verificou-se que a distribuição por sexo, em relação às características sociodemográficas, diferiu significativamente em relação à renda *per capita*, posição na ocupação e qualificação da mesma. Predominaram pacientes com idade superior a 30 anos, havendo apenas 17% com idade de 18 a 29 anos. Em relação à escolaridade, a maioria apresentou oito anos ou mais de estudo, estando nesta faixa de escolaridade 69% das mulheres e 77% dos homens, sem diferirem de forma estatisticamente significativa.

Predominaram nesta amostra pessoas casadas (64,8% mulheres e 71,4% homens). Com relação ao arranjo familiar, 46,5% das mulheres e 45,7% dos homens referiram residir com cônjuge e com os filhos, não havendo entre eles diferença significativa estatisticamente.

Como referido, em relação à renda *per capita*, 47,1% dos participantes tinham renda inferior a um salário mínimo (45,1% das mulheres e 51,4% dos homens), chamando atenção que, entre aqueles na faixa de renda *per capita* superior a três salários mínimos, predominaram os homens (31,4%) em relação às mulheres (15,5%), diferença estatisticamente significativa. Constatou-se que a média de renda *per capita* foi de 1.059,00 (DP±983,00) reais. Os resultados obtidos com relação à posição na ocupação diferiram significativamente entre os sexos, predominando os empregados (50%), sendo 45% das mulheres e 60% dos homens. Verificou-se ainda diferença estatística significativa entre os sexos quanto à qualificação da ocupação, 42% das mulheres e 68% dos homens referiram ter a profissão que neste estudo foi categorizada como qualificada. (Tabela1).



**Tabela 1** – Distribuição de números e porcentagens, médias, medianas e desvio padrão de características sociodemográficas, segundo sexo.

VARIÁVEL	TOTAL		MULHERES		HOMENS		p*
	(N=106)		(N=71)		(N=35)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>FAIXA ETÁRIA</b>							0,65
18 – 29 anos	18	17,0	13	18,3	5	14,3	
30 – 49 anos	46	43,4	32	45,1	14	40,0	
50 anos ou +	42	39,6	26	36,6	16	45,7	
<b>ESCOLARIDADE</b>							0,67
0 a 3 anos	8	7,5	6	8,5	2	5,7	
4 a 7 anos	22	20,7	16	22,5	6	17,1	
≥ 8 anos	76	71,8	49	69,0	27	77,2	
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL</b>							0,07
Solteiro	21	19,8	12	16,9	9	25,7	
Casado	71	67,0	46	64,8	25	71,4	
Separado/Viúvo	14	13,2	13	18,3	1	2,9	
<b>ARRANJO FAMILIAR</b>							0,25
Mora Só	10	9,4	6	8,4	4	11,4	
Cônjuge	23	21,8	14	19,7	9	25,7	
Cônjuge + Filhos	49	46,2	33	46,5	16	45,7	
Filhos	9	8,5	9	12,7	0	0,00	
Pais	15	14,1	9	12,7	6	17,2	
<b>RENDA PER CAPITA</b>							0,03
< 1 salário mínimo	50	47,1	32	45,1	18	51,4	
1 a 2 salários mínimos	34	32,2	28	39,4	6	17,2	
> 2 salários mínimos	22	20,7	11	15,5	11	31,4	
<b>POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO</b>							0,007
Empregado	53	50,0	32	45,1	21	60,0	
Desempregado	15	14,1	14	19,7	1	2,9	
Licença Médica/Auxílio Doença	11	10,4	6	8,4	5	14,3	
Aposentado/Pensionista	16	15,1	8	11,3	8	22,8	
Dona de Casa/Nunca trabalhou	11	10,4	11	15,5	0	0,00	
<b>OCUPAÇÃO</b>							0,01
Qualificada	54	50,9	30	42,2	24	68,6	
Não Qualificada	52	49,1	41	57,8	11	31,4	

\* Teste X<sup>2</sup>

Na tabela 2, analisando-se as características clínicas da amostra, observou-se que a maioria dos pacientes não apresentou comorbidade clínica (84,9%), sem diferença estatística significativa entre os sexos.

Em relação ao diagnóstico, também não se verificou diferença estatística entre homens e mulheres, dentre as mulheres, 45,1% apresentavam DC e 54,9% RCU e dentre os homens, 60% DC e 40% RCU.

Observa-se, ainda na tabela 2, que, quanto à fase da doença, 34,9% da amostra estavam em fase de atividade, 39,4% das mulheres e 25,7% dos homens, sem diferença estatística entre os sexos.

**Tabela 2** – Distribuição de números e porcentagens de características clínicas, segundo sexo.

VARIÁVEL	TOTAL		MULHERES		HOMENS		p*
	(N=106)		(N=71)		(N=35)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>COMORBIDADE</b>							0,18
Sim	16	15,1	13	18,3	3	8,6	
Não	90	84,9	58	81,7	32	91,4	
<b>DIAGNÓSTICO</b>							0,14
Doença de Crohn	53	50,0	32	45,1	21	60,0	
Retocolite Ulcerativa	53	50,0	39	54,9	14	40,0	
<b>FASE DA DOENÇA</b>							0,16
Atividade	37	34,9	28	39,4	9	25,7	
Remissão	69	65,1	43	60,6	26	74,3	

\*Teste  $X^2$

As tabelas 3, 4 e 5 mostram, respectivamente, a distribuição segundo o diagnóstico dos pacientes estudados, em relação às características sociodemográficas, clínicas e psicossociais.

Observa-se na tabela 3 que os pacientes com DC e RCU diferiram significativamente apenas quanto à faixa etária e posição na ocupação. Predominou-se pacientes com o diagnóstico de DC na faixa etária entre 18 e 29 anos (66,7%) e pacientes com RCU na faixa etária de 50 anos ou mais (71,4%), diferença estatisticamente significativa.

Os dois grupos não diferiram significativamente em relação à faixa etária, escolaridade, situação conjugal, arranjo familiar, renda *per capita* e qualificação da ocupação.

A posição na ocupação apresentou diferença estatística em relação aos diagnósticos ( $p < 0,01$ ). Na amostra, mais pessoas estavam empregadas, 56,6% com

DC, comparativamente a 43,4% com RCU, predominando entre os desempregados aqueles com DC (66,7%), comparativamente aos 33,3% que tinham RCU.

**Tabela 3** – Distribuição de números e porcentagens, médias, medianas e desvio padrão de características sociodemográficas, segundo diagnóstico.

VARIÁVEL	TOTAL		DC		RCU		p*
	(N=106)		(N=53)		(N=53)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>FAIXA ETÁRIA</b>							<b>0,002</b>
18 – 29 anos	18	17,0	12	66,7	6	33,3	
30 – 49 anos	46	43,4	29	63,0	17	37,0	
50 ou +	42	39,6	12	28,6	30	71,4	
<b>ESCOLARIDADE</b>							<b>0,64</b>
0 a 3 anos	8	7,5	3	37,5	5	62,5	
4 a 7 anos	22	20,8	10	45,4	12	54,6	
≥ 8 anos	76	71,7	40	52,6	36	47,4	
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL</b>							<b>0,97</b>
Solteiro	21	19,8	11	52,4	10	47,6	
Casado	71	67,0	35	49,3	36	50,7	
Separado/Viúvo	14	13,2	7	50,0	7	50,0	
<b>ARRANJO FAMILIAR</b>							<b>0,85</b>
Mora Só	10	9,4	4	40,0	6	60,0	
Cônjuge	23	21,7	12	52,2	11	47,8	
Cônjuge + Filhos	49	46,2	23	46,9	26	53,1	
Filhos	9	8,5	5	55,6	4	44,4	
Pais	15	14,2	9	60,0	6	40,0	
<b>RENDA PER CAPITA</b>							<b>0,41</b>
< 1 salário mínimo	50	47,2	22	44,0	28	56,0	
1 a 2 salários mínimos	34	32,1	20	58,8	14	41,2	
> 2 salários mínimos	22	20,7	11	50,0	11	50,0	
<b>POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO</b>							<b>0,01</b>
Empregado	53	50,0	30	56,6	23	43,4	
Desempregado	15	14,1	10	66,7	5	33,3	
Licença Médica/Auxílio Doença	11	10,4	7	63,6	4	36,4	
Aposentado/Pensionista	16	15,1	5	31,3	11	68,7	
Dona de Casa/ Nunca trabalhou	11	10,4	1	9,1	10	90,9	
<b>POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO</b>							<b>0,17</b>
Trabalha	53	50,0	30	56,6	23	43,4	
Não Trabalha	53	50,0	23	43,4	30	56,6	
<b>OCUPAÇÃO</b>							<b>0,24</b>
Qualificada	54	50,9	30	55,6	24	44,4	
Não Qualificada	52	49,1	23	44,3	29	55,7	

\*Teste X<sup>2</sup>

Legenda: DC: Doença de Chron; RCU: Retocolite Ulcerativa

Como já descrito, a maioria dos pacientes não apresentou comorbidade clínica (84,9%), e, entre os que apresentaram, predominaram as pessoas portadoras de RCU (81,3%), sendo essa diferença estatisticamente significativa (Tabela 4).

Apesar de 85,7% dos pacientes com quadros graves apresentarem DC, os dois grupos (DC e RCU) não diferiram significativamente em relação à intensidade ou fase da doença (Tabela 4).

**Tabela 4** – Distribuição de números e porcentagens de características clínicas, segundo diagnóstico.

VARIÁVEL	TOTAL		DC		RCU		p*
	(N=106)		(N=53)		(N=53)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>COMORBIDADE</b>							<b>0,007</b>
Sim	16	15,1	3	18,7	13	81,3	
Não	90	84,9	50	55,6	40	44,4	
<b>FASE DA DOENÇA</b>							0,54
Atividade	37	34,9	20	54,1	17	45,9	
Remissão	69	65,1	33	47,8	36	52,2	
<b>INTENSIDADE DA ATIVIDADE</b>							0,23
Remissão	69	65,1	33	47,8	36	52,2	
Discreta	13	12,3	7	53,8	6	46,2	
Moderada	17	16,0	7	41,2	10	58,8	
Grave	7	6,6	6	85,7	1	14,3	

\*Teste  $\chi^2$

Na tabela 5 estão as distribuições dos pacientes segundo as características psicossociais. Com relação ao sentimento de apoio, um total de 95 pacientes, 52,6% dos pacientes com DC e 47,4% dos pacientes com RCU, referiram contar com o apoio dos familiares e amigos. Dos 95 pacientes, apenas 17 mostravam-se insatisfeitos com esse apoio recebido (47,1% dos portadores de DC e 52,9% dos pacientes com RCU), diferença não significativa estatisticamente.

Relataram já ter feito ou estar em tratamento psicológico ou psiquiátrico 32 pacientes (30,2%), sem diferença estatisticamente significativa entre os portadores dos dois diagnósticos. Constatou-se alta prevalência de sintomas ansiosos, segundo a HAD, 54,3% entre os portadores de DC e de 45,7% entre os diagnosticados com RCU, sem diferença significativa entre eles. A média de pontos obtidos foi de 7,2 (DP± 5,1). Em relação aos sintomas depressivos, a metade dos pacientes (DC e

RCU) apresentou-os, segundo a HAD. A média de pontos obtidos foi 6,2 (DP± 4,7), também não havendo diferença estatisticamente significativa entre os diagnósticos.

Observa-se ainda na tabela 5, que apenas um paciente com diagnóstico de DC foi considerado pela Karnofsky como inapto para cuidar de si. Metade dos pacientes foi considerada, pela mesma escala, como inaptos para o trabalho, sendo os demais classificados como aptos (49,9% com DC e 50,1% com RCU). A pontuação obtida na Karnofsky apresentou média de 76,3 (DP±12,6).

A B-IPQ breve indicou que 56,4% dos doentes com DC e 43,6% dos portadores de RCU percebiam sua doença como ameaça, diferença não significativa estatisticamente. Obteve-se nesta escala pontuação média de 27,0 (DP± média de 15,5).

**Tabela 5** – Distribuição de números e porcentagens, médias, medianas e desvio padrão de aspectos psicossociais, segundo diagnóstico.

VARIÁVEL	TOTAL		DC		RCU		p*
	(N=106)		(N=53)		(N=53)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>SENTIMENTO DE APOIO</b>							0,11
Sim	95	89,6	50	52,6	45	47,4	
Não	11	10,4	3	27,3	8	72,7	
<b>SATISFAÇÃO COM O APOIO</b>							0,79
Sim	89	83,9	45	50,6	44	49,4	
Não	17	16,1	8	47,1	9	52,9	
<b>TRATAMENTO PSICOLÓGICO / PSIQUIÁTRICO</b>							0,39
Sim	32	30,2	14	43,7	18	56,3	
Não	74	69,8	39	52,7	35	47,3	
<b>HAD – ANSIEDADE</b>							0,43
Caso	46	43,4	25	54,3	21	45,7	
Não Caso	60	56,6	28	46,7	32	53,3	
<b>HAD – DEPRESSÃO</b>							1,00
Caso	44	41,5	22	50,0	22	50,0	
Não Caso	62	58,5	31	50,0	31	50,0	
<b>ESCALA DE KARNOFSKY - CAPACIDADE FUNCIONAL</b>							0,60
Inapto para cuidar de si	1	0,9	1	100,0	0	0,0	
Inapto para o trabalho	34	32,1	17	50,0	17	50,0	
Apto para cuidar e para o trabalho	71	67,0	35	49,9	36	50,1	
<b>B-IPQ - PERCEPÇÃO DA DOENÇA COMO AMEAÇA</b>							0,31
Não	67	63,2	31	46,34	36	53,7	
Sim	39	36,8	22	56,4	17	43,6	

\*Teste X<sup>2</sup>

Na tabela 6, está apresentada a distribuição dos pacientes segundo a fase da doença em que se encontravam no momento da avaliação e sua associação com as características psicossociais. Entre aqueles pacientes que apresentaram sintomas ansiosos e depressivos 56,5% e 56,8% respectivamente, estavam com a doença em atividade, tendo-se verificado diferença estatística significativa entre esses dois grupos. Em relação à avaliação da QV, segundo o IBDQ, 85,7% dos pacientes que foram classificados com tendo má qualidade de vida, estavam com a doença em atividade, diferindo também significativamente aqueles com e sem doença em atividade.

Observa-se ainda tabela 6, que 71,8% dos pacientes que estavam aptos para o trabalho estavam na fase de remissão dos sintomas, diferença estatística também significativa entre esses e os considerados inaptos pela escala de Karnofsky.

A B-IPQ indicou que 59% dos pacientes que percebiam a sua doença como ameaça estavam com a doença em atividade, diferença estatisticamente significativa comparativamente àqueles em remissão, o mesmo ocorrendo entre aqueles que relataram já ter feito ou estar em tratamento psicológico ou psiquiátrico, 53,1% estavam com a doença em atividade, comparativamente aos 27,5% que estavam em remissão e já haviam procurado tratamento psicológico ou psiquiátrico. Notou-se que a diferença entre os dois grupos (com e sem doença em atividade), não foi significativa entre aqueles que se sentiam apoiados e os que não se sentiam, bem como em relação à satisfação com o apoio recebido.

**Tabela 6** – Distribuição de números e porcentagens de aspectos psicossociais, segundo fase da doença.

VARIÁVEL	TOTAL		REMISSÃO		ATIVIDADE		p*
	(N=106)		(N=69)		(N=37)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>HAD - ANSIEDADE</b>							<b>0,001</b>
Caso	46	43,4	20	43,5	26	56,5	
Não Caso	60	56,6	49	81,7	11	18,3	
<b>HAD - DEPRESSÃO</b>							<b>0,001</b>
Caso	44	41,5	19	43,2	25	56,8	
Não Caso	62	58,5	50	80,7	12	19,3	
<b>IBDQ</b>							<b>0,001</b>
Boa	71	67,0	64	94,1	7	9,9	
Má	35	33,0	5	14,3	30	85,7	
<b>ESCALA DE KARNOFSKY - CAPACIDADE FUNCIONAL</b>							<b>0,04</b>
Apto	71	67,0	51	71,8	20	28,2	
Inapto	35	33,0	18	51,4	17	48,6	
<b>B-IPQ - PERCEPÇÃO DA DOENÇA COMO AMEAÇA</b>							<b>0,001</b>
Não	67	63,2	53	79,1	14	20,9	
Sim	39	36,8	16	41,0	23	59,0	
<b>APOIO</b>							0,15
Sim	95	89,6	64	67,4	31	32,6	
Não	11	10,4	5	45,5	6	54,5	
<b>SATISFAÇÃO COM APOIO</b>							0,25
Sim	89	84,0	60	67,4	29	32,6	
Não	17	16,0	9	52,9	8	47,1	
<b>TRATAMENTO PSICOLÓGICO E/OU PSIQUIÁTRICO</b>							<b>0,01</b>
Não	74	69,8	54	72,9	20	27,1	
Sim	32	30,2	15	46,9	17	53,1	

\*Teste  $\chi^2$ 

No presente estudo, as médias mais elevadas obtidas no questionário de percepção da doença (B-IPQ) foram relativas à representação emocional da doença, nas dimensões: preocupação (5,5; DP±3,4) e emoções (5,4; DP±3,9) e a menor média na dimensão controle do tratamento (0,78; DP± 1,8), destacando-se as médias mais baixas na representação cognitiva da doença. Portadores de DC e de RCU não diferiram significativamente em relação a estes aspectos de percepção de doença (Tabela 7).

**Tabela 7** – Médias, desvios padrão e medianas das dimensões da Percepção da Doença (B-IPQ).

VARIÁVEL	TOTAL		DC	RCU	p*
	B-IPQ	MÉDIA (DP)	MEDIANA	MÉDIA (DP)	
<b>Representação Cognitiva</b>					
Consequência da doença	4,8 (3,5)	5 (0 – 10)	5,2 (3,6)	4,6 (3,5)	0,37
Controle Individual	3,5 (3,3)	2 (0 – 10)	3,9 (3,3)	3,1 (3,4)	0,17
Controle do Tratamento	0,78 (1,8)	0 (0 – 10)	0,98 (2,1)	0,58 (1,5)	0,32
Identidade	4,5 (3,4)	5 (0 – 10)	5,1 (3,4)	4,1 (3,5)	0,16
Compreensão da Doença	2,5 (2,7)	2 (0 – 10)	2,6 (2,9)	2,3 (2,6)	0,75
<b>Representação Emocional</b>					
Preocupação	5,5 (3,4)	6 (0 – 10)	5,5 (3,5)	5,6 (3,5)	0,89
Emoções	5,4 (3,9)	6 (0 – 10)	5,7 (3,8)	5,2 (4,0)	0,60

\* TESTE DE MANN-WHITNEY

Legenda: DP: desvio padrão.

Em relação à avaliação da QV segundo o IBDQ, dentre os 106 pacientes, 71 apresentaram qualidade de vida boa ou excelente. Entre aqueles classificados como tendo má QV (14,2%), a maioria era portadora de DC (n=11; 73,3%), e quatro pacientes tinham RCU (26,7%). Entre os classificados com tendo excelente QV (14,2%), 61,3% eram portadores de RCU e 38,7% de DC (Tabela8).

**Tabela 8** – Distribuição de números e porcentagens, médias, medianas e desvio padrão da qualidade de vida do IBDQ, segundo diagnóstico.

VARIÁVEL	TOTAL		DC		RCU		p*
	(N=106)		(N=53)		(N=53)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>IBDQ</b>							<b>0,002</b>
Má	15	14,2	11	73,3	4	26,7	
Regular	20	18,9	8	40,0	12	60,0	
Boa	40	37,7	22	55,0	18	45,0	
Excelente	31	29,2	12	38,7	19	61,3	

\*Teste X<sup>2</sup>

Com relação aos domínios do IBDQ, observaram-se médias elevadas em todos os domínios e os dois grupos não diferiram significativamente em relação aos aspectos de QV avaliados através do IBDQ (Tabela 9).



**Tabela 9** – Médias, desvios padrão e medianas da Qualidade de Vida (IBDQ).

VARIÁVEL	TOTAL		DC	RCU	p*
IBDQ	MÉDIA (DP)	MEDIANA	MÉDIA (DP)	MÉDIA (DP)	
Sintomas Intestinais	55,1 (15,5)	60,0 (19-70)	52,6 (16,0)	57,6 (14,8)	0,09
Sintomas Sistêmicos	24,7 (8,3)	27,0 (05-35)	23,2 (9,5)	26,3 (6,7)	0,15
Aspectos Sociais	26,8 (8,8)	30,5 (06-35)	25,3 (9,2)	28,3 (8,2)	0,08
Aspectos Emocionais	60,4 (18,6)	64,5 (13-84)	58,8 (20,5)	62,1 (16,5)	0,58

\* *TESTE DE MANN-WHITNEY*

A tabela 10 apresenta os resultados das médias obtidas pela avaliação do SF-36, segundo cada domínio de QV, dos componentes físico e mental. Observou-se entre os domínios do componente físico variação entre 70,4 (DP±28,2) em Capacidade Funcional e 51,6 (DP±31,0) no Estado Geral de Saúde. Entre os domínios do componente mental a variação foi entre 70,1 (DP± 29,2) no domínio Aspectos Sociais e 57,3 (DP±25,2) no domínio Vitalidade. Destaca-se que não se obteve nenhuma média inferior a 50. As distribuições das pontuações do SF-36 não diferiram significativamente em relação aos dois diagnósticos estudados. No componente físico, as médias mais elevadas foram observadas no domínio da Capacidade Funcional, sendo de 71,6 (DP± 27,7) na DC e 69,3 (DP± 29,0) na RCU. No componente mental, a média mais alta foi no domínio dos Aspectos Sociais, para ambos os diagnósticos, 66,9 (DP± 31,4) na DC e na RCU 73,3 (DP±26,7) (Tabela 10).

**Tabela 10** – Médias, desvios padrão e medianas da Qualidade de Vida (SF-36).

VARIÁVEL	TOTAL		DC	RCU	p*
SF - 36	MÉDIA (DP)	MEDIANA	MÉDIA (DP)	MÉDIA (DP)	
<b>Componente Físico</b>					
Capacidade Funcional	70,4 (28,2)	80,0 (5 – 100)	71,6 (27,7)	69,3 (29,0)	0,79
Aspectos Físicos	59,9 (46,1)	100,0 (0 – 100)	57,0 (46,0)	62,7 (46,4)	0,39
Dor	59,6 (31,0)	57,5 (0 – 100)	62,2 (30,1)	57,0 (32,0)	0,37
Estado Geral de Saúde	51,6 (20,9)	50,0 (0 – 100)	51,1 (23,1)	52,3 (18,8)	0,72
<b>Componente Mental</b>					
Aspectos Sociais	70,1 (29,2)	55,0 (0 – 100)	66,9 (31,4)	73,3 (26,7)	0,28
Aspectos Emocionais	65,0 (46,0)	100,0 (0 – 100)	61,6 (46,8)	68,5 (45,5)	0,37
Saúde Mental	64,8 (23,8)	68,0 (8 – 100)	64,0 (25,2)	65,6 (22,7)	0,85
Vitalidade	57,3 (25,2)	75,0 (0 – 100)	56,6 (27,9)	58,0 (22,5)	0,84

\* *TESTE DE MANN-WHITNEY*

Para a análise bivariada, em que foram analisadas as variáveis explanatórias em relação aos índices de QV e CF, foram utilizados os testes de Mann-Whitney e Kruskal Wallis.

Foram estudadas a pontuação obtida em todos os componentes do SF-36 em relação às variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais. Com relação aos domínios do componente físico verificaram-se associações significativas entre faixa etária e capacidade funcional, renda *per capita* e domínio dos aspectos físicos e ocupação e estado geral de saúde (Tabela 11).

**Tabela 11** – Associações entre os domínios do Componente Físico (SF-36) com as variáveis sociodemográficas.

SF – 36 COMPONENTE FÍSICO	CAPACIDADE FUNCIONAL		ASPECTOS FÍSICOS		DOR		ESTADO GERAL		
	VARIÁVEL	MEDIA (DP)	p	MEDIA (DP)	p	MEDIA (DP)	p	MEDIA (DP)	p
<b>FAIXA ETARIA**</b>			<b>0,04</b>		0,80		0,37		0,69
18 - 29 anos	76,4 (25,1)			62,5 (43,9)		58,1 (28,1)		48,6 (15,9)	
30 - 49 anos	75,8 (26,3)			62,5 (45,3)		64,9 (28,3)		53,4 (24,8)	
50 ou +	62,1 (30,1)			55,9 (48,7)		54,5 (34,7)		51,2 (18,5)	
<b>ESCOLARIDADE**</b>			0,61		0,24		0,27		0,52
0 a 3 anos	67,5 (26,6)			84,4 (35,2)		74,4 (23,9)		49,4 (7,3)	
4 a 7 anos	74,3 (30,0)			51,2 (49,1)		52,6 (34,0)		48,6 (21,9)	
≥ 8 anos	69,7 (28,2)			59,9 (45,8)		60,1 (30,6)		52,8 (21,7)	
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL**</b>			0,07		0,84		0,83		0,20
Solteiro	66,7 (31,7)			61,9 (42,3)		55,9 (30,9)		54,5 (20,4)	
Casado	74,4 (26,0)			60,9 (46,9)		60,7 (31,0)		52,2 (22,0)	
Separado/Viúvo	56,1 (30,6)			51,8 (50,4)		59,5 (33,7)		44,6 (15,4)	
<b>RENDA PER CAPITA**</b>			0,80		<b>0,03</b>		0,91		0,63
<1 S. Mínimo	71,1 (29,9)			48,0 (47,6)		60,0 (28,8)		52,5 (23,7)	
1 a 2 S. Mínimos	69,2 (26,8)			66,9 (45,9)		58,4 (36,1)		49,4 (20,1)	
≥ 2 S. Mínimos	70,9 (27,8)			76,1 (36,6)		60,6 (29,0)		53,4 (15,6)	
<b>OCUPAÇÃO*</b>			0,46		0,14		0,30		<b>0,03</b>
Qualificada	72,3 (26,9)			66,2 (44,6)		62,6 (28,2)		55,9 (21,2)	
Não qualificada	23,5 (29,7)			53,4 (47,2)		56,5 (33,8)		47,3 (20,0)	

\*\* TESTE DE KRUSKAL WALLIS \* TESTE DE MANN-WHITNEY Legenda: S. Mínimo: Salário Mínimo

Os domínios do componente mental não apresentaram associações estatisticamente significativas com nenhuma variável sociodemográfica (Tabela 12).

**Tabela 12** – Associações entre os domínios do Componente Mental (SF-36) e as variáveis sociodemográficas.

SF – 36 COMPONENTE MENTAL	VITALIDADE		ASPECTOS EMOCIONAIS		SAÚDE MENTAL		ASPECTOS SOCIAIS		
	VARIÁVEL	MEDIA (DP)	p	MEDIA (DP)	p	MEDIA (DP)	p	MEDIA (DP)	p
<b>FAIXA ETARIA**</b>			0,33		0,91		0,06		0,76
18 - 29 anos	49,7 (29,3)			63,0 (47,0)		57,3 (25,3)		66,7 (31,5)	
30 - 49 anos	57,1 (22,5)			65,9 (45,3)		62,2 (22,2)		69,8 (28,1)	
50 ou +	60,8 (26,2)			65,1 (47,7)		70,9 (24,2)		72,0 (30,0)	
<b>ESCOLARIDADE**</b>			0,97		0,48		0,64		0,94
0 a 3 anos	56,9 (27,2)			75,0 (46,3)		72,5 (21,6)		75,0 (17,7)	
4 a 7 anos	58,9 (25,2)			54,5 (51,0)		64,7 (22,8)		71,0 (31,2)	
≥ 8 anos	56,9 (25,4)			67,1 (44,7)		64,0 (24,6)		69,4 (29,8)	
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL**</b>			0,31		0,89		0,40		0,47
Solteiro	60,2 (31,1)			71,4 (42,5)		68,6 (25,4)		75,0 (27,4)	
Casado	58,5 (23,6)			63,8 (47,1)		64,8 (24,3)		67,7 (30,4)	
Separado/Viúvo	47,1 (23,4)			61,9 (48,7)		59,1 (19,2)		75,0 (25,9)	
<b>RENDA PER CAPITA**</b>			0,57		0,06		0,36		0,52
<1 S. Mínimo	54,7 (26,4)			54,0 (48,5)		61,1 (24,9)		67,2 (29,5)	
1 a 2 S. Mínimos	59,3 (26,5)			72,5 (43,8)		68,5 (23,4)		71,7 (29,1)	
≥ 2 S. Mínimos	60,2 (20,6)			78,8 (39,2)		67,5 (22,0)		74,4 (29,2)	
<b>OCUPAÇÃO*</b>			0,24		0,99		0,46		0,78
Qualificada	60,6 (25,0)			66,0 (44,6)		66,7 (22,1)		71,1 (28,9)	
Não qualificada	53,9 (25,3)			64,1 (48,0)		62,8 (25,7)		69,2 (29,7)	

\*\* TESTE DE KRUSKAL WALLIS \* TESTE DE MANN-WHITNEY Legenda: S. Mínimo: Salário Mínimo

Na Tabela 13, pode-se observar que não houve diferença significativa entre os domínios do componente físico com comorbidade clínica e com os diagnósticos. Entretanto, houve associação significativa entre a fase da doença e todos os domínios do SF-36, indicando pior QV na fase de atividade da doença.

**Tabela 13** – Associações entre os domínios do Componente Físico (SF-36) e as variáveis clínicas.

SF – 36 COMPONENTE FÍSICO	CAPACIDADE FUNCIONAL		ASPECTOS FÍSICOS		DOR		ESTADO GERAL		
	VARIÁVEL	MEDIA (DP)	p	MEDIA (DP)	p	MEDIA (DP)	p	MEDIA (DP)	p
<b>COMORBIDADE*</b>			0,57		0,97		0,95		0,45
Sim		68,8 (25,3)		60,9 (49,1)		60,0 (25,2)		47,8 (18,2)	
Não		70,8 (28,9)		59,7 (45,6)		59,6 (32,1)		52,4 (21,5)	
<b>DIAGNÓSTICO*</b>			0,79		0,39		0,37		0,72
DC		71,6 (27,7)		57,1 (46,1)		62,2 (30,1)		51,1 (23,1)	
RCU		69,3 (29,1)		62,7 (46,4)		57,0 (32,1)		52,3 (18,9)	
<b>FASE DA DOENÇA*</b>			<b>0,03</b>		<b>0,00</b>		<b>0,00</b>		<b>0,00</b>
Atividade		63,0 (28,8)		32,4 (41,2)		44,9 (31,6)		37,2 (17,3)	
Remissão		74,5 (27,3)		74,6 (41,9)		67,5 (27,9)		59,5 (18,6)	

\* *TESTE DE MANN-WHITNEY* Legenda: DC: Doença de Crohn; RCU: Retocolite Ulcerativa

Da mesma forma, no componente mental, todos os domínios apresentaram associações estatisticamente significativas com a fase da doença, indicando pior QV nesse componente na fase de atividade da doença. (Tabela 14).

**Tabela 14** – Associações dos domínios do Componente Mental (SF-36) e as variáveis clínicas.

SF – 36 COMPONENTE MENTAL	VITALIDADE		ASPECTOS EMOCIONAIS		SAÚDE MENTAL		ASPECTOS SOCIAIS		
	VARIÁVEL	MEDIA (DP)	p	MEDIA (DP)	p	MEDIA (DP)	p	MEDIA (DP)	p
<b>COMORBIDADE*</b>			0,89		0,59		0,76		0,93
Sim		56,9 (23,8)		58,3 (49,4)		65,5 (26,5)		70,3 (26,6)	
Não		57,4 (25,6)		66,3 (45,7)		64,7 (23,6)		70,1 (29,8)	
<b>DIAGNÓSTICO*</b>			0,84		0,37		0,85		0,28
DC		56,6 (27,9)		61,6 (46,8)		64,0 (25,2)		66,9 (31,4)	
RCU		58,0 (22,5)		68,6 (45,5)		65,7 (22,7)		73,3 (26,7)	
<b>FASE DA DOENÇA*</b>			<b>0,00</b>		<b>0,00</b>		<b>0,00</b>		<b>0,00</b>
Atividade		41,1 (23,4)		45,9 (48,7)		51,1 (23,5)		55,4 (31,5)	
Remissão		66,0 (21,8)		75,4 (41,5)		72,1 (20,8)		78,0 (24,7)	

\* *TESTE DE MANN-WHITNEY* Legenda: DC: Doença de Crohn; RCU: Retocolite Ulcerativa

Os domínios do IBDQ associaram-se significativamente também apenas com a variável fase da doença, indicando piores níveis de QV na fase de atividade da doença. (Tabela15).

**Tabela 15** – Associações entre os domínios do IBDQ e as variáveis clínicas.

IBDQ VARIÁVEL	SINTOMAS INTESTINAIS		SINTOMAS SISTÊMICOS		ASPECTOS EMOCIONAIS		ASPECTOS SOCIAIS	
	MÉDIA (DP)	p	MÉDIA (DP)	p	MÉDIA (DP)	p	MÉDIA (DP)	p
<b>COMORBIDADE*</b>		0,30		0,25		0,60		0,35
Sim	59,6 (14,0)		27,0 (7,4)		63,3 (16,6)		27,9 (9,8)	
Não	54,3 (15,7)		24,4 (8,5)		60,0 (19,0)		26,6 (8,7)	
<b>DIAGNÓSTICO*</b>		0,09		0,15		0,58		0,08
DC	52,6 (16,0)		23,2 (9,5)		58,8 (20,5)		25,3 (9,3)	
RCU	57,6 (14,8)		26,3 (6,8)		62,1 (16,6)		28,3 (8,2)	
<b>FASE DA DOENÇA*</b>		<b>0,00</b>		<b>0,00</b>		<b>0,00</b>		<b>0,00</b>
Atividade	39,2 (11,3)		16,5 (6,9)		43,7 (16,3)		18,5 (8,8)	
Remissão	63,6 (9,7)		29,2 (5,0)		69,4 (12,6)		31,3 (4,7)	

\* *TESTE DE MANN-WHITNEY*

Legenda: DC: Doença de Crohn; RCU: Retocolite Ulcerativa

Todas as categorias do IBDQ apresentaram associações estatisticamente significativas com os componentes da qualidade de vida (SF-36) (Tabela 16).

**Tabela 16** – Associações entre os resultados dos domínios do SF-36 e as categorias do IBDQ.

VARIÁVEL SF-36	IBDQ MÁ MÉDIA (DP)	IBDQ REGULAR MÉDIA (DP)	IBDQ BOA MÉDIA (DP)	IBDQ EXCELENTE MÉDIA (DP)	p*
<b>Componente Físico</b>					
Capacidade Funcional	44,7 (28,8)	77,5 (19,9)	68,5 (24,8)	81,0 (29,5)	<0,001
Aspectos Físicos	18,3 (29,1)	36,2 (46,2)	63,8 (45,6)	90,3 (27,9)	<0,001
Dor	21,3 (21,6)	61,5 (26,5)	62,4 (27,6)	73,3 (28,0)	<0,001
Estado Geral de Saúde	30,7 (14,1)	39,7 (16,4)	53,9 (17,1)	66,8 (18,5)	<0,001
<b>Componente Mental</b>					
Saúde Mental	35,6 (18,5)	57,2 (19,6)	65,5 (19,6)	83,0 (17,0)	<0,001
Aspectos Emocionais	22,2 (41,1)	50,0 (47,8)	68,3 (45,9)	91,4 (25,8)	<0,001
Aspectos Sociais	39,2 (28,3)	56,3 (23,8)	73,4 (27,3)	90,0 (15,9)	<0,001
Vitalidade	27,0 (19,2)	48,5 (18,9)	58,3 (21,7)	76,4 (18,3)	<0,001

\* *TESTE DE KRUSKAL WALLIS*

Nas tabelas 17 e 18, houve uma associação estatisticamente significativa entre as pontuações da HAD (Ansiedade e Depressão) e as distribuições das pontuações obtidas em cada domínio do SF-36.

**Tabela 17** – Associações entre os resultados dos domínios do SF-36 e os resultados da HAD (Ansiedade).

VARIÁVEL SF-36	MÉDIA (DP)		p*
	HAD ANSIEDADE	HAD NÃO ANSIEDADE	
<b>Componente Físico</b>			
Capacidade Funcional	61,9 (26,6)	77,0 (28,0)	<0,01
Aspectos Físicos	37,5 (43,7)	77,1 (40,5)	<0,001
Dor	48,1 (31,6)	68,5 (27,8)	<0,001
Estado Geral de Saúde	43,2 (19,8)	58,2 (19,6)	<0,001
<b>Componente Mental</b>			
Saúde Mental	50,1 (21,9)	76,1 (18,8)	<0,001
Aspectos Emocionais	41,3 (47,2)	83,3 (36,0)	<0,001
Aspectos Sociais	57,6 (28,6)	79,6 (26,1)	<0,001
Vitalidade	40,7 (20,0)	70,1 (21,1)	<0,001

\* *TESTE DE MANN-WHITNEY*

**Tabela 18** – Associações entre os resultados dos domínios do SF-36 e os resultados da HAD (Depressão).

VARIÁVEL SF-36	MÉDIA (DP)		p*
	HAD DEPRESSAO	HAD NÃO DEPRESSAO	
<b>Componente Físico</b>			
Capacidade Funcional	63,5 (26,8)	75,4 (28,5)	<0,01
Aspectos Físicos	41,5 (46,4)	73,0 (41,6)	<0,001
Dor	47,6 (29,8)	68,1 (29,2)	<0,001
Estado Geral de Saúde	41,6 (19,3)	58,9 (19,2)	<0,001
<b>Componente Mental</b>			
Saúde Mental	47,6 (19,6)	77,0 (18,6)	<0,001
Aspectos Emocionais	40,9 (48,1)	82,3 (36,1)	<0,001
Aspectos Sociais	53,1 (24,7)	82,2 (26,1)	<0,001
Vitalidade	40,2 (19,9)	69,4 (21,4)	<0,001

\* *TESTE DE MANN-WHITNEY*

Observou-se também, como mostra a tabela 19, que houve uma associação estatisticamente significativa entre as categorias do B-IPQ e as distribuições das pontuações obtidas em cada domínio do SF-36. Em todos os domínios os pacientes

com maior percepção da doença como ameaça, apresentaram piores índices na qualidade de vida.

**Tabela 19** – Associações entre os resultados do B-IPQ e os resultados do SF-36.

VARIÁVEL	PERCEPÇÃO DA DOENÇA COMO AMEAÇA		p*
	SIM	NÃO	
SF-36	MEDIA (DP)	MEDIA (DP)	
<b>Componente Físico</b>			
Capacidade Funcional	53,1 (26,7)	80,6 (24,0)	< 0,001
Aspectos Físicos	28,8 (41,2)	78,0 (38,8)	< 0,001
Dor	45,3 (31,7)	68,0 (27,6)	< 0,001
Estado Geral de Saúde	41,0 (20,3)	57,9 (18,9)	< 0,001
<b>Componente Mental</b>			
Saúde Mental	54,6 (23,4)	70,7 (22,3)	< 0,001
Aspectos Emocionais	41,0 (48,0)	79,1 (38,8)	< 0,001
Aspectos Sociais	56,3 (31,8)	78,1 (24,3)	< 0,01
Vitalidade	45,6 (28,1)	64,1 (20,8)	< 0,01

\* TESTE DE MANN-WHITNEY

Foi também estudada a correlação com os dois instrumentos de qualidade de vida, utilizando-se a correlação de postos de Spearman. Constatou-se que houve uma correlação positiva da pontuação do IBDQ com todos os domínios do SF-36 (Tabela 20).

**Tabela 20** – Associação da pontuação do IBDQ com a pontuação de cada domínio do SF-36.

VARIÁVEL	R	p*
SF-36/IBDQ		
<b>Componente Físico</b>		
Capacidade Funcional	0,33	< 0,001
Aspectos Físicos	0,58	< 0,001
Dor	0,44	< 0,001
Estado Geral de Saúde	0,64	< 0,001
<b>Componente Mental</b>		
Saúde Mental	0,64	< 0,001
Aspectos Emocionais	0,43	< 0,001
Aspectos Sociais	0,57	< 0,001
Vitalidade	0,64	< 0,001

\* CORRELAÇÃO DE SPEARMAN

Como já foi observado na tabela 5 foram classificados como inaptos, segundo a avaliação de capacidade funcional pela escala de Karnofsky, 35 pessoas (34 inaptas para o trabalho e uma inapta para cuidar de si). Este resultado indica uma prevalência de 33% de incapacidade funcional entre os 106 pacientes com DC e RCU, sem diferença significativa da prevalência entre eles.

A tabela 21 mostra a distribuição de incapacidade funcional, segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais. Optou-se por agrupar para esta análise indivíduos inaptos para o trabalho (N=34) e um participante inapto para cuidar de si (N=1). Assim, vê-se na tabela 21 que, embora sem associação significativa, apresentavam incapacidade funcional 44,4% dos indivíduos com até 29 anos de idade, os mais jovens da amostra, além disso, nesta faixa etária estava o único participante inapto para cuidar de si (conforme tabela 5), essa prevalência foi mais elevada que a observada na faixa etária dos mais velhos (38,1%).

Como também se observa na tabela 21, não diferiram significativamente as prevalências de incapacidade funcional entre homens (28,6%) e mulheres (35,2%) e entre as diferentes faixas de escolaridade, chamando atenção que, entre os de menor escolaridade, 50% apresentaram incapacidade funcional. Observou-se que essas prevalências diferiram significativamente em relação à renda, sendo de 42% entre aqueles com menor renda *per capita* ( $p < 0,01$ ). Segundo a posição na ocupação, a prevalência de inaptos foi mais baixa entre os que estavam empregados (5,7%;  $p < 0,01$ ), e de 100% entre aqueles em licença médica e os aposentados. Pode-se notar ainda que, somados os indivíduos inseridos na força de trabalho e considerados em relação aos que não estavam trabalhando, houve associação significativa, havendo, entre esses últimos, maior prevalência da incapacidade funcional (60,4% X 5,7%;  $p < 0,01$ ).

Ainda na tabela 21, nota-se que a incapacidade funcional foi significativamente mais prevalente entre os pacientes em fase de atividade da doença (46,7%) em relação aos que estavam com a doença em remissão (26,1%;  $p < 0,03$ ). O mesmo observando-se em relação à intensidade da doença: prevalências mais elevadas foram observadas entre os participantes com intensidade moderada (52,9%) e grave da doença (71,4%;  $p < 0,02$ ).

Foram ainda significativas estatisticamente as diferenças nas prevalências da incapacidade funcional em relação a apresentar (45,5%) ou não (24,2%;  $p < 0,02$ ) sintomas depressivos; às diferentes classificações de QV, segundo o IBDQ, sendo



mais alta a percentagem de incapacidade funcional entre aqueles com pior QV (66,7%), percentagem que decresceu à medida que melhorava a classificação da QV. Finalmente, pode-se constatar que entre os que percebiam a doença como ameaça, segundo o B-IPQ, foi significativamente mais alta a percentagem de indivíduos classificados como inaptos (48,7%), em relação aos que não percebiam a doença como ameaça (23,9%,  $p < 0,01$ ).

**Tabela 21** – Distribuição de números e percentagens de capacidade funcional (Escala de Karnofsky), segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais.

VARIÁVEL	TOTAL		INAPTO*		APTO		p*
	(N=106)		(N=35)		(N=71)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>FAIXA ETÁRIA</b>							0,19
18 – 29 anos	18	17,0	8	44,4	10	55,6	
30 – 49 anos	46	43,4	11	23,9	35	76,1	
50 anos ou +	42	39,6	16	38,1	26	61,9	
<b>SEXO</b>							0,49
Homens	35	33,0	10	28,6	25	71,4	
Mulheres	71	67,0	25	35,2	46	64,8	
<b>ESCOLARIDADE</b>							0,50
0 a 3 anos	8	7,5	4	50,0	4	50,0	
4 a 7 anos	22	20,8	6	27,3	16	72,7	
≥ 8 anos	76	71,7	25	32,9	51	67,1	
<b>RENDA PER CAPITA</b>							0,17
< 1 salário mínimo	50	47,1	21	42,0	29	58,0	
1 a 2 salários mínimos	34	32,1	9	26,5	25	73,5	
> 2 salários mínimos	22	20,8	5	22,7	17	77,3	
<b>POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO</b>							0,00
Empregado	53	50,0	3	5,7	50	94,3	
Desempregado	15	14,1	9	60,	6	40,0	
Licença Médica/Auxílio Doença	11	10,4	11	100,	0	00,0	
Aposentado/Pensionista	16	15,1	8	50,0	8	50,0	
Dona de Casa/ Nunca trabalhou	11	10,4	4	36,4	7	63,6	
<b>POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO</b>							0,00
Trabalha	53	50,0	3	5,7	50	94,3	
Não Trabalha	53	50,0	32	60,4	21	39,6	
<b>OCUPAÇÃO</b>							0,24
Qualificada	54	50,9	15	27,8	39	72,2	
Não Qualificada	52	49,1	20	38,5	32	61,5	
<b>DIAGNÓSTICO</b>							0,83
Doença de Chron	53	50,0	18	34,0	35	66,0	
Retocolite Ulcerativa	53	50,0	17	32,1	36	67,9	

Continuação - **Tabela 22** – Distribuição de números e percentagens de capacidade funcional (Escala de Karnofsky), segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais.

VARIÁVEL	TOTAL		INAPTO*		APTO		p*
	(N=106)		(N=35)		(N=71)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>FASE DA DOENÇA</b>							<b>0,03</b>
Atividade	37	34,9	17	46,0	20	54,0	
Remissão	69	65,1	18	26,1	51	73,9	
<b>INTENSIDADE DA ATIVIDADE</b>							<b>0,02</b>
Remissão	69	65,1	18	26,1	51	73,9	
Discreta	13	12,2	3	23,1	10	76,9	
Moderada	17	16,0	9	52,9	8	47,1	
Grave	7	6,7	5	71,4	2	28,6	
<b>COMORBIDADE</b>							<b>0,87</b>
Sim	16	15,1	5	31,2	11	68,8	
Não	90	84,9	30	33,3	60	66,7	
<b>SENTIMENTO DE APOIO</b>							<b>0,35</b>
Sim	95	89,6	30	31,6	65	68,4	
Não	11	10,4	5	45,4	6	54,6	
<b>SATISFAÇÃO COM O APOIO</b>							<b>0,17</b>
Sim	89	84,0	27	30,3	62	69,7	
Não	17	16,0	8	47,1	9	52,9	
<b>TRATAMENTO PSICOLÓGICO/PSIQUIATRICO</b>							<b>0,12</b>
Sim	32	30,2	14	43,7	18	56,3	
Não	74	69,8	21	28,4	53	71,6	
<b>HAD – ANSIEDADE</b>							<b>0,24</b>
Caso	46	43,4	18	39,1	28	60,9	
Não Caso	60	56,6	17	28,3	43	71,7	
<b>HAD – DEPRESSÃO</b>							<b>0,02</b>
Caso	44	41,5	20	45,5	24	54,5	
Não Caso	62	58,5	15	24,2	47	75,8	
<b>IBDQ</b>							<b>0,02</b>
Má	15	14,2	10	66,7	5	33,3	
Regular	20	18,9	6	30,0	14	70,0	
Boa	40	37,7	11	27,5	29	72,5	
Excelente	31	29,2	8	25,8	23	74,2	
<b>B-IPQ - PERCEÇÃO DA DOENÇA COMO AMEAÇA</b>							<b>0,00</b>
Não	67	63,2	16	23,9	51	76,1	
Sim	39	36,8	19	48,7	20	51,3	

\*TESTE X<sup>2</sup>

\*Inapto refere-se à somatória dos indivíduos inaptos para cuidar de si (N=1) e inaptos para o trabalho (n=34).

As associações entre a pontuação média obtida em cada domínio do SF-36 e as variáveis (características sociodemográficas, clínicas e psicossociais) estabelecidas pela análise bivariada ( $p < 0,06$ ) foram examinadas por meio da regressão linear múltipla. A seguir a tabela 22 mostra o modelo final desta análise.

Como pode ser observado no componente físico, no domínio capacidade funcional, as variáveis que mantiveram associação independente, podendo ser consideradas como fatores associados à qualidade de vida neste domínio foram estar na faixa etária dos 50 anos ou mais ( $p = 0,001$ ) e apresentar maior percepção da doença como ameaça ( $p < 0,001$ ). A pontuação do domínio aspectos físicos associou-se independentemente com doença em atividade ( $P = 0,002$ ) e apresentar maior percepção da doença como ameaça ( $p < 0,001$ ). No domínio dor, escores mais baixos associaram-se independentemente com apresentar sintomas depressivos ( $p = 0,005$ ) e com maior percepção da doença como ameaça ( $p < 0,001$ ). No domínio estado geral de saúde, a menor pontuação associou-se independentemente com idade ( $p < 0,001$ ), presença de sintomas depressivos ( $p = 0,000$ ) e com maior percepção da doença como ameaça ( $p = 0,00$ ).

No componente mental, escores mais baixos obtidos no domínio vitalidade associaram-se com doença em atividade ( $p = 0,007$ ), apresentar sintomas ansiosos ( $p < 0,001$ ) e presença de sintomas depressivos ( $p = 0,001$ ). Já a pontuação mais baixa no domínio aspectos emocionais associou-se independentemente com a presença de sintomas ansiosos ( $p = 0,000$ ), com a presença de sintomas depressivos ( $p = 0,005$ ) e maior percepção da doença como ameaça ( $p = 0,005$ ). No domínio saúde mental, a pontuação manteve associação positiva independente com ser mais jovem ( $p = 0,000$ ) e associação negativa foi verificada neste domínio com apresentar sintomas ansiosos ( $p < 0,001$ ) e apresentar sintomas depressivos ( $p < 0,001$ ). Enfim, a pontuação mais baixa no domínio aspectos sociais associou-se independentemente com a presença de sintomas depressivos ( $p < 0,001$ ) e maior percepção da doença como ameaça ( $p = 0,002$ ).

**Tabela 23** – Regressão Múltipla da pontuação de cada domínio do SF-36 em relação às características sociodemográficas, clínicas e psicossociais.

VARIÁVEL SF-36	COEFICIENTE	p> t	IC 95%		R <sup>2</sup>
<b>Capacidade Funcional</b>					R <sup>2</sup> = 0,27
Idade	-12,16	0,001	-21,80	-2,52	
Percepção da Doença	-26,76	<0,001	-36,53	-16,98	
Constante	97,30	<0,001	82,80	111,80	
<b>Aspectos Físicos</b>					R <sup>2</sup> = 0,33
Atividade da doença	-27,1	0,002	-43,71	-10,43	
Percepção da Doença	-38,83	<0,001	-55,28	-22,38	
Constante	83,64	<0,001	73,80	93,48	
<b>Dor</b>					R <sup>2</sup> = 0,22
Depressão	-16,29	0,005	-27,64	-4,94	
Percepção da Doença	-18,79	0,002	-30,39	-7,19	
Constante	73,30	<0,001	-65,50	81,09	
<b>Estado Geral de Saúde</b>					R <sup>2</sup> = 0,35
Idade	-15,0	<0,001	22,99	-7,01	
Depressão	-9,65	0,000	-16,98	-2,32	
Percepção da Doença	-8,90	0,000	-16,38	-1,42	
Constante	64,21	<0,001	59,39	69,04	
<b>Vitalidade</b>					R <sup>2</sup> = 0,47
Atividade da doença	-11,78	0,007	-20,19	-3,37	
Ansiedade	-16,43	<0,001	-25,27	-7,59	
Depressão	-15,92	0,001	-24,77	-7,06	
Constante	75,16	0,000	70,00	80,32	
<b>Aspectos Emocionais</b>					R <sup>2</sup> = 0,32
Ansiedade	-18,94	0,000	-37,83	-0,53	
Depressão	-25,63	0,005	-43,54	-7,71	
Percepção da Doença	-24,30	0,005	-41,12	-7,47	
Constante	92,89	<0,001	81,96	103,82	
<b>Saúde Mental</b>					R <sup>2</sup> = 0,47
Idade	8,53	0,000	1,48	15,57	
Ansiedade	-15,32	<0,001	-23,51	-7,11	
Depressão	-20,36	<0,001	-28,64	-12,07	
Constante	-24,01	<0,001	-32,07	15,95	
<b>Aspectos Sociais</b>					R <sup>2</sup> = 0,31
Depressão	-25,52	<0,001	-35,37	-15,67	
Percepção da Doença	-15,81	0,002	-25,87	-5,74	
Constante	86,55	<0,001	79,79	93,32	

Na análise multivariada utilizou-se a regressão logística tipo *stepwise backward*, para verificar a associação de capacidade funcional com as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais. Estabeleceram-se para compor essa análise as variáveis que se associaram a capacidade funcional na análise bivariada

( $p < 0,10$ ): renda *per capita* em salário mínimo, posição na ocupação, dicotomizada em trabalha e não trabalha atividade da doença, depressão, o resultado do IBDQ dicotomizado em qualidade de vida prejudicada (associação das categorias má e regular) e não prejudicada (categorias boa e excelente), percepção da doença, com o resultado também dicotomizado, tal como apresentado na tabela 23, com as respectivas OR simples e ajustadas (modelo1). No modelo final, capacidade funcional manteve-se associada apenas à posição na ocupação (tabela 24), com  $OR=4,92$  ( $IC=7,00-92,12$ ), indicando que as pessoas que se mantem trabalhando tem uma chance de quase cinco vezes mais de ter preservada sua capacidade funcional (Tabela 23 e 24).

**Tabela 24** – Regressão Logística: Associações entre capacidade funcional (Escala de Karnofsky) e as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais (Modelo1).

VARIÁVEL	Odds Ratio	p> t	IC 95%	Odds Ratio (ajustada)	p> t	IC 95%
<b>ESCALA DE KARNOFSKY - CAPACIDADE FUNCIONAL</b>						
Renda <i>per capita</i>	2,17	0,06	0,95 - 4,96	0,85	0,79	0,27-2,65
Posição na ocupação	25,4	0,00	7,00 - 92,12	22,84	0,00	5,94-87,80
Atividade da doença	2,41	0,04	1,04-5,58	1,04	0,96	0,18-5,93
Depressão	2,61	0,02	1,14-5,99	1,80	0,35	0,52-6,27
IBDQ	2,30	0,05	0,98-5,38	0,95	0,95	0,14-6,53
Percepção da Doença	3,03	0,01	1,30-7,03	2,08	0,20	0,67-6,41

**Tabela 25** – Regressão Logística: Associações entre capacidade funcional (Escala de Karnofsky) e as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais (Modelo final).

VARIÁVEL	Odds Ratio	p> t	IC 95%	Odds Ratio (ajustada)	p> t	IC 95%
<b>ESCALA DE KARNOFSKY - CAPACIDADE FUNCIONAL</b>						
Posição na ocupação	25,4	0,00	7,00-92,12	4,92	0,00	7,00-92,12

Na tabela 25, observando-se o resultado da regressão múltipla com a qual se estudou a associação entre as dimensões de percepção da doença e os diferentes domínios da QV, segundo o SF-36, notou-se que, à exceção dos domínios dor e capacidade funcional, todos os outros domínios avaliados pelo SF-36 mantiveram-se independentemente associados à dimensão consequência da doença. Essa

dimensão indica a percepção do indivíduo sobre o forte efeito do impacto da doença em sua vida, mostrando que essa dimensão interfere sobre diferentes aspectos da QV. Destaca-se ainda que a dimensão controle individual, que avalia a crença sobre a possibilidade de cura da doença por meio do controle pessoal, associou-se independentemente aos domínios aspectos físicos e sociais, domínios mais gerais da QV. A dimensão Identidade que se refere como o indivíduo rotula o a sua doença, bem como ele interpreta seus sintomas associou-se independentemente aos domínios capacidade funcional, dor e vitalidade, permitindo supor que essa percepção pode interferir nesses aspectos de sua vida. A dimensão emoções, item que avalia a representação emocional que os indivíduos atribuem a sua doença associou-se independentemente ao domínio saúde mental e a dimensão controle pelo tratamento associou-se independentemente ao domínio capacidade funcional. Nota-se que no modelo final obtido, para todas as dimensões em relação aos domínios da QV, explica mais de 20% da variabilidade ( $R^2$ ), à exceção da associação ao domínio dor ( $R^2=0,15$ ) (Tabela 25).

**Tabela 26** – Regressão Múltipla da pontuação dos domínios de QV, segundo o SF-36, em relação às dimensões de percepção da doença (B-IPQ).

VARIÁVEL SF-36 / B-IPQ	COEFICIENTE	p< t	IC 95%		R <sup>2</sup>
<b>Capacidade Funcional</b>					R <sup>2</sup> =0,21
Controle do Tratamento	-4,27	0,002	-6,95	-1,59	
Identidade	-2,47	0,001	-3,92	-1,02	
Constante	85,14	0,000	76,98	93,30	
<b>Aspectos Físicos</b>					R <sup>2</sup> =0,30
Consequência da doença	-5,22	0,000	-7,67	-2,77	
Controle Individual	-3,07	0,020	-5,68	-0,46	
Constante	96,25	0,000	83,03	109,46	
<b>Dor</b>					R <sup>2</sup> =0,15
Identidade	-3,48	0,000	-5,09	-1,88	
Constante	75,62	0,000	63,39	84,84	
<b>Estado Geral de Saúde</b>					R <sup>2</sup> =0,26
Consequência da doença	-3,03	0,000	-4,02	-2,04	
Constante	66,53	0,000	60,58	72,49	
<b>Vitalidade</b>					R <sup>2</sup> =0,26
Consequência da doença	-1,62	0,037	-3,15	-0,10	
Identidade	-2,43	0,003	-3,99	-0,88	
Constante	76,47	0,000	68,82	84,13	
<b>Aspectos Emocionais</b>					R <sup>2</sup> =0,22
Consequência da doença	-6,03	0,000	-8,27	-3,80	
Constante	94,62	0,000	81,13	108,12	
<b>Saúde Mental</b>					R <sup>2</sup> =0,30
Consequência da doença	-2,62	0,000	-4,00	-1,24	
Emoções	-1,29	0,043	-2,53	-0,43	
Constante	84,65	0,000	77,46	91,83	
<b>Aspectos Sociais</b>					R <sup>2</sup> =0,34
Consequência da doença	-3,54	0,000	-5,04	-2,03	
Controle Individual	-2,07	0,012	-3,68	-0,47	
Constante	94,73	0,000	86,32	102,84	

*Discussão*



## **8 DISCUSSÃO**

O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida (QV) e capacidade funcional (CF) em portadores de Doença Inflamatória Intestinal e estudar as associações com variáveis sociodemográficas e clínicas; sintomas de ansiedade e depressão, percepção da doença e capacidade funcional e dos índices de CF com as mesmas variáveis explanatórias. Considera-se que a importância deste estudo está no fato de que ainda são raros os estudos brasileiros que avaliam nesses doentes aspectos sociodemográficos, clínicos, ansiedade, depressão, percepção da doença, buscando estudar sua associação com QV e CF.

### **8.1 Características sociodemográficas e clínicas**

Na amostra estudada houve um predomínio de pacientes do sexo feminino. A grande maioria dos estudos internacionais revistos também descrevem maior número de pacientes do sexo feminino entre os indivíduos com DII (SOUZA et al., 2008; LARSSON et al., 2008; TAFT et al., 2009; TAFT et al., 2011; ROCHELLE; FINDER, 2012; LIMA et al., 2012; MORADKHANI et al., 2013; VIAZIS et al., 2013; IGLESIAS-REY et al., 2013; GANDHI et al., 2014; ISRAELI et al., 2014; MAGALHÃES et al., 2015), achado em concordância também com outros estudos brasileiros (SOUZA et al., 2011; PONTES et al., 2004; FARIA et al., 2004; SOUZA et al., 2002). Segundo essa literatura, o predomínio do sexo feminino na população dos pacientes com DII não é uma característica geral, estando sujeita à grande variação geográfica das localidades das pesquisas, sendo a explicação mais provável para esta diferença os hábitos culturais específicos de gênero, bem como a exposição diferenciada a fatores de risco de homens e mulheres (ZELINKOVA; DER WOUDE, 2014).

A média de idade dos pacientes foi de 44,4 anos, resultado semelhante a outros estudos (ANDERSSON et al., 2003; BLANCO et al., 2005; MORENO-JIMÉNEZ et al., 2007; LARSSON et al., 2008; ROCHELLE; FINDER, 2012; LIMA et al., 2012; IGLESIAS-REY et al., 2013; KALAFATELI et al., 2013; GANDHI et al., 2014; GIBSON et al., 2014). Notou-se nesta pesquisa um predomínio do diagnóstico de RCU entre os mais velhos, resultado também encontrado nos estudos de Bernklev et al. (2005); GRAFF et al. (2006) e Rochelle e Filder, (2012). Além disso, a

literatura da área refere maior incidência de RCU (6 a 8/ 100.000 pacientes) entre as pessoas com idade acima de 60 anos de idade enquanto a incidência de DC é de 4/100.000 pacientes (GREENWALD; BRANDT, 2003; KATZ; FELDSTEIN, 2008). Greenwald e Brandt (2003) apontam que, provavelmente, isso se deva ao fato de o diagnóstico da RCU entre os mais velhos ocorrer mais tardiamente pela semelhança dos sintomas dessa doença com outras doenças intestinais.

Observou-se também um predomínio de pacientes casados (67%) resultado superior ao de outros estudos Taft et al. (2009); Iglesias et al. (2009); Iglesias et al. (2010); Lima et al. (2012); Iglesias-rey et al. (2013); Gandhi et al. (2014), Israeli et al. (2014), o que provavelmente pode ser atribuída à faixa etária mais elevada aqui estudada.

Nesta pesquisa, a escolaridade dos indivíduos foi de 10,0 anos (DP±4,3), achado semelhante a outros estudos da área (CASELLAS et al., 2001; BLANCO et al., 2005; LARSSON et al., 2008; SOUZA et al., 2008; IGLESIAS et al., 2009; FAUST et al., 2012; IGLESIAS-REY et al., 2013; VIAZIS et al., 2013; KALAFATELI et al., 2013; ISRAELI et al., 2014; LEONG et al., 2014; MAGALHÃES et al., 2015). Em contrapartida o estudo brasileiro de Lima et al. (2012), realizado com pacientes com DC, e o estudo de Iglesias et al. (2009), evidenciaram em sua amostra resultados inferiores aos obtidos na presente investigação, provavelmente devido as diferenças populacionais das regiões em que os estudos foram realizados.

Aqui predominaram participantes que estavam empregados, resultado semelhante ao de pesquisas internacionais Andersson et al. (2003); Larsson et al. (2008); Knowles et al. (2013); Gandhi et al. (2014), fazendo supor que, apesar da doença, esses indivíduos puderam manter-se nas suas ocupações, ainda que nesta pesquisa 65,1% dos pacientes estavam em fase de remissão da doença, o que pode ter favorecido a manutenção de sua inserção na força de trabalho. Em contrapartida, estudos anteriores que avaliaram a capacidade laborativa em pacientes com DII descrevem taxas elevadas de desemprego entre esses, quando comparados com a população em geral (LICHTENSTEIN et al., 2004; FEAGAN et al., 2005; ISRAELI et al., 2014).

Evidenciou-se que 47,1% dos pacientes referiram ter renda menor que um salário mínimo, fato que pode ser atribuído ao fato do estudo ter sido desenvolvido em uma instituição pública de saúde que atende, predominantemente, populações de baixa renda.

Na amostra aqui estudada, os pacientes com DC e RCU diferiram significativamente apenas quanto à faixa etária e posição na ocupação, dado coerente com a literatura que indica que RCU, como já citado, é mais prevalente em pessoas mais velhas (GREENWALD; BRANDT, 2003; KATZ; FELDSTEIN, 2008). Assim sendo, como também identificado no estudo de Kalafateli et al. (2013), mais pessoas com RCU encontravam-se fora do mercado de trabalho por serem aposentadas, o que mostra a associação também com a idade mais elevada dos portadores de RCU.

Analisando-se a fase da doença em que se encontravam os pacientes aqui estudados, notou-se que 65,1% apresentavam-se em remissão clínica, avaliada pela pontuação obtida nos escores de atividade para DC e RCU (BEST et al., 1976; SCHROEDER et al., 1987). Pode-se observar composição semelhante à desta amostra em outros estudos Casellas et al. (2001); Larsson et al. (2008); Kiebles et al. (2010); Rochelle e Filder, (2012); Lima et al. (2012); Gandhi et al. (2014); Lonfors et al. (2014), destaca-se ainda que, no presente estudo, a classificação dos pacientes segundo esses parâmetros foi efetuada por medidas clínicas e não por auto relato do paciente como na pesquisa de Larsson et al. (2008) havendo 34,9% dos pacientes estavam com a doença em atividade (54,1% com DC e 45,9% com RCU), como já descrito sem diferença estatisticamente significativa entre os diagnósticos. O estudo de Goodhand et al. (2012), identificou que atividade da doença esteve associada com os casos de RCU, o que não ocorreu com os casos de DC, resultado distinto dos estudos anteriores e da presente pesquisa.

### **Características Psicossociais**

Constatou-se alta prevalência de sintomas ansiosos (43,4%) na amostra total e, especificamente, entre os portadores de DC, 54,5%, enquanto a prevalência desses sintomas entre aqueles com RCU foi de 45,7%. Em relação aos sintomas depressivos, constatou-se prevalência de 41,5%, considerando-se todos os pacientes da amostra, a distribuição dessa prevalência entre os portadores de diagnósticos de DC e RCU foi de 50%, sem diferença significativa entre eles, resultado semelhantes aos relatados por GOODHAND et al. 2012 e IGLESIAS-REY et al., 2013.

Investigação recente, realizada por Leong et al. (2014), encontrou prevalência de 22,6% (DC=24,1% e RCU= 20,2%) de sintomas depressivos, prevalência que não diferiu entre os diagnósticos, resultado também inferior ao encontrado por esta pesquisa, no entanto, naquele estudo a amostra era composta apenas de idosos, o que possibilita explicar a diferença encontrada. Goodhand et al. (2012) avaliaram, utilizando a HAD, 103 pacientes com RCU e 101 com DC e 124 indivíduos saudáveis representando a população geral, obtendo ocorrências de sintomas depressivos e ansiosos duas vezes mais frequentes em pacientes portadores de DII do que no grupo controle, corroborando os estudos relatados anteriormente e os desta pesquisa. Além disso, os resultados desses autores também demonstraram que não houve diferença entre os diagnósticos, o que também aqui se verificou.

Outras pesquisas demonstraram que as taxas de depressão em pacientes com DII foram três vezes maiores do que os da população em geral (Haapamaki et al. (2009); Jaghult et al. (2011); Kalafateli et al. (2013), da mesma forma que os achados da presente investigação. Os resultados aqui encontrados indicaram que a prevalência de sintomas de ansiedade e de depressão foram também superiores aos obtidos em pesquisa populacional brasileira que estudou a prevalência de transtornos psiquiátricos na população da cidade de São Paulo e encontrou 11% de prevalência de transtornos de humor (ANDRADE et al., 2012).

Entre os pacientes que estavam com a doença em atividade, ocorreu a maior prevalência de sintomas ansiosos (56,5%) e depressivos (56,8%), com associação estatisticamente significativa entre atividade ou não da doença. Este resultado também foi observado nos estudos de Graff et al. (2006) e Faust et al. (2012); Graff et al. (2013) e Leong et al. (2014), destacando-se que, neste último estudo, os dados indicaram associação estatisticamente significativa apenas entre depressão e atividade da doença.

A pesquisa de Larsson et al. (2008) sobre a presença de sintomas ansiosos e depressivos entre aqueles que estavam com a doença em atividade foi a única discrepante dos dados aqui encontrados, mas apenas em relação aos sintomas depressivos, bem menos frequentes (23%), sendo semelhante quanto aos sintomas ansiosos (47%), assinalando-se, porém que neste estudo a classificação da atividade da doença, conforme já destacado, deu-se pela informação do próprio paciente, enquanto aqui foram utilizadas medidas clínicas para esta classificação.

O estudo de Iglesias et al. (2009) avaliou 92 pacientes com DC todos em remissão e identificou prevalência de 39% de sintomas ansiosos e 24% de sintomas depressivos, também avaliados pela HAD, resultado inferior ao aqui obtido (41,5%), provavelmente pelo fato de que, na presente amostra, entre os pacientes com DC, 37,7% apresentavam a doença em atividade. Também Gandhi et al. (2014) evidenciaram, estudando pacientes com DII, resultados semelhantes aos aqui encontrados, no qual pacientes em remissão também apresentaram pontuação de depressão, segundo o *Beck Depression Inventory*, significativamente inferior àqueles que estavam com a doença em atividade. Dados obtidos por Faust et al. (2012), utilizando a HAD em 80 pacientes com DII, em relação a sintomas ansiosos (49%) seus resultados foram semelhantes aos desta pesquisa, mas os relativos a sintomas depressivos (26%) foram inferiores à porcentagem aqui obtida, apesar de 60% dos pacientes que avaliaram estarem com a doença em atividade da doença. Pode-se pensar que os pacientes com a doença em remissão mantenham níveis altos de ansiedade por temerem a possibilidade de a doença voltar à atividade.

De forma geral, pode-se concluir que os dados aqui obtidos, estão em consonância com os dados da literatura indicando prevalências de sintomas ansiosos e depressivos superiores às obtidas para a população geral, em especial na fase de atividade da doença. O sofrimento psíquico constatado entre os portadores de DII indica fortemente a necessidade de diagnóstico precoce e intervenções terapêuticas específicas para esses sintomas.

### **Qualidade de Vida**

A avaliação da QV dos participantes desta pesquisa, segundo o IBDQ, mostrou que a maioria deles (66,9%) teve sua QV classificada como excelente (29,2%) ou boa (37,7%), resultado semelhante aos estudos de Pallis et al.(2002); Blanco et al. (2005); Moreno-Jiménez et al. (2007); Kalafateli et al.(2013); Magalhães et al., 2015. A média dos índices obtidos, tanto entre aqueles com diagnóstico de DC quanto entre os com diagnóstico de RCU também foi semelhante, sem diferença significativa entre eles, resultado semelhante ao de outras pesquisas (PALLIS et al., 2002; ZHOU et al., 2010; JAGHULT et al., 2011; KALAFATELI et al., 2013).

Na literatura revisada, Taft et al. (2009) avaliaram 156 pacientes com DC e 55 com RCU e também encontraram médias semelhantes para os dois diagnósticos, as

quais diferiram significativamente apenas no domínio sintomas sistêmicos ( $p < 0,05$ ). Já Moreno-Jiménez et al. (2007), na Espanha, estudando pacientes com DC e RCU obtiveram médias superiores em todos os domínios para os dois diagnósticos, exceto no domínio sintomas intestinais na RCU, média inferior à deste estudo, da mesma forma que no estudo de Magalhães et al. (2015) em que as médias foram semelhantes em todos os domínios, exceto no domínio aspectos emocionais, média inferior à deste estudo.

Diferentemente do aqui verificado, estudos de Simren et al. (2002); Guthrie et al. (2002); Nordin et al. (2002); Smith et al. (2002); Jaghult et al. (2011) e Israeli et al. (2014) encontraram médias superiores de QV no diagnóstico de RCU comparativamente às médias obtidas por portadores de DC, provavelmente isso se deva ao fato que a DC, é uma doença mais grave e complexa em termos de extensão da localização e sintomas quando comparados com a RCU.

Em relação à QV, avaliada por meio do SF-36, identificaram-se médias, em todos os domínios da QV, não inferiores a 50,0. Mesmo diante deste resultado, foi possível constatar algum comprometimento em todos os domínios, considerando-se a pontuação máxima possível (100 pontos). Destaca-se que o maior comprometimento entre os domínios do componente físico, foi no domínio estado geral de saúde. No componente mental, o domínio mais comprometido foi vitalidade, chamando atenção que esses domínios parecem indicar aspectos mais gerais da QV nos dois componentes.

Já as médias mais altas, indicativas de menor comprometimento, foram obtidas nos domínios capacidade funcional (componente físico) e aspectos sociais (componente mental), sem diferença estatística significativa entre as pontuações obtidas nos pacientes com DC e RCU, dados semelhantes foram encontrados no estudo de Bernklev et al. (2005), sugerindo que apesar da doença trazer vários prejuízos, possibilita que o indivíduo preserve sua capacidade funcional e social.

Larsson et al. (2008), na Suécia, estudando uma amostra de 742 pacientes identificaram médias mais altas em todos os domínios da QV em pacientes com RCU comparados aos pacientes com DC. Na RCU, foram mais elevadas as médias nos domínios dor (96,0); estado geral de saúde (92,5); aspectos físicos (92,4), já na DC a média mais alta foi no domínio saúde mental (73,4) e a mais baixa no domínio dor (63,0). Todos os escores obtidos foram superiores aos aqui encontrados,

devendo-se considerar a grande diferença de condições de vida desses dois países, podendo-se supor que essa diferença possa favorecer os pacientes daquele país.

O estudo de coorte norueguês de Bernklev et al. (2005), encontrou para ambos os diagnósticos uma redução estatisticamente significativa na QV, em todos os domínios, com o aumento dos sintomas ao longo dos cinco anos de avaliação. Nesse estudo, também se evidenciou que os pacientes com DC obtiveram escores significativamente inferiores no domínio dor e nos aspectos sociais quando comparados aos pacientes com RCU, sugerindo que pacientes com DC têm mais dor e que as características da doença interferem nas atividades diárias e sociais. Resultados esses diferentes dos aqui encontrados, uma vez que não foram obtidas diferenças significativas entre os domínios de QV entre os dois diagnósticos. Já o estudo de Mccoll et al. (2004) encontrou, em pacientes com RCU, escores inferiores no domínio vitalidade, aspectos sociais, aspectos físicos e estado geral de saúde quando comparados com os obtidos da população geral do Reino Unido.

Andersson et al. (2002) avaliaram pacientes com DC e obtiveram pontuações inferiores, comparativamente às obtidas em um grupo controle, nos domínios estado geral de saúde e aspectos físicos. Já comparando-se pacientes com a doença em atividade e aqueles que estavam em remissão dos sintomas, apenas o domínio estado de saúde geral diferiu entre os pacientes em remissão, sendo neste grupo mais elevada a pontuação obtida, enquanto os pacientes em atividade da doença obtiveram médias inferiores em todos os domínios do SF-36. Uma comparação com os resultados da atual pesquisa deve considerar que aqui se obteve diferenças significativas entre os pacientes com RCU e DC tomados em conjunto, em relação à fase da doença, em todos os domínios.

Iglesias et al. (2010) verificaram em pacientes com DC em remissão escores acima da média, com exceção do domínio estado geral de saúde, diferentemente do que aqui se obteve, uma vez que a média obtida pelos pacientes com DC e RCU tomados em conjunto foram superiores à 50,0, inclusive no domínio estado geral de saúde (59,5), assinalando-se que não se verificou na presente pesquisa diferenças em relação à QV entre pacientes com DC e RCU. Assim sendo, aponta-se que no conjunto de pacientes com DC e com RCU, em remissão, também os escores aqui obtidos foram superiores aos relatados por Iglesias et al. (2010).

Neste estudo constatou-se uma correlação positiva da pontuação do IBDQ com todos os domínios do SF-36, resultados semelhantes encontrados em estudos

anteriores (BERNKLEV et al., 2004, 2005; SOUZA et al., 2011), evidenciando a coerência dos resultados obtidos com os esses dois instrumentos.

São ainda escassas as pesquisas que estudam variáveis psicológicas associadas à qualidade de vida e capacidade funcional em pacientes com DII e, segundo nosso conhecimento, esse é o primeiro estudo brasileiro que o faz. Em especial essa primazia apresenta-se no que se refere a identificações de possíveis preditores da QV como ansiedade e depressão, percepção da doença ajustadas para variáveis sociodemográficas e para variáveis relativas às próprias DII, como atividade da doença e sua gravidade.

A regressão múltipla efetuada nesta pesquisa procurou identificar as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais que mantiveram associação independente com a pontuação obtida em cada domínio do SF-36.

Constatou-se que idade, percepção de ameaça imposta pela doença, fase da doença (atividade), ansiedade e depressão foram variáveis que mantiveram associação independente, sendo consideradas como fatores associados à qualidade de vida, confirmando as hipóteses apresentadas pelo estudo.

Na presente pesquisa, idade associou-se independentemente aos escores obtidos nos domínios capacidade funcional, estado geral de saúde e saúde mental. Corroborando a literatura que demonstra que a idade é um fator que interfere na qualidade de vida. Verificou-se que os pacientes mais velhos apresentaram pior escore no domínio capacidade funcional, enquanto os mais jovens apresentaram pior escore no domínio saúde mental, dados que se assemelham ao estudo de Stryker et al. (1985), mostrando que pacientes mais velhos são mais propensos a apresentar dificuldades de adaptação aos sintomas intestinais, maior incapacidade física devido à gravidade da doença, tendendo a ter maiores dificuldades em administrar as dores abdominais. Bernklev et al. (2005) também identificaram escores inferiores no componente capacidade funcional da QV em pacientes mais velhos, tanto entre aqueles com DC como entre os que apresentavam RCU. Em contrapartida, estudiosos suecos identificaram que a variável idade não foi um preditor independente para a redução da qualidade de vida (HJORTSWANG et al., 1998).

Embora estudos transversais como os de Drossman et al. (1989), Maunder et al. (1999); Casellas et al. (2005); Van der Eijk et al. (2004); Boye et al. (2008); Schirbel et al. (2010); Jaghult et al. (2011) tivessem encontrado que sexo feminino



foi associado à piora na qualidade de vida entre os pacientes com RCU e DC, neste estudo isso não se verificou, valendo considerar a maior porcentagem de mulheres do presente estudo que pode ter interferido nos resultados.

A hipótese de que as características clínicas interferem na QV dos pacientes com DII também foram confirmadas, mostrando que atividade da doença manteve associação independente com os domínios aspecto físico e vitalidade, domínios que avaliam o impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias ou de trabalho e à percepção subjetiva do estado de saúde, grau de cansaço ou energia para realizar as atividades. Dessa forma, pode-se supor que a exacerbação dos sintomas na fase de atividade da doença pode agravar a condição física e a vitalidade dos pacientes com DII. Esta constatação corrobora os estudos de Drossman et al. (1989), Maunder et al. (1999); Andersson et al. (2002); Pallis et al., (2002); Van der Eijk et al. (2004); Casellas et al. (2005); Bernklev et al. (2006); Boye et al. (2008); Schirbel et al. (2010); Jaghult et al. (2011). Embora essas pesquisas evidenciem esses achados de uma forma mais geral, também encontraram que atividade da doença esteve associada à piora na qualidade de vida entre os pacientes com RCU e DC.

Estudo norueguês de Bernklev et al. (2005) avaliando os domínios do SF-36, identificou que atividade da doença associou-se independentemente com os domínios estado geral de saúde, dor e aspectos físicos achado também semelhante aos da presente pesquisa.

O estudo de Graff et al. (2006) evidenciou uma associação significativa entre a atividade da doença e QV avaliados pelo resultado total do componente mental e físico.

Destacam-se os resultados semelhantes dos autores Rochelle e Filder (2014), indicando a importância de, além da análise do papel da atividade da doença para a qualidade de vida, que especificamente neste estudo mostrou associação com os domínios de aspectos físicos e vitalidade, a importância de se examinar a percepção da doença, ansiedade e depressão sobre a qualidade de vida.

As variáveis psicossociais, ansiedade e depressão foram associadas com diferentes domínios na QV, assim como sugerido pelas hipóteses iniciais desse estudo.

Sintomas ansiosos associaram-se com os domínios saúde mental, aspectos emocionais e vitalidade, caracterizados respectivamente pela representação do

humor e bem-estar, das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e laborais e à percepção subjetiva do estado de saúde, cansaço ou energia para realizar as atividades. Essa associação também foi descrita por Farrokhyar et al. (2001); Guthrie et al. (2002); Van der Eijk et al. (2004); Larsson et al. (2008) e Faust et al. (2012) e demonstraram que sintomas ansiosos tiveram um impacto negativo na qualidade de vida.

Sintomas depressivos associaram-se à pontuação nos domínios dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos emocionais, saúde mental e aspectos sociais, evidenciando que quanto maior a pontuação para sintomas depressivos, maior prejuízo nesses domínios da QV. Esse resultado pode ser explicado pela possibilidade dos sintomas depressivos interferirem negativamente na avaliação pessoal de situações da vida a que estão expostos, bem como interferir na avaliação da representação da doença e do tratamento. Resultado semelhante também foi apresentado por Guthrie et al. (2002); Van der Eijk et al. (2004) e Faust et al. (2012) que encontraram associações mais genericamente entre sintomas depressivos e prejuízo na qualidade de vida.

Corroborando a literatura em doenças crônicas o estudo de Cruz, Fleck e Polanczyk (2010) avaliando o impacto da depressão na qualidade de vida em doença isquêmica do coração e estágio final de doença renal, identificou na análise de regressão linear que os sintomas depressivos foram preditivos para menor QV em todos os domínios do SF-36, este resultado evidencia a consonância com outros estudos que avaliam a associação das variáveis na QV nas doenças crônicas.

Percepção da doença, conceito embasado no Modelo de Autorregulação de Leventhal, tem sido utilizado na explicação e compreensão das cognições e comportamentos envolvidos no processo saúde e doença. Este é um modelo cognitivo que postula que os indivíduos constroem esquemas mentais sobre uma determinada doença, baseados em percepções atuais e em suas condições de saúde. Essas percepções podem influenciar as condutas relacionadas ao autocuidado, bem como podem direcionar as estratégias utilizadas no enfrentamento da doença, determinando as respostas aos sintomas e a adesão ao tratamento (CAMERON; LEVENTHAL, 2003). No presente estudo, percepção da doença, avaliada pelo B-IPQ, e analisada de forma dicotômica, como variável categórica: percepção da doença como ameaça e não perceber a doença como ameaça, associou-se com os domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado

geral de saúde, aspectos emocionais e aspectos sociais, evidenciando que a percepção da doença como ameaça é associada negativamente à qualidade de vida. Ou seja, perceber a doença como ameaça associou-se a menor pontuação nesses domínios da QV. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos (DORRIAN et al., 2009; VAN DER HAVE et al., 2013; ROCHELLE; FILDER, 2014).

Assim como com outras doenças crônicas, perceber a doença como ameaça interfere negativamente na qualidade de vida, o estudo de Sharloo et al. (2007), avaliando pacientes com doença pulmonar obstrutiva também identificou a associação negativa entre percepção da doença e qualidade de vida, identificando ainda maior associação da doença à sua cronicidade e a à falta de controle sobre a evolução da doença. Em uma revisão sistemática sobre a percepção da doença em pacientes com doença renal crônica, De Castro e Gross (2013) também apontam que a forma como a doença é percebida é preditora nos comportamentos de autocuidado, sintomas de depressão e na qualidade de vida.

### **Percepção da Doença**

Especificamente em relação à percepção da doença pelos participantes desta pesquisa, viu-se que o instrumento B-IPQ indicou que 36,8% dos pacientes percebiam sua doença como ameaça, destes 56,4% apresentavam DC e 43,6% RCU. Analisando-se as dimensões da percepção da doença, constatou-se que as médias mais elevadas foram obtidas nos componentes: preocupação (5,5; DP± 3,4) e emoções (5,4; DP± 3,9) e a menor média no na dimensão controle do tratamento (0,78; DP± 1,8), não tendo sido observadas associações significativas comparando-se as pontuações obtidas entre os diagnósticos. Destaca-se que nesta pesquisa chamou atenção que todas as médias obtidas foram inferiores aos de outras investigações, tanto naquelas que investigaram as DII, como nos estudos relativos a outras doenças crônicas, com os mesmos parâmetros e o mesmo instrumento. Pode-se supor que este achado se deva ao longo tempo de acompanhamento desses pacientes no serviço, a sua participação em grupo psicoeducativo realizado pela equipe de psicologia e orientações recebidas pela equipe médica e multiprofissional, que podem ter propiciado aos pacientes maior conhecimento sobre sua doença e melhor enfrentamento da mesma.

Resultados semelhantes aos desta pesquisa foram obtidos por Have et al. (2013), que, estudando pacientes com DC, verificaram a contribuição da percepção da doença para os índices de QV, segundo o IBDQ, exceto no domínio sintomas intestinais, ressaltando que a percepção da doença contribuiu para 11% da variabilidade nos índices de QV, enquanto que no estudo de Dorrian et al. (2009) esta contribuição foi ainda mais alta (21%). Ressalta-se que, no presente estudo, examinando-se as dimensões específicas da percepção da doença e sua associação com os domínios de QV, obteve-se na regressão múltipla que essas dimensões explicaram sempre mais de 20% da variabilidade obtida nos índices de QV e que perceber a doença como ameaça associou-se significativamente a piores índices de qualidade de vida em todos os domínios.

Observou-se ainda que 62,1% dos pacientes que percebiam sua doença como ameaça estavam com a doença em atividade, o que pode sugerir que, estando a doença em atividade, a percepção da doença como ameaça agudiza-se, ou que a percepção da doença pode contribuir para piora de sintomas, porém sendo esse um estudo transversal, não se pode estabelecer a direção desse efeito.

Entre aqueles que apresentavam sintomas ansiosos e depressivos, 56,4% e 69,2% respectivamente percebiam a sua doença como ameaça. Corroborando os estudos de Hagger, et al. (2003); Knowles et al. (2011) e Knowles et al. (2013) que avaliaram a percepção da doença com o B-IPQ, e evidenciaram a associação de maior percepção de ameaça imposta pela doença com aumento de ansiedade e depressão.

O estudo de Rochelle e Filder (2014) que também utilizou o B-IPQ evidenciou que pacientes que percebiam a sua doença como ameaça apresentaram piores índices de qualidade de vida, resultados semelhantes aos do presente estudo. Já os resultados encontrados da pesquisa de Dorrian et al. (2009) reforçam a hipótese de que as crenças pessoais dos indivíduos sobre DII desempenhavam um papel significativo na adaptação à doença.

A análise dos aspectos dimensionais da percepção da doença e sua associação com os domínios da QV permitem sugerir direções para o desenvolvimento de intervenções que visem informar e desenvolver estratégias de enfrentamento da doença (BROADBENT et al. (2006); DORRIAN et al. (2009); KIEBLES et al. (2010); KNOWLES et al. (2011); KNOWLES et al. (2013); ROCHELLE; FILDER (2014). O presente estudo permitiu que se examinasse a

associação dessas dimensões com a QV, constando-se que a dimensão consequências da doença, ou seja a percepção do quanto a doença interfere ou tem impacto sobre a vida das pessoas esteve independentemente associada a seis dos oito domínios da QV: aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos emocionais, saúde mental e aspectos sociais. Outros estudos também indicaram, mais genericamente essa influência como o estudo de Rochelle e Filder (2014), que identificou piores escores de QV associado com este domínio enquanto que a percepção de controle sobre DII ou a percepção que o tratamento poderia ajudar a controlar a doença foi associada com uma melhor qualidade de vida. Van der Have et al. (2013) também identificou uma forte associação dessa dimensão com os piores índices de QV.

As dimensões controle individual e controle do tratamento que indicam a crença sobre a possibilidade de cura através do controle pessoal e através do controle pelo tratamento, associaram-se aos domínios aspectos físicos e aspectos sociais e capacidade funcional respectivamente. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Hagger et al. (2003) e de Rochelle e Filder (2014) que avaliou as dimensões do IPQ-B com os domínios do IBDQ (instrumento de QV específico) e indicou associação semelhante com os domínios aspectos intestinais e aspectos sociais, ou seja, a percepção dos pacientes de que tinham controle sobre a doença foi associada com uma melhor função geral e de sentirem-se mais capazes para realizar suas atividades normais sem limitações. Já o estudo de Dorrian et al. (2009) e Van der Have et al. (2013) não evidenciaram essa associação com os dois domínios.

A dimensão identidade que se refere ao rótulo que o indivíduo possui sobre a sua doença, bem como à interpretação dos sintomas associou-se independentemente aos domínios capacidade funcional, dor e vitalidade. O estudo de Dorrian et al. (2009) evidenciou em seus resultados que a percepção do indivíduo sobre a DII pode desempenhar um papel significativo na sua adaptação à doença, mesmo quando os efeitos da atividade da doença e dor são levados em conta. Identificou em seu estudo que a dimensão identidade é um importante preditor de adaptação à doença.

## Capacidade Funcional

São escassos os estudos que avaliam a capacidade funcional nos pacientes com DII, provavelmente por ser recente a validação e padronização do instrumento específico para esta avaliação em pacientes com DII (ALLEN et al., 2013). Ressalta-se que este instrumento ainda não havia sido desenvolvido na ocasião em que foram obtidos os dados dessa pesquisa e que, além disso, o mesmo agora ele ainda não foi validado para a população brasileira, sendo de 2015 a versão e validação portuguesa do mesmo (MAGALHÃES et al. (2015). Assim sendo, esta pesquisa utilizou para avaliar a capacidade funcional a Escala de Karnofsky, escala não específica para portadores de DII, embora bastante utilizada para pacientes com essa e outras doenças crônicas, e que possibilita apenas avaliação geral da capacidade funcional.

No presente estudo, apenas na análise bivariada, associaram-se significativamente à incapacidade funcional renda *per capita*, posição na ocupação, fase e intensidade da doença, sintomas depressivos, qualidade de vida e percepção da doença, mas após a regressão logística permaneceram com associação independentemente à CF apenas posição na ocupação.

Destaca-se que 44,4% dos indivíduos com até 29 anos de idade estavam inaptos para o trabalho, porcentagem mais alta que a verificada entre os mais velhos (38,1%). Dados semelhantes encontrados já em 1989, no estudo de Sonnenberg et al., estudando pacientes com DC e RCU, encontrou alta prevalência de incapacidade funcional em pacientes jovens e no estudo recente de Van der Have et al. (2014), evidenciou taxas de incapacidade de trabalho entre 1,3% e 34%, tendo a incapacidade funcional grande repercussão socioeconômica.

Nesta pesquisa, considerando-se a posição na ocupação, constatou-se que prevalência de inaptos foi de 100% entre aqueles em licença médica. Corroborando os estudos Boonen et al. (2002); Bernklev et al. (2006); Viazis et al. (2013), indicando claramente o prejuízo trazido pela doença. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Magalhães et al. (2015) que evidenciou escores indicativos de incapacidade funcional entre aqueles que estavam em licença médica e/ou aposentados, à semelhança desta pesquisa.

Recente pesquisa grega, realizada por Viazis et al. (2013), identificou que os problemas associados com os sintomas de DII interferiram na capacidade de

trabalho em 40% dos pacientes, sendo mais prevalente essa interferência entre as faixas etárias de 18 a 29 e 40 a 49 anos, enquanto que mais da metade dos pacientes (57%) estavam de licença médica, corroborando os resultados dessa presente pesquisa.

Os resultados aqui obtidos em relação à capacidade funcional estão em consonância com a literatura e esta constatação sugere que as DII, por sua cronicidade e outras características, como a presença de dor, fadiga, diarreia, fístulas, cirurgias e necessidade contínua de tratamento podem levar ao comprometimento da capacidade funcional do indivíduo, especialmente interferindo em sua capacidade de trabalho. Esse resultado também permite supor que avaliações mais específicas para as características da doença devam ser utilizadas.

### **Limitações do estudo**

Este estudo, apesar de ter trazido resultados significativos para a área, apresentou limitações que devem ser apontadas.

Sendo um estudo de corte transversal não foi possível estabelecer a direção das associações identificadas entre as variáveis.

Também se considerou como limitação o fato deste estudo ter sido realizado em um único serviço, localizado na região centro-sul do estado de São Paulo, e o tamanho da amostra, ainda que calculada tendo por base o número de pacientes atendidos no mesmo serviço, no ano anterior, podem ter limitado os resultados encontrados.

Outro ponto a ser destacado foi o fato de não se ter utilizado instrumento específico para avaliar a capacidade funcional de pacientes portadores de DII.

Deve-se destacar ainda que a inclusão de participantes com remissão dos sintomas, se de um lado permitiu comparar os dois grupos, por outro pode ter obscurecido aspectos mais presentes em doentes com maior gravidade da doença.

### **Fortalezas do estudo**

Considera-se como aspectos que fortaleceram esta investigação o fato dela ser um dos poucos estudos brasileiros que avaliou a QV dos pacientes com DII e o único a estudar as variáveis sociodemográficas, psicológicas (ansiedade, depressão

e percepção da doença) associadas à qualidade de vida e capacidade funcional desses pacientes.

Outro ponto importante que deve ser considerado foi a utilização de instrumentos padronizados e validados para a população brasileira, inclusive a utilização de dois instrumentos para avaliar a qualidade de vida, um geral e um específico para portadores de DII. Destaca-se também que todos os participantes desta pesquisa foram avaliados pela mesma entrevistadora e que foram utilizados parâmetros clínicos para avaliar a atividade da doença.



*Considerações Finais*

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo atingiu os objetivos propostos, ao avaliar os índices de QV e CF em portadores de DII e estudar as associações dos índices de QV e dos índices de CF com variáveis sociodemográficas e clínicas; sintomas de ansiedade e depressão, percepção da doença.

Constatou-se alta prevalência de sintomas ansiosos e depressivos indicando prevalências superiores às obtidas para a população geral e entre os pacientes que estavam com a doença em atividade, com associação estatisticamente significativa entre atividade ou não da doença, resultados em consonância com a literatura da área.

A avaliação da QV dos participantes desta pesquisa, segundo o IBDQ, mostrou que a maioria deles teve sua QV classificada como excelente ou boa, diferindo os pacientes com RCU e DC.

Em relação à QV, avaliada por meio do SF-36, identificaram-se médias, em todos os domínios da QV, não inferiores a 50,0, mesmo diante deste resultado, foi possível constatar comprometimento no domínio estado geral de saúde e vitalidade, chamando atenção que esses domínios indicam aspectos mais gerais da QV nos dois componentes.

Constatou-se correlação positiva da pontuação do IBDQ com todos os domínios do SF-36, resultados semelhantes aos encontrados na literatura, evidenciando a coerência dos resultados obtidos com os esses dois instrumentos. Os resultados da presente pesquisa permitiram confirmar as seguintes hipóteses:

- ✓ Constatou-se que das características sociodemográficas apenas idade associou-se à QV, especificamente ao domínio CF. a, percepção de ameaça imposta pela doença, ansiedade e depressão mantiveram associação independente com vários domínios da qualidade de vida.
- ✓ Entre as características clínicas, atividade da doença manteve associação independente com os domínios aspectos físicos e vitalidade do SF-36.
- ✓ Entre as variáveis psicossociais, ansiedade e depressão associaram-se a vários domínios da QV: saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais, dor, estado geral de saúde e vitalidade.

- ✓ Perceber a doença como ameaça associou-se independentemente com os domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, aspectos emocionais e aspectos sociais, evidenciando que percepção da doença como ameaça associou-se a menor pontuação nesses domínios da QV.
- ✓ As dimensões de percepção da doença: consequência da doença, controle individual, identidade, controle pelo tratamento associaram-se independentemente com vários dos domínios da QV.
- ✓ Capacidade funcional associou-se independentemente apenas com posição na ocupação.
- ✓ Pacientes com DC e RCU não diferiram significativamente em relação aos índices de QV, exceto segundo o IBDQ, à presença de ansiedade e depressão e percepção da doença.
- ✓ Os resultados deste estudo permitem concluir que:

1) há necessidade de diagnóstico precoce e suporte terapêutico adequado para o sofrimento psíquico de pessoas com DII, tanto pela alta prevalência de depressão e ansiedade, como por sua associação com QV, principalmente na fase de atividade da doença;

2) são necessárias intervenções psicossociais que visem informar e orientar portadores de DII considerando as dimensões de percepção da doença que se associaram aos domínios de QV, interferindo negativamente nesses domínios.

Em síntese, os resultados desta pesquisa enfatizam a importância do olhar do profissional de saúde, que atua na área das DII, também para os fatores de natureza psicossocial que interferem na qualidade de vida dessas pessoas, visando diminuir o impacto negativo que a doença pode acarretar em suas vidas.

## *Referências*

## REFERÊNCIAS

- ALLEN, P. B. et al. Development and validation of a patient-reported disability measurement tool for patients with inflammatory bowel disease. **Aliment. Pharmacol. Ther.**, v. 37, p. 438-444, 2013.
- ANDERSSON, R. E. et al. Appendectomy is followed by increased risk of Crohn's disease. **Gastroenterology**, v. 124, n. 1, p. 40-46, 2003.
- ANDRADE, L. H. et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PLoS ONE**, v. 7, n. 2, p. e31879, 2012.
- AUQUIER, P.; SIMEONI, M. C.; MENDIZABAL, H. Approches théoriques méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. **Rev. Prevenir**, v. 33, p. 77-86, 1997.
- BARBIERI, D. Doenças inflamatórias intestinais. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 76, supl. 2, p. S173-S180, 2000.
- BAUMGART, D. C. et al. IBD around the world comparing the epidemiology, diagnosis and treatment. Proceedings of the World Digestive Health Day 2010. Inflammatory bowel disease task force meeting. **Inflamm. Bowel Dis.**, v. 17, n. 2, p. 639-644, 2011.
- BERNSTEIN, C. N. et al. A population-based case control study of potential risk factors for IBD. **Am. J. Gastroenterol.**, v. 101, p. 993-1002, 2006.
- BERNKLEV, T. et al. Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease five years after the initial diagnosis. **Scand. J. Gastroenterol.**, v. 39, n. 4, p. 365-373, 2004.
- BERNKLEV, T. et al. Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease measured with the short form-36: psychometric assessments and a comparison with general population norms. **Inflamm. Bowel Dis.**, v. 11, p. 909-918, 2005.
- BERNKLEV, T. et al. Relationship between sick leave, unemployment, disability, and health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. **Inflamm. Bowel Dis.**, v. 12, p. 402-412, 2006.
- BEST, W. R. et al. Development of a Crohn's disease activity index. **Gastroenterology**, v. 70, p. 439-444, 1976.

BLANCO, B. L. et al. Relationship between socio-demographic and clinical variables and health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. **Rev. Esp. Enferm. Dig.**, v. 97, p. 887-898, 2005.

BOONEN, A. et al. The impact of inflammatory bowel disease on labor force participation: results of a population sampled case-control study. **Inflamm. Bowel Dis.**, v. 8, n. 6, p. 382-389, 2002.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 355-365, 1995.

BOYE, B.; LUNDIN, K. E. A.; LEGANGER, S. The inspire study: do personality traits predict general quality of life (short form-36) in distressed patients with ulcerative colitis and Crohn's disease? **Scand. J. Gastroenterol.**, v. 43, n.12, p. 1505-1513, 2008.

BRITO, D. M. S.; ARAUJO, T. L. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 933-940, 2002.

BROADBENT, E. et al. The brief Illness Perception Questionnaire. **J. Psychosom. Res.**, v. 60, p. 631-637, 2006.

CAMERON, L.; LEVENTHAL, H. Self-regulation, health, and illness. In:\_\_\_\_\_. (Org.). **The self regulation of health and illness behavior**. Nova York: Routledge, 2003. p. 1-13.

CASTELLI, A.; SILVA, M. J. “Faz isso, faz aquilo, mas eu tô caindo...” - Compreendendo a Doença de Crohn. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 1, p. 29-35, 2007.

CASELLAS, F. et al. Factors affecting health related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. **Qual. Life Res.**, v. 11, p. 775-781, 2001.

CASELLAS, F. et al. Relevance of the phenotypic characteristics of Crohn's disease in patient perception of health-related quality of life. **Am. J. Gastroenterol.**, v. 100, p. 2737-2742, 2005.

CHEN, S. L.; TSAI, J. C.; CHOU, K. R. Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: A structural modeling approach. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 48, n. 2, p. 235-245, 2011.

CHEN, S. L.; TSAI, J. C.; LEE, W. L. The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. **J. Clin. Nurs.**, v. 18, n. 15, p. 2234-2244, 2009.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”**. 1997. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

COELHO, M. I. D. **Qualidade de vida e Doença Inflamatória Intestinal**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Faculdade Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Cavilhã, 2010.

COHEN, D.; BIN, C. M.; FAYH, A. P. T. Assessment of quality of life of patients with inflammatory bowel disease residing in Southern Brazil. **Arq. Gastroenterol.**, v. 47, n. 3, p. 285-289, 2010.

COLLI, M. V. et al. F. Toxicidade da azatioprina na doença de crohn: incidência, abordagem e evolução. **Rev. Assoc. Méd. Brás.**, v. 54, n. 5, p. 415-421, 2008.

COSTA, A. L. S.; CHAVES, E. C. Processos de enfrentamento do estresse e sintomas depressivos em pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 507-514, 2006.

CRUZ, FLECK, M. P. A.; POLANCZYK, C. A. Depression as a determinant of quality of life in patients with chronic disease: data from Brazil. **Social Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v. 45, n. 10, p. 953-961, 2009.

DE CASTRO, E. K.; GROSS, C. Q. Percepção sobre a doença renal crônica de pacientes em hemodiálise: revisão sistemática. **Salud Socied. Antofagasta**, v. 4, n. 1, p. 70-89, 2013.

DIEFENBACH, M. A.; LEVENTHAL, H. The common-sense model illness representation: theoretical and practical considerations. **J. Distress Homel.**, v. 5, n. 1, p. 11-38, 1996.

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, 2009.

DROSSMAN, D. A. et al. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease. Functional status and patient worries and concerns. **Dig. Dis. Sci.**, v. 34, p. 1379-1789, 1989.

DROSSMAN, D. A. Psychosocial factors in Ulcerative Colitis and Cronh's Disease. In: KIRSNER, J. B. **Inflammatory Bowel Disease**. 5. ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 2000. p. 342-357.

FARIA, L. C.; FERRARI, M. L. A.; CUNHA, A. S. Aspectos clínicos da doença de crohn em um centro de referência para doenças intestinais. **GED**, v. 23, n. 4, p. 151-163, 2004.

FARIAS N.; BUCHALLA C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, p. 187-193, 2005.

FARROKHYAR, F.; SWARBRICK, E. T.; IRVINE, E. J. A critical review of epidemiological studies in inflammatory bowel disease. **Scand. J. Gastroenterol.**, v. 36, n. 1, p. 2-15, 2001.

FAUST, A. H. et al. Psychosocial factors contributing to inflammatory bowel disease activity and health-related quality of life. **Gastroenterol. Hepatol.**, v. 8, n. 3, p. 173-181, 2012.

FEAGAN, B. G. et al. Unemployment and disability in patients with moderately to severely active Crohn's disease. **J. Clin. Gastroenterol.**, v. 39, p. 390-500, 2005.

FIGUEIRAS, M. J.; MACHADO, V.; ALVES, N. C. Os modelos de senso-comum das cefaléias crônicas nos casais: relação com o ajustamento marital. **Anál. Psicol.**, v. 20, n. 1, p. 70-90, 2002.

FIGUEIRAS, M. J. et al. Crenças de senso comum sobre medicamentos genéricos vs. medicamentos de marca: Um estudo piloto sobre diferenças de gênero. **Anál. Psicol.**, v. 3, p. 427-437, 2007.

FRAGUAS JUNIOR, R.; HUMES, E. C. Aspectos Psiquiátricos na Doença Inflamatória Intestinal. In: CARDOZO, W. S.; SOBRADO, C. W. **Doença Inflamatória Intestinal**. Barueri: Manole, 2012. p. 397-402.

GANDHI, S. et al. The relationship between coping, health competence and patient participation among patients with inactive inflammatory bowel disease. **J. Crohn's Colitis**, v. 8, n. 5, p. 401-408, 2014.

GIBSON, P. R. et al. Relationship between disease severity, quality of life and health-care resource use in a cross-section of Australian patients with Crohn's disease. **J. Gastroenterol. Hepatol.**, v. 22, p. 1306-1312, 2007.

GOMEZ, P. F.; GUTIERREZ, M. G. R.; MOREIRA, R. S. L. Percepção da doença: uma avaliação a ser realizada pelos enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 5, p. 925-930, 2011.

GRAFF, L. A. et al. "The relationship of inflammatory bowel disease type and activity to psychological functioning and quality of life. **Clin. Gastroenterol. Hepatol.**, v. 4, n. 12, p. 1491-1501, 2006.



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, n. 7, p. 1105-1118, 2009.

GREENWALD, D. A.; BRANDT, L. J. Inflammatory bowel disease after age 60. **Curr Treat. Options Gastroenterol.**, v. 6, n. 3, p. 213-225, 2003.

GUTHRIE, E. et al. Psychosocial disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. **Am. J. Gastroenterol.**, v. 97, n. 8, p. 1994-1999, 2002.

GUYATT, G. et al. Exploration of the value of health-related quality-of-life information from clinical research and into clinical practice. **Mayo Clin. Proc.**, v. 82, n. 12, p. 1229-1239, 2007.

GUYATT, G. et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. **Gastroenterology**, v. 96, p. 804-810, 1989.

GOODHAND, J. R. et al. Mood disorders in inflammatory bowel disease: relation to diagnosis, disease activity, perceived stress, and other factors. **Inflamm. Bowel Dis.**, v. 18, n. 12, p. 2301-2309, 2012.

HAAS, J. S. **Avaliação da capacidade funcional em pacientes críticos após dois anos da alta da UTI.** 2010. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2010.

HAAPAMÄKI, J. et al. Impact of demographic factors, medication and symptoms on disease-specific quality of life in inflammatory bowel disease. **Qual. Life Res.**, v. 18, n. 8, p. 961-969, 2009.

HAGGER, M.; ORBELL, S. A metaanalytic review of the Common-sense Model of Illness Representations. **Psychol. Health**, v. 18, n. 2, p. 141-184, 2003.

HJORTSWANG, H. et al. Evaluation of the RFIPC, a disease-specific health-related quality of life questionnaire, in Swedish patients with ulcerative colitis. **Scand. J. Gastroenterol.**, v. 32, p. 1235-1240, 1998.

HUSAIN, M. O. et al. The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. **Clin. Pract. Epidemiol. Mental Health**, v. 4, n. 4, p.1-5, 2008.

IGLESIAS, M. et al. Psychological impact of Crohn's disease on patients in remission: anxiety and depression risks. **Rev. Esp. Enferm. Dig.**, v. 101, n. 4, p. 249-257, 2009.

IGLESIAS, M. et al. Health related quality of life in patients with Crohn's disease in remission. **Rev. Esp. Enferm. Dig.**, v. 102, p. 624-630, 2010.

IGLESIAS-REY, M. et al. How do psychological variables influence coping strategies in inflammatory bowel disease? **J. Crohns Colitis**, v. 7, n. 6, p. 219-226, 2013.

IRVINE, E. J. Quality of life – measurement in inflammatory bowel disease. **Scand. J. Gastroenterol. Suppl.**, v. 199, p. 36-39, 1993.

ISRAELI, E. et al. Low prevalence of disability among patients with inflammatory bowel diseases a decade after diagnosis. **Clin. Gastroenterol. Hepatol.**, v. 12, n. 8, p. 1330-1337, 2014.

JAGHULT, S. et al. Identifying predictors of low health-related quality of life among patients with inflammatory bowel disease: comparison between Crohn's disease and ulcerative colitis with disease duration **J. Clin. Nurs.**, v. 20, n. 11-12, p. 1578-1587. 2011.

JETTE, A. M. Disability trends and transitions. In: BINSTOCK, R. H.; GEORGE L. K. (Ed.). **Handbook of aging and the Social Science**. San Diego: Academic Press, 1996. p. 94-116.

KALAFATELI, M. et al. Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a single-center experience. **Ann. Gastroenterol.**, v. 3, n. 3, p. 243-248, 2013.

KATZ, S.; FELDSTEIN, R. Inflammatory Bowel Disease of the Elderly: A Wake-Up Call. **Gastroenterol. Hepatol.**, v. 4, n. 5, p. 337-347, 2008.

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.

KNUTSON, D.; GREENBERG, G.; CRONAU, H. Management of Crohn's Disease – a practical approach. **Am. Fam. Physician**, v. 68, n. 4, p. 707-714, 2003.

KNOWLES, S. R. et al. Preliminary examination of the relations between disease activity, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in Crohn's disease guided by the common sense model of illness. **Inflamm. Bowel Dis.**, v. 17, n. 12, p. 2551-2557, 2011.

KNOWLES, S. R.; GASS, C.; MACRAE, F. Illness perceptions in IBD influence psychological status, sexual health and satisfaction, body image and relational functioning: A preliminary exploration using Structural Equation Modeling. **J. Crohns Colitis**, v. 9, p. 344-350, 2013.

LAMB, V. L. A cross-national study of quality of life factors associated with patterns of elderly disablement. **Soc. Sci. Med.**, v. 42, n. 3, p. 363-377, 1996.

LARSSON, K. et al. Quality of life for patients with exacerbation in inflammatory bowel disease and how they cope with disease activity. **J. Psychosom. Res.**, v. 64, n. 2 p. 139-148, 2008.

LATELLA, G.; PAPI, C. Crucial steps in the natural history of inflammatory bowel disease. **World J. Gastroenterol.**, v.18, p. 3790-3799, 2012.

LEITE, A. Z. A. Epidemiologia na doença Inflamatória Intestinal. In: CARDOZO, W. S.; SOBRADO, C. W. **Doença Inflamatória Intestinal**. Barueri: Manole, 2012. p. 11-15.

LEONG, R. W. L. et al. Prospective validation study of the International Classification of Functioning, Disability, and Health score in Crohn's disease and ulcerative colitis. **J. Crohns Colitis**, v. 8, n. 10, p. 1237-1245, 2014.

LEVENTHAL, H.; BRISSETTE, I.; LEVENTHAL, E. A. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: CAMERON, L. D.; LEVENTHAL, H. (Org.). **The self-regulation of health and illness behavior**. New York: Routledge, 2003. p. 42-65.

LICHTENSTEIN, G. R. et al. Remission in patients with Crohn's Disease is associated with improvement in employment and quality of life and a decrease in hospitalizations and surgeries. **Am. J. Gastroenterol.**, v. 99, p. 91-96, 2003.

LIMA, F. D'A.V. et al . Oscilação do humor em pacientes com doença de Crohn: incidência e fatores associados. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 4, p. 481-488, 2012.

LONGOBARDI, T.; JACOBS, P.; BERNSTEIN, C. Work losses related to inflammatory bowel disease in the United States: Results from the national health interview survey. **Am. J. Gastroenterol.**, v. 98, p. 1064-1072, 2013.

MAGALHÃES, J. et al. Disability in inflammatory bowel disease: translation to portuguese and validation of the Inflammatory Bowel Disease – Disability Score. **GE Port. J. Gastroenterol.**, v. 22, n. 1, p. 4-14, 2015.

MAUNDER, R. et al. Influence of sex and disease on illness-related concerns in inflammatory bowel disease. **Can. J. Gastroentrol.**, v. 13, p. 728-732, 1999.

MCCOLL, E. et al. A comparison of the discriminatory power of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire and the SF-36 in people with ulcerative colitis. **Qual. Life Res.**, v. 13, p. 805-811, 2004.

MINAYO, M. C. X.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2005.

MISZPUTEN, S. J. Doenças inflamatórias intestinais. In: MISZPUTEN, S. J. **Gastroenterologia**. São Paulo: Manole, 2002. p. 217-231.

MOLODECKY, N. A. et al. increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. **Gastroenterology**, v. 142, n. 1, p. 46-54, 2012.

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, p. 467-473, 2013.

MORENO-JIMÉNEZ B. et al. The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. **J Psychosom Res.**, v. 62, n. 1, p. 39-46, 2007.

MOSS-MORRIS, R. et al. The revised illness perception Questionnaire (IPQ-R). **Psychol. Health**, v. 17, n. 1, p. 1-16, 2002.

NEVES NETO, A. R. **Rastreamento da comorbidade dos sintomas psicológicos em pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais estudo de caso controle**. 2001. 96 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

NORDIN, K. et al. Health-related quality of life and psychological distress in a population-based sample of Swedish patients with inflammatory bowel disease. **Scand. J. Gastroenterol.**, v. 37, p. 450-457, 2002.

NOGUEIRA, G. S. **Adaptação e validação do Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) para a cultura brasileira**. 2012. 86 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

NUBILA, H. B. V. Uma introdução à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 35, n. 121, p. 122-123, 2010.

OLIVEIRA, F. M.; EMERICK, A. P. C.; SOARES, E. G. Aspectos epidemiológicos das doenças intestinais inflamatórias na macrorregião de saúde leste do Estado de Minas Gerais. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, n. 1, p. 1031-1037, 2010.

PACHECO-HUERGO, V. et al. Percepción em enfermedades crônicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. **Aten. Prim.**, v. 44, n. 5, p. 280-287, 2011.

PAIS-RIBEIRO, J. A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: CRUZ, J. P.; JESUS, S. N.; NUNES, C. (Coords.). **Bem-estar e qualidade de vida**. Alcochete: Textiverso, 2009. p. 31-49.

PALLIS, A. G.; VLACHONIKOLIS, I. G.; MOUZAS, I. A. Assessing health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease, in Crete, Greece. **BMC Gastroenterol.**, v. 2, p. 1, 2002.

PEYRIN-BIROULET, L. et al. Development of the first disability index for inflammatory bowel disease based on the international classification of functioning, disability and health. **Gut**, v. 61, p. 241-247, 2011.

PETRIE, K. J.; WEINMAN, J. Why illness perceptions matter? **Clin. Med.**, v. 6, p. 536-539, 2006.

PONTES, R. M. A. et al. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal: tradução para o português e validação do questionário Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ). **Arq. Gastroenterol.**, v. 41, n. 2, p. 137-143, 2004.

QUICENO, J. M.; VINACCIA, S. Percepción de enfermedad: uma aproximación a partir del Illness perception questionnaire. **Psicol. Caribe**, v. 25, p. 56-83, 2010.

QUILICI, F. A. **Retocolite ulcerativa**. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

QUILICI, F. A.; MISZPUTEN, S. J. **Guia prático Doença Inflamatória Intestinal**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 198p.

REIS, J. C.; FRADIQUE, F. S. Significações sobre causas e prevenção das doenças em jovens adultos, adultos de meia idade e idosos. **Psicol. Teoria Pesqui.**, v. 19, n. 1, p. 47-57, 2003.

REIS, J.; FRADIQUE, F. Desenvolvimento sociocognitivo de significaoença inflamatória intestinal: tradução para o doenças. **Anál. Psicol.**, v. 1, n. 5, p. 5-26, 2002.

ROCHELLE, T. L.; FIDLER, H., The importance of illness perceptions, quality of life and psychological status in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. **J. Health Psychol.**, v. 18, n. 7, p. 972-983, 2013.

ROSA, T. E.; BENICIO, M. H.; LARROTE, M. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, p. 40-48, 2003.

SAINSBURY, A.; HEATLEY, R. V. Review article: Psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. **Aliment. Pharmacol.**, v. 21, p. 499-508, 2005.

SAJADINEJAD, M. S. et al. Psychological issues in inflammatory bowel disease: an overview. **Gastroenterol. Res. Pract.**, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/106502>

SANDS, B. E. Inflammatory Bowel Disease: past, present, and future. **J. Gastroenterol.**, v. 42, p. 16-25, 2007.

SANTOS, C.; PAIS-RIBEIRO, J.; LOPES, C. Adaptação e validação do "Revised Illness Perception Questionnaire" (IPQ-R) em doentes oncológicos. **Arq. Med.**, v. 17, n. 4, p. 136-147, 2003.

SIMREN, M. et al. Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: the impact of IBS-like symptoms and associated psychological factors. **Am. Gastroenterol.**, v. 97, p. 389-396, 2002.

SCHARLOO, M. et al. Illness perceptions and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **J. Asthma**, v. 44, n. 7, p. 575-581, 2007.

SCHIRBEL, A.; FIOCCHI, C. Inflammatory bowel disease: established an evolving considerations on its etiopathogenesis and therapy. **J. Dig. Dis.**, v. 11, n. 5, p. 266-276, 2010.

SCHROEDER, K. W.; TREMAINE, W. J.; ILSTRUP, D. M. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis. A randomized study. **N. Engl. J. Med.**, v. 317, p. 1625-1629, 1987.

SMITH, G. D.; WATSON, R.; ROGER, D. Impact of a nurse-led counseling service on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. **J. Adv. Nurs.**, v. 38, p. 152-160, 2002.

SOUSA, M. R. M. G. C. **Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2.** 2003. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Braga, 2003. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/668>>. Acesso em: 17/05/2014.

SOUZA, M. H. L. P. et al. Evolução da ocorrência (1980-1999) da doença de crohn e da retocolite ulcerativa idiopática e análise das suas características clínicas em um hospital universitário do sudeste do Brasil. **Arq. Gastroenterol.**, v. 39, n. 2, p. 98-105, 2002.

SOUZA, M. M.; BELASCO, A. G. S.; AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal do estado de Mato Grosso. **Rev. Bras. Colo-proctol.**, v. 28, n. 3, p. 324-328, 2008.

STATA Corporation. **Stata Statistical Software**: release 8.0. College Station, TX: Stata Corporation, 2003.

STRYKER, S. J.; PEMBERTON, J. H.; ZINSMEISTER, A. R. Long-term results of ileostomy in older patients. **Dis. Colon Rectum**, v. 28, p. 844-860, 1985.

TAFT, T. H. et al. Impact of Perceived Stigma on Inflammatory Bowel Disease Patient Outcomes. **Inflamm. Bowel Dis.**, v. 15, n. 8, p. 1224-1232, 2009.

TAFT, T. H. et al. Perceptions of illness stigma in patients with inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. **Qual. Life Res.**, v. 20, n. 9, p. 1391-1399, 2011.

TRENTINI, M. et al. Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas e diabetes mellitus. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 20-27, 1990.

WEINMAN, J.; PETRIE, K. J. Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics. **J. Psychosom. Res.**, v. 42, n. 2, p. 113-116, 1997.

WEINMAN, J. et al. *The Illness Perception* Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. **Psychol. Health**, v. 11, p. 431-435, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of functioning, disability and health**: ICF. Geneve: WHO, 2001.

VAN DER EIJK, I. et al. The role of quality of care in health-related quality of life in patients with IBD. **Inflamm. Bowel Dis.**, v. 10, p. 392-398, 2004.

VAN DER HAVE, M. et al. Determinants of health-related quality of life in Crohn's disease: A systematic review and meta-analysis. **J. Crohns Colitis**, v. 8, n. 2, p. 93-106, 2014.

VAN LANGENBERG, D. R.; GIBSON, P. R. Systematic review: fatigue in inflammatory bowel disease. **Aliment Pharmacol. Ther.**, v. 32, p. 103-113, 2010.

VERÍSSIMO, R. Quality of life inflammatory bowel disease: psycometric evaluation of an IBDQ cross-culturally adapted version. **J. Gastrointestin. Liver Dis.**, v. 17, n. 4, p. 439-444, 2008.

VIAZIS, N. et al. Inflammatory bowel disease: Greek patients' perspective on quality of life, information on the disease, work productivity and family support. **Ann. Gastroenterol.**, v. 26, n. 1, p. 52-58, 2013.

VICTORIA, C. R.; SASSAKI, L. Y.; NUNES, H. R. C. Incidence and prevalence rates of inflammatory bowel diseases, in midwestern of São Paulo state, Brazil. **Arq. Gastroenterol.**, v. 46, n. 1, p. 20-25, 2009.

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. 977-983, 2008.

YAN, J. et al. Illness perception among Chinese patients with acute myocardial infarction. **Patient Educ. Couns.**, v. 85, n. 3, p. 398-405, 2011.

YANG, Y.; GEORGE, L. K. Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. **J. Aging Health**, v. 17, p. 263-292, 2005.

YARUR, A. J. et al. Predictors of Aggressive Inflammatory Bowel Disease. **Gastroenterol. Hepatol.**, v. 7, n. 10, p. 652-659, 2011.

WALSH, A.; MABEE, J.; TRIVEDI, K. Inflammatory bowel disease. **Prime Care**, v. 38, n. 3, p. 415-432, 2011.

ZELINKOVA, Z.; DER WOUDE, C. J. Gender and Inflammatory Bowel Disease. **J. Clin. Cell Immunol.**, v. 5, p. 245, 2014.

ZHOU, Y. et al. Assessing health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease in Zhejiang, China. **J. Clin. Nurs.**, v. 19, p. 79-88, 2010.



*Anexos*



## ANEXOS

## Anexo 1 – Protocolo sociodemográfico e clínico

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data de Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ anos (1) 18 – 29 (2) 30 – 59 (3) 60 - +

Sexo (1) Masculino (2) Feminino

**Situação conjugal:**

- (1) Solteiro (2) Casado (3) União Consensual  
 (4) Separado (5) Viúvo

**Arranjo familiar - com quem vive:**

- (1) mora só (2) com cônjuge (3) cônjuge e filhos  
 (4) filhos (5) Outros: \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** \_\_\_\_ anos

- (1) Analfabeto (2) Lê e Escreve (3) 1ª a 3ª (4) 4ª a 8ª  
 (5) Ensino médio incompleto (6) Ensino médio completo  
 (7) Ensino superior incompleto (8) Ensino superior completo

**Renda Familiar:** R\$ \_\_\_\_\_

Quantas pessoas vivem desta renda: \_\_\_\_

Renda *per capita*: \_\_\_\_\_

- (1) < 1 sal. min. (2) 1-2 sal.min. (3) 2 ou > sal.min.

**Ocupação** \_\_\_\_\_

- (1) qualificada (2) não qualificada

**Posição na Ocupação:**

- (1) empregado (2) desempregado  
 (3) licença médica/aux.doença (4) Aposentado/pensionista  
 (5) Nunca trabalhou (6) Dona-de-casa

**Comorbidades Associadas:**

- (1) Hipertensão Arterial (2) Diabetes (3) Outros

**Fatores psicossociais**

O Sr (a) tem alguém com quem contar?

- (0) não  
 (1) sim. Quem? \_\_\_\_\_

**Sente-se satisfeito com o apoio que recebe?**

- (0) não  
 (1) sim  
 Motivo: \_\_\_\_\_

**Já consultou com profissional da saúde mental (psicólogo, psiquiatra)?**

- (0) não  
 (1) sim  
 Qual profissional: \_\_\_\_\_  
 Quando: \_\_\_\_\_ Motivo. : \_\_\_\_\_

---

**Anexo 2 – Classificação da Retocolite Ulcerativa (RCU) quanto à extensão anatômica do processo inflamatório.**

colite distal	inflamação da mucosa até 30 cm da linha denteada
hemicolite esquerda	Inflamação da mucosa até a flexura esplênica (eventualmente, até o cólon transversal distal)
Pancolite	Inflamação da mucosa estendendo-se além do cólon transversal proximal

## Anexo 2 – Escore de Mayo para Avaliação da Atividade da Retocolite Ulcerativa

<b>Número de evacuações:</b> 0 – habitual do paciente 1 – 1 a 2 vezes além do habitual 2 – 3 a 4 vezes além do habitual 3 – 5 ou + vezes além do habitual	<b>Pontos</b>
<b>Presença de sangramento retal:</b> 0 – sem sangue visível 1 – estrias nas fezes em menos de metade das evacuações 2 – sangue vivo nas fezes na maioria das evacuações 3 – evacuação apenas com sangue	
<b>Achados endoscópicos:</b> 0 – normal ou doença inativa 1 – leve: eritema, diminuição do padrão vascular, discreta friabilidade 2 – moderada: eritema intenso, perda padrão vascular, friabilidade, erosões 3 – grave: sangramento espontâneo, ulceração	
<b>Avaliação global:</b> desconforto abdominal, bem-estar, PPS, exame físico 0 – normal 1 – doença discreta 2 – doença moderada 3 – doença grave	
<b>TOTAL de Pontos</b>	

A pontuação varia de 0 a 12 pontos, com índices mais elevados sugerindo doença mais grave. Cada paciente é considerado como seu próprio controle.

Remissão: 0 a 2 pontos

Atividade Discreta: 3 a 5 pontos

Atividade Moderada: 6 a 10 pontos

Atividade Grave: 11 e 12 pontos

**Anexo 3 – Índice de Atividade Inflamatória da doença de Crohn (CAI)**

	Multiplicado por
1) Número de evacuações líquidas na última semana Considerar a soma total dos dados individuais da última semana	2
2) Dor abdominal (ausente = 0; leve = 1; moderada = 2; grave = 3) Considerar a soma total dos dados individuais da última semana	5
3) Estado geral (ótimo = 0; bom = 1; regular = 2; mau = 3; péssimo = 4) 4) Considerar a soma total dos dados individuais da última semana	7
4) N° de sintomas/sinais associados (alistar por categorias: a) Artralgia/Artrite; b) Irite/Uveíte; c) Eritema Nodoso/Pioderma gangrenoso/Aftas Orais; d) Fissura Anal, Fístula ou Abscesso; e) Outras Fístulas; f) Febre	20 (valor máximo = 120)
5) Consumo de antidiarréico (não = 0; Sim = 1)	30
6) Massa abdominal (ausente = 0; duvidosa = 2; bem definida = 5)	10
7) “Déficit” de hematócrito: homens: 47-Ht; mulheres: 42-Ht (diminuir em vez de somar no caso do Ht do paciente ser > do que o padrão)	6
8) Peso*: porcentagem abaixo do esperado (diminuir em vez de somar se o peso do paciente for maior que o esperado)	1

\*Peso esperado ou ideal = Altura (m)<sup>2</sup> x 25,5 = \_\_\_\_\_ Kg (homens),  
 Altura (m)<sup>2</sup> x 22,5 = \_\_\_\_\_ Kg (mulheres)

**Soma Total (CAI):** ≤150: remissão, 150 – 250: discreta, 250 – 350: moderada, >350: grave.

**Anexo 4 – Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD).**

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

- A1) Eu me sinto tenso ou contraído:  
3 ( ) A maior parte do tempo  
2 ( ) Boa parte do tempo  
1 ( ) De vez em quando  
0 ( ) Nunca
- D2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:  
0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes  
1 ( ) Não tanto quanto antes  
2 ( ) Só um pouco  
3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada
- A3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:  
3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte  
2 ( ) Sim, mas não tão forte  
1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa  
0 ( ) Não sinto nada disso
- D4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:  
0 ( ) Do mesmo jeito que antes  
1 ( ) Atualmente um pouco menos  
2 ( ) Atualmente bem menos  
3 ( ) Não consigo mais
- A5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:  
3 ( ) A maior parte do tempo  
2 ( ) Boa parte do tempo  
1 ( ) De vez em quando  
0 ( ) Raramente
- D6) Eu me sinto alegre:  
3 ( ) Nunca  
2 ( ) Poucas vezes  
1 ( ) Muitas vezes  
0 ( ) A maior parte do tempo
- A7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:  
0 ( ) Sim, quase sempre  
1 ( ) Muitas vezes  
2 ( ) Poucas vezes  
3 ( ) Nunca
- D8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:  
3 ( ) Quase sempre  
2 ( ) Muitas vezes  
1 ( ) De vez em quando  
0 ( ) Nunca

- A9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
- 0 ( ) Nunca
  - 1 ( ) De vez em quando
  - 2 ( ) Muitas vezes
  - 3 ( ) Quase sempre
- D10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
- 3 ( ) Completamente
  - 2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria
  - 1 ( ) Talvez não tanto quanto antes
  - 0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes
- A11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
- 3 ( ) Sim, demais
  - 2 ( ) Bastante
  - 1 ( ) Um pouco
  - 0 ( ) Não me sinto assim
- D12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:
- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes
  - 1 ( ) Um pouco menos do que antes
  - 2 ( ) Bem menos do que antes
  - 3 ( ) Quase nunca
- A13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
- 3 ( ) A quase todo momento
  - 2 ( ) Várias vezes
  - 1 ( ) De vez em quando
  - 0 ( ) Não sinto isso
- D14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:
- 0 ( ) Quase sempre
  - 1 ( ) Várias vezes
  - 2 ( ) Poucas vezes
  - 3 ( ) Quase nunca

## Anexo 5 – The Medical Outcomes Study 36 item Short-Form Health Survey (SF-36)

1. Em geral você diria que sua saúde é:
  - 1 Excelente
  - 2 Muito Boa
  - 3 Boa
  - 4 Ruim
  - 5 Muito Ruim
  
2. Comparando a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?
  - 1 Muito melhor agora
  - 2 Um pouco melhor agora
  - 3 Quase a mesma
  - 4 Um pouco pior agora
  - 5 Muito pior agora
  
3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

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

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

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou as outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em suas atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.	1	2



necessitou de esforço extra)?		
-------------------------------	--	--

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

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou as outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

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

- 1 De forma nenhuma
- 2 Ligeiramente
- 3 Moderadamente
- 4 Bastante
- 5 Grave
- 6 Muito grave

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

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

8. Durante as últimas 4 semanas, quanta dor no corpo interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora de casa e dentro de casa)?

- 1 De maneira alguma
- 2 Um pouco
- 3 Moderadamente
- 4 Bastante
- 5 Extremamente

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

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se	1	2	3	4	5	6

sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?						
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo e tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

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

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

	Definitiva mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiv amente falsa
a. Eu costumo adoecer mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

**Anexo 6 – Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)**

1. Com que frequência você tem evacuado nas duas últimas semanas? Por favor, indique com que frequência tem evacuado nas últimas duas semanas, escolhendo uma das seguintes opções:
  1. Mais frequente do que nunca
  2. Extremamente frequente
  3. Muito frequente
  4. Moderado aumento na frequência
  5. Pouco aumento
  6. Pequeno aumento
  7. Normal, sem aumento na frequência das evacuações
  
2. Com que frequência se sentiu cansado, fatigado e exausto nas últimas duas semanas?
  1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
  
3. Com que frequência, nas últimas duas semanas, você se sentiu frustrado, impaciente ou inquieto?
  1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
  
4. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você não foi capaz de ir à escola ou ao seu trabalho, por causa do seu problema intestinal?
  1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
  
5. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você teve diarreia?
  1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
  
6. Quanta disposição física você sentiu que tinha nas últimas duas semanas?
  1. Absolutamente sem energia
  2. Muito pouca energia
  3. Pouca energia

4. Alguma energia
  5. Uma moderada quantidade de energia
  6. Bastante energia
  7. Cheio de energia
7. Com que frequência, nas últimas duas semanas, você se sentiu preocupado com a possibilidade de precisar de uma cirurgia, por causa do seu problema intestinal?
1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
8. Com que frequência, nas últimas duas semanas, você teve que atrasar ou cancelar um compromisso social por causa de seu problema intestinal?
1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
9. Com que frequência, nas últimas duas semanas, você teve cólicas na barriga?
1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
10. Com que frequência, nas últimas duas semanas, você sentiu mal estar?
1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
11. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você teve problemas por medo de não achar um banheiro?
1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca

12. Quanta dificuldade você teve para praticar esportes ou se divertir como você gostaria de ter feito, por causa dos seus problemas intestinais, nas duas últimas semanas?
  1. Grande dificuldade, sendo impossível fazer estas atividades
  2. Grande dificuldade
  3. Moderada dificuldade
  4. Alguma dificuldade
  5. Pouca dificuldade
  6. Raramente alguma dificuldade
  7. Nenhuma dificuldade
  
13. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você foi incomodado por dores na barriga?
  1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
  
14. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você teve problemas para ter uma boa noite de sono ou por acordar durante a noite? (Pelo problema intestinal)
  1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
  
15. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu deprimido e sem coragem?
  1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
  
16. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você evitou ir a lugares que não tivessem banheiros (privada) bem próximos?
  1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
  
17. De uma maneira geral, nas últimas duas semanas, quanto problema você teve com a eliminação de grande quantidade de gases?
  1. O principal problema
  2. Um grande problema
  3. Um importante problema
  4. Algum problema
  5. Pouco problema

- 
6. Raramente foi um problema
  7. Nenhum problema
18. De uma maneira geral, nas duas últimas semanas, quanto problema você teve para manter o seu peso como você gostaria que fosse?
1. O principal problema
  2. Um grande problema
  3. Um significativo problema
  4. Algum problema
  5. Pouco problema
  6. Raramente foi um problema
  7. Nenhum problema
19. Muitos pacientes com problemas intestinais, com frequência têm preocupações e ficam ansiosos com sua doença. Isto inclui preocupações com câncer, preocupações de nunca se sentir melhor novamente, preocupação em ter uma piora. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu preocupado ou ansioso?
1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
20. Quanto tempo, nas últimas duas semanas, você sentiu inchaço na barriga?
1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
21. Quanto tempo, nas últimas duas semanas, você se sentiu tranquilo e relaxado?
1. Nunca
  2. Raramente
  3. Bem poucas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Muitas vezes
  6. Quase sempre
  7. Sempre
22. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você teve problemas de sangramento retal com suas evacuações?
1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca

23. Quanto do tempo, nas duas últimas semanas, você sentiu vergonha por causa do seu problema intestinal?
1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
24. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você foi incomodado por ter que ir ao banheiro evacuar e não conseguiu, apesar do esforço?
1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
25. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você sentiu vontade de chorar?
1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
26. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você foi incomodado por evacuar acidentalmente nas suas calças?
1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
27. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você sentiu raiva por causa do seu problema intestinal?
1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
28. Quanto diminuiu sua atividade sexual, nas duas últimas semanas, por causa do seu problema intestinal?
1. Absolutamente sem sexo
  2. Grande limitação
  3. Moderada limitação
  4. Alguma limitação
  5. Pouca limitação

6. Raramente limitação
  7. Sem limitação alguma
29. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você se sentiu enjoado?
1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
30. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você se sentiu irritado?
1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
31. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você sentiu falta de compreensão por parte das outras pessoas?
1. Sempre
  2. Quase sempre
  3. Muitas vezes
  4. Poucas vezes
  5. Bem poucas vezes
  6. Raramente
  7. Nunca
32. Quanto satisfeito, feliz ou agradecido você se sentiu com sua vida pessoal, nas duas últimas semanas?
1. Muito insatisfeito, infeliz a maioria do tempo
  2. Geralmente insatisfeito, infeliz
  3. Um pouco insatisfeito, infeliz
  4. Geralmente satisfeito, agradecido
  5. Satisfeito a maior parte do tempo, feliz
  6. Muito satisfeito a maior parte do tempo, feliz
  7. Extremamente satisfeito, não poderia estar mais feliz ou agradecido



## Anexo 7 – Questionário de Percepção de Doenças Breve (B-IPQ)

Este questionário é sobre o que você pensa sobre a sua doença. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é que você escolha a alternativa que melhor represente a maneira como você percebe a sua doença. Por exemplo:

Quanto você acha que é responsável pela sua saúde?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Não sou responsável pela minha saúde						Sou totalmente responsável pela minha saúde					

Para a questão acima, caso você pense que tem muita responsabilidade pela sua saúde, mas que não é totalmente responsável por ela, você poderia circular o número 8 ou o número 9, por exemplo. Se você acha que tem pouca responsabilidade pela sua saúde poderia circular o número 1 ou o número 2, e assim por diante.

**Da mesma maneira, para as questões a seguir, por favor, circule o número que melhor corresponda ao seu ponto de vista.**

<b>1. Quanto a doença afeta a sua vida?</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Não afeta em nada a minha vida						Afeta gravemente a minha vida					
<b>2. Quanto controle você sente que tem sobre a sua doença?</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Absolutamente nenhum controle						Tenho extremo controle					
<b>3. Quanto você pensa que o tratamento pode ajudar a melhorar a sua doença?</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Não ajudará em nada						Ajudará extremamente					
<b>4. Quanto você sente sintomas (sinais, reações ou manifestações) da sua doença?</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Não sinto nenhum sintoma						Sinto muitos sintomas graves					

<b>5. Quanto você está preocupado(a) com a sua doença?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nem um pouco preocupado(a)						Extremamente preocupado				
<b>6. Até que ponto você acha que compreende a sua doença?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não compreendo nada						Compreendo muito claramente				
<b>7. Quanto a sua doença o(a) afeta emocionalmente? (Por exemplo, faz você sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não me afeta emocionalmente em nada						Afeta-me muitíssimo emocionalmente				
<b>8. Quanto tempo você pensa que a sua doença irá durar? Explique</b>										
<b>9. Por favor, liste os fatores mais importantes que você acredita que causaram a sua doença. As causas mais importantes para mim são:</b>										

## Anexo 8 – Escala de Karnofsky

Apto para as atividades normais e trabalho; nenhum cuidado especial é necessário.	100	Normal; nenhuma queixa; nenhuma evidência de doença.
	90	Capacitado para atividades normais. Pequenos sinais e sintomas.
	80	Atividade normal com esforço. Alguns sinais e sintomas de doença.
Inapto para o trabalho; apto para viver em casa e cuidar de muitas de suas necessidades. As quantidades de assistência e suporte são bastante variáveis.	70	Cuidados para si, incapaz para seguir com atividades normais ou trabalho ativo.
	60	Requer ajuda ocasional, porém apto para cuidar de muitas de suas necessidades pessoais.
	50	Requer ajuda considerável e frequente assistência médica ou especializada.
Inapto para cuidar de si mesmo; requer cuidados hospitalares ou equivalente especializado; doença pode estar progredindo rapidamente.	40	Incapacitado; requer cuidado especial e assistência.
	30	Severamente incapacitado; admissão hospitalar é indicada, mas a morte não é iminente.
	20	Muito doente; admissão hospitalar é necessária. Necessitando de terapia e trabalhos paliativos.
	10	Moribundo; processo de fatalidade progredindo rapidamente.
	0	Morte

## Anexo 9 – Termo de consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título:** Qualidade de vida e capacidade funcional em pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais.

**Objetivo Geral:** Avaliar a qualidade de vida, e capacidade funcional em pacientes com Doença Inflamatória Intestinal.

**População:** Pacientes com diagnóstico confirmado de Doença Inflamatória intestinal, sendo Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa Idiopática atendidos no Ambulatório de Doenças Infamatórias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Ass. Dr<sup>a</sup>. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira.

**Co-orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lígia Yukie Sasaki.

**Autor da pesquisa:** Renata Pighinelli Dallaqua - Psicóloga

**Prezado colaborador,**

Este termo de consentimento que pedimos para o(a) senhor(a) assinar foi elaborado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Na presente pesquisa, para a qual solicitamos a sua participação, o (a) senhor (a) será convidado a responder cinco questionários que contém perguntas que pretendem avaliar como está a sua qualidade de vida, sintomas de ansiedade e depressão, como está a sua capacidade para fazer as atividades de seu cotidiano e como percebe a sua doença. Além disso, queremos saber sobre algumas condições de sua de vida, de sua saúde e do seu tratamento. O (a) senhor (a) levará em torno de quarenta minutos para responder a essas perguntas. Essa pesquisa poderá contribuir para identificar situações que podem afetar negativamente a qualidade de vida dos pacientes com o mesmo problema que o senhor (a) tem, ajudando a planejar ações que abordem essas dificuldades, favorecendo tanto o senhor(a) como outros pacientes com Doença Inflamatória Intestinal.

Informamos que o (a) senhor (a), a qualquer tempo, o senhor poderá ser informado sobre os procedimentos desta pesquisa a fim de esclarecer suas dúvidas, asseguramos também que terá liberdade para retirar seu consentimento, a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Este estudo não apresenta nenhum benefício direto ao paciente. Porém, em longo prazo, o estudo pode trazer avanços no tratamento desta doença.

Asseguramos ainda que serão mantidos sob sigilo seus dados pessoais. Os resultados obtidos com a pesquisa poderão ser apresentados em congressos e/ou publicados em revistas científicas, sem qualquer identificação dos participantes.

Devemos ainda esclarecer que este documento, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao (à) senhor(a), participante desta pesquisa, e a outra mantida em arquivo pelo pesquisador.

Ciente sobre todas as informações desta pesquisa assino abaixo, aceitando dela participar, porém assinalando meu direito quanto a liberdade de sair deste protocolo em qualquer momento da execução do projeto sem qualquer prejuízo por isso.

Botucatu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador

**Pesquisadora Responsável:** Renata Pighinelli Dallaqua

Rua Cavaleiro Mansueto Lunardi, 550 – Vila Nova Cep 18618220 Botucatu-SP

Fone: (14) 38116260 e-mail: renatadallaqua@yahoo.com.br

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira.

Rua Isaltino Pinheiro de Castro, 464 Cep 18610-160 Botucatu-SP

Fone: (14) 38116260 e-mail: ateresa@fmb.unesp.br

Anexos 10 – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br  
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde  
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 02 de julho de 2012

339/2012-CEP

Ilustríssima Senhora  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Tereza de Abreu Ramos Cerqueira  
Departamento de Neuro/Psic e Psiquiatria da  
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr<sup>ª</sup> Ana Tereza,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4277-2012) "Qualidade de vida, sintomas de ansiedade, de depressão e capacidade funcional em pacientes com doenças inflamatórias intestinais", a ser conduzido por Renata Pighinelli Dallaqua, orientada por Vossa Senhoria, Co orientada pela Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ligia Yukie Sasaki, com a colaboração de Layla Tatiane Coco, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 02/07/2012.

**Situação do Projeto: APROVADO.** Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi  
Secretário do CEP