

**JUCIER GONÇALVES JÚNIOR**

**Espiritualidade e religiosidade em pacientes com miopatias  
autoimunes sistêmicas: um estudo multicêntrico caso-controle  
brasileiro**

(Versão corrigida. Resolução CoPGr n°6018, de 13 de outubro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca FMUSP)

**SÃO PAULO**

**2024**

**JUCIER GONÇALVES JÚNIOR**

**Espiritualidade e religiosidade em pacientes com miopatias  
autoimunes sistêmicas: um estudo multicêntrico caso-controle  
brasileiro**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina  
da Universidade de São Paulo para obtenção  
do título de Doutor em Ciências.

Programa de Ciências do Sistema  
Musculoesquelético.

Orientador: Prof. Dr. Samuel Katsuyuki Shinjo

(Versão corrigida. Resolução CoPGr n°6018, de 13 de outubro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca FMUSP)

**SÃO PAULO**

**2024**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

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

©reprodução autorizada pelo autor

Gonçalves Júnior, Jucier

Espiritualidade e religiosidade em pacientes com miopatias autoimunes sistêmicas : um estudo multicêntrico caso-controle brasileiro / Jucier Gonçalves Júnior; Samuel Katsuyuki Shinjo, orientador. -- São Paulo, 2024.

Tese (Doutorado) - Programa de Ciências do Sistema Musculoesquelético. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2024.

1. Doenças autoimunes 2. Espiritualidade 3. Miosites 4. Religiosidade I. Shinjo, Samuel Katsuyuki, orient. II. Título

USP/FM/DBD-154/24

Responsável: Daniela Amaral Barbosa, CRB/8 7533

**Nome:** Jucier Gonçalves Júnior

**Título:** Espiritualidade e religiosidade em pacientes com miopatias autoimunes sistêmicas: um estudo multicêntrico caso-controle brasileiro

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para a obtenção do  
Título de Doutor em Ciências

**Aprovado em:**

**Banca Examinadora**

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, a Santa Maria e aos meus pais (Dona Líria e Seu Jucier), que me incentivaram sempre ao estudo, cada um do seu jeito. Minha mãe por estar comigo desde as minhas primeiras palavras na alfabetização e meu pai, por me dar todo o suporte necessário para ter condições de estudar. Ao meu irmão, Neto, pelo companheirismo e presença em minha vida, sempre me estimulando a ser melhor como médico e pessoa.

## AGRADECIMENTOS

Aqueles que são alicerces para mim, Deus, Santa Maria, mainha - Líria, painho - Jucier e Neto, muito obrigado por dividir as angústias, a vida e as felicidades de serem meu real lugar no mundo.

A todos os pacientes que passaram por minhas mãos, desde a faculdade até o presente momento. Por vocês e para vocês, nós médicos sempre devemos buscar o melhor em nós. Aos meus alunos por me motivarem ao constante estudo e atualização visando entregar uma prática médica coerente, assertiva e ética.

Muito obrigado à professora Dra. Estelita Lima Cândido, pela amizade, competência e suporte na análise estatística. Aos colegas médicos e pesquisadores, Dr. Daniel Brito de Araújo, Dra. Thalita do Nascimento Silva e Dr. Romão Augusto Alves Figueira Sampaio, gratidão pelo suporte na coleta de dados, mas sobretudo, por acreditarem neste trabalho.

Ao Prof. Dr. Modesto Leite Rolim Neto (*in memoriam*) por me apresentar o mundo desafiador, mas fantástico, da pesquisa científica ainda na graduação em medicina; e pela amizade, obrigado professor.

Ao meu grande orientador que me acompanha desde o trabalho de conclusão de curso da residência, Prof. Dr. Samuel Katsuyuki Shinjo, obrigado por tornar a trajetória leve, responsável, coerente e sólida, mas também pelo exemplo de médico e ser humano.

Por fim, ressalte-se que o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## SUMÁRIO

**Lista de abreviaturas e siglas**

**Lista de Tabelas**

**RESUMO**

**ABSTRACT**

	<b>Pág.</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	01
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	07
2.1. Primário.....	08
2.2. Secundários .....	08
<b>3. PACIENTES E MÉTODOS</b> .....	09
3.1. Desenho do estudo .....	10
3.2. Pacientes e grupo controle .....	10
3.3. Dados dos pacientes .....	11
3.4. Análise estatística.....	14
3.5. Preceitos éticos .....	15
<b>4. RESULTADOS</b> .....	17
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	23
<b>6. CONCLUSÕES</b> .....	27
<b>7. REFERÊNCIAS</b> .....	28
<b>8. ANEXOS</b> .....	38

## Lista de Abreviaturas e Siglas

ACR	<i>American College of Rheumatology</i>
ARES	<i>Attitudes Related to Spirituality Scale</i>
DM	Dermatomiosite
CHERRIES	<i>The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys</i>
DUREL	<i>Duke Religious Index</i>
EQ-5D	<i>EuroQol five-dimensional questionnaire</i>
EULAR	<i>European League Against Rheumatism</i>
FSS	<i>Fatigue Severity Scale</i>
IPAQ-SF	Questionário Internacional de Atividade Física Versão Curta
MAS	Miopatias autoimunes sistêmicas
MNIM	Miopatia necrosante imunomediada
PM	Polimiosite
QSG-12	Questionário de Saúde Geral-12
RI	Religiosidade intrínseca
RNO	Religiosidade não organizacional
RO	Religiosidade organizacional
SAS	Síndrome antissintetase

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Comparação das características sociodemográficos e clínicas entre casos e controles .....	18
<b>Tabela 2.</b> Distribuição da orientação religiosa em pacientes com miopatias autoimunes sistêmicas e grupo controle .....	19
<b>Tabela 3.</b> Análise multivariada .....	20
<b>Tabela 4.</b> Comparação entre os pacientes com miopatias autoimunes sistêmicas com alta e baixa religiosidade intrínseca.....	21

## RESUMO

Gonçalves Júnior J. Espiritualidade e religiosidade em pacientes com miopatias autoimunes sistêmicas: um estudo multicêntrico caso-controle brasileiro [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2024.

**Introdução:** Espiritualidade e religiosidade têm sido apontadas como ferramentas de enfrentamento à deterioração da saúde em diversas doenças crônicas, como diabetes mellitus, doença renal crônica, neoplasias, síndromes demenciais e infecções como HIV. Apesar dos avanços sobre estudos de religiosidade e espiritualidade em doenças crônicas, não há na literatura o mapeamento destas duas variáveis em pacientes com miopatias autoimune sistêmicas (MAS) ou miopatias inflamatórias idiopáticas. **Objetivos:** Mapear os níveis de religiosidade e espiritualidade em pacientes com MAS. Em segundo lugar, avaliar se há influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida, saúde mental, fadiga, nível de atividade física, dor, subtipo de MAS, tempo de doença, comorbidades e modalidades de tratamento entre pacientes com MAS. **Métodos:** Foram selecionados pacientes adultos com MAS de quatro serviços terciários de reumatologia do Brasil. Os pacientes apresentavam polimiosite, dermatomiosite ou miopatia necrosante imunomediada, ou síndrome antissintetase. O grupo controle se constituiu de pessoas adultas sem doenças reumáticas. Foi aplicado um questionário semiestruturado para avaliar as variáveis sociodemográficas associado à justaposição das escalas em ambos os grupos: (i) *Attitudes Related to Spirituality Scale* (ARES) para avaliar espiritualidade; e (ii) *Duke Religious Index* (DUREL), que se subdivide em três domínios: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI), para avaliar religiosidade. Os demais questionários foram aplicados somente no grupo MAS: (i) Questionário de Saúde Geral-12 (QSG-12), para avaliar saúde mental; (ii) *Fatigue Severity Scale* (FSS); (iii) *Questionário Internacional de Atividade Física Versão Curta* (IPAQ-SF); (iv) *EuroQol five-Dimensional Questionnaire* (EQ-5D) para qualidade de vida. **Resultados:** Pacientes com MAS foram predominantemente pardos e negros com menor escolaridade e renda abaixo de quatro salários mínimos, em comparação ao grupo controle ( $P<0,05$ ). Quanto à orientação religiosa, pacientes com MAS foram predominantemente católicos, evangélicos e espíritas, enquanto o grupo controle apresentou maior prevalência de católicos, seguidos de espíritas e evangélicos. Os níveis de espiritualidade e religiosidade foram maiores no grupo MAS em relação ao controle ( $P<0,05$ ). Na análise multivariada, somente a RI se manteve alta no grupo MAS (OR=3.62, IC95%=0.30-2.27,  $P=0.01$ ). Como uma análise adicional entre os pacientes com MAS, a distribuição de tipo de MAS, saúde mental, quadros de dor e fadiga, presença de comorbidades, nível de atividade física e tratamento medicamento foram comparáveis entre aqueles com RI alta e baixa. **Conclusões:** Pacientes com MAS apresentam maiores níveis de RI e níveis de espiritualidade equiparáveis ao grupo controle. Não houve influência da RI nas demais variáveis estudadas entre pacientes com MAS.

**Palavras-chave:** Doenças autoimunes. Espiritualidade. Miosites. Religiosidade

## ABSTRACT

Gonçalves Júnior J. Spirituality and religiosity in patients with systemic autoimmune myopathies: a Brazilian multicenter case-control study [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2024.

**Introduction:** Spirituality and religiosity have been identified as tools for coping with the deterioration of health in various chronic diseases, such as diabetes mellitus, chronic kidney disease, neoplasms, dementia syndromes, and infections, such as HIV. Despite advances in studies on religiosity and spirituality in chronic diseases, there is no mapping of these two variables in patients with systemic autoimmune myopathies (SAM), or idiopathic inflammatory myopathies, in the literature. **Objectives:** To investigate levels of religiosity and spirituality in patients with SAM. Second, to assess whether religiosity/spirituality influenced quality of life, fatigue, level of physical activity, pain, subtype of SAM, duration of illness, comorbidities, and treatment modalities among patients with SAM. **Methods:** Adult patients with SAM were selected from four tertiary rheumatology services in Brazil. Patients presented with polymyositis, dermatomyositis, or immune-mediated necrotizing myopathy, or antisynthetase syndrome. The control group consisted of adults without rheumatic disease. A semi-structured questionnaire was used to evaluate sociodemographic variables associated with the juxtaposition of scales in both groups: (i) the Attitudes Related to Spirituality Scale (ARES) to assess spirituality; and (ii) the Duke Religious Index (DUREL), which is subdivided into three domains: organizational religiosity (ORA), non-organizational religiosity (NORA), and intrinsic religiosity (IR). The other questionnaires were applied only to the SAM group: (i) General Health Questionnaire-12 (QSG-12) to assess mental health; (ii) Fatigue Severity Scale (FSS); (iii) International Physical Activity Questionnaire Short Version (IPAQ-SF); and (iv) EuroQol Five-Dimensional Questionnaire (EQ-5D) for quality of life. **Results:** Patients with SAM were predominantly brown and black, evangelical, with a lower proportion of catholics and atheists, lower education, and income below four minimum wages compared to the control group ( $P<0.05$ ). Regarding religious orientation, patients with MAS were predominantly Catholics, evangelicals and spiritualists, while the control group had a higher prevalence of Catholics, followed by spiritualists and evangelicals ( $P<0.05$ ). The levels of spirituality and religiosity were higher in the SAM group than in the control group ( $P<0.05$ ). In multivariate analysis, only IR remained high in the SAM group ( $OR=3.62$ ,  $95\%CI=0.30-2.27$ ,  $P=0.01$ ). As an additional analysis among patients with SAM, the distribution SAM type, mental health, pain and fatigue, presence of comorbidities, level of physical activity, and medication treatment were comparable between those with high and low IR. **Conclusions:** Patients with SAM had higher IR level than those in the control group, but with comparable spirituality level. IR had no influence on the other variables studied among patients with SAM.

**Keywords:** Autoimmune diseases. Spirituality. Myositis. Religiosity.

# 1. INTRODUÇÃO

As miopatias autoimunes sistêmicas (MAS) ou miopatias inflamatórias idiopáticas são um conjunto heterogêneo de doenças reumáticas imunomediadas, raras, crônicas e incapacitantes caracterizadas pela diminuição da qualidade de vida (Feldon et al., 2017; Xu et al., 2021), em decorrência do acometimento de múltiplos órgãos e sistemas, como a musculatura esquelética, a pele, o trato gastrointestinal e sistema cardiorrespiratório (Lundberg et al., 2021; Dalakas, 2023).

As MAS podem ser classificadas como polimiosite (PM), dermatomiosite (DM), síndrome antissintetase (SAS) e miopatia necrosante imunomediada (MNIM) (Connors et al., 2010; Lundberg, 2021; Dalakas, 2023; Connolly et al., 2024).

A PM se constitui de um quadro clínico de fraqueza muscular progressiva e simétrica, predominantemente de cinturas escapular, pélvica e cervical, com biópsia muscular demonstrando infiltrado linfomonocitário endomisial (Lundberg et al., 2017; Xu et al., 2021; Dalakas, 2023). A DM detém um quadro de fraqueza muscular similar à PM, além da presença de acometimento cutâneo como heliótropo, pápulas/sinal de Gottron, sinal do “V do decote”, sinal “do coldre”, sinal “do xale”, hipertrofia cuticular e telangiectasias periungueais, cuja biópsia muscular demonstra infiltrado linfomonocitário, principalmente na região perivascular com presença de atrofia de células perifasciculares (Lundberg et al., 2017; Dalakas, 2023). A SAS apresenta fraqueza muscular esquelética objetiva, associada à febre persistente, fenômeno de Raynaud, doença pulmonar intersticial, “mãos de mecânico”, artrite, e a existência de autoanticorpos anti-tRNA sintetase (Connors et al., 2010; Lundberg et al., 2021; Connolly et al., 2024). A MNIM se caracteriza por fraqueza aguda e/ou subaguda com biópsia muscular evidenciando intensa necrose de fibras musculares, com ausência ou raros focos de processo inflamatório linfomonocitário (Senn et al., 2022; Dalakas, 2023; Connolly et al., 2024).

O conceito de espiritualidade é multifacetado e polissêmico (Oliveira, 2016). Em geral, a espiritualidade pode ser definida como a busca humana pelo sagrado (Pargament, 1997), por significado na vida (Tanyi, 2002), ou existencial (Doyle, 1992). A espiritualidade, ainda, pode consistir em um sentimento de conexão com outros seres humanos (conexão interpessoal), com o ambiente não humano (conexão ambiental), ou com Deus ou um poder superior (conexão transcendental) (Reissmann, Storms & Woopen, 2021). Assim, a espiritualidade pode ser entendida como a busca de sentido na vida e sua relação com o sagrado ou o transcendente (Forti, Serbena & Scaduto, 2020); descrevendo a maneira como os indivíduos buscam e expressam significado e propósito, de forma multidimensional e complexa (Puchalski et al., 2009; Braun et al., 2022).

A religião se refere ao sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos, que facilitam a relação com o sagrado (Deus, força maior, verdade suprema) (Koenig, Parkerson & Meador, 1997; Strelhow & Sarriera, 2018). Ou seja, a religião é definida como a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo (Fleck et al., 2003; Oliveira, 2016) e que é exercida através da adesão às práticas que o indivíduo acredita e segue, como a participação em templo religioso, a leitura de livros religiosos e a oração (Forti, Serbena & Scaduto, 2020).

Alguns autores (Koenig, Parkerson & Meador, 1997; Moreira-Almeida et al., 2008; Koenig & Büssing, 2010; Jordan et al., 2021) defendem a divisão da religiosidade em:

a) Religiosidade organizacional (RO): compreende os comportamentos religiosos que ocorrem no contexto da instituição religiosa como o envolvimento em atividades de igrejas e/ou templos religiosos;

- b) Religiosidade não organizacional (RNO): engloba os comportamentos religiosos privados ou informais, como leituras e estudos de livros sagrados, preces e orações;
- c) Religiosidade intrínseca (RI): a busca da religião como um bem maior, habitualmente associado à personalidade e estado mental saudáveis (Moreira-Almeida et al., 2008; Jordan et al., 2021). Em outras palavras, a RI seria a busca da religião como um fim em si mesma, sendo que outras necessidades, por mais fortes que sejam, são consideradas de menor importância, e são, na medida do possível, harmonizadas com as crenças e prescrições religiosas (Koenig & Büssing, 2010).

A religiosidade e a espiritualidade vem sendo apontadas como possíveis ferramentas de enfrentamento às situações como piora da saúde mental (Rosmarin, Pargament & Koenig 2021), dor, rotinas exaustivas, e aumento da adesão terapêutica em doenças crônicas (Linardakis et al., 2015; Balboni et al., 2022), transtornos psiquiátricos (Murniati et al., 2022), neoplasias (Onyishi et al., 2022; Ianello et al., 2022), doença renal crônica (Siqueira, Fernandes & Moreira-Almeida, 2019), doenças infecciosas como hepatites crônicas e HIV (Raghavan et al., 2013; Sohail et al., 2020).

Ao avaliar os possíveis impactos da religiosidade e espiritualidade em doenças reumáticas, Biccheri, Rossiau & Mambet-Doué (2016) realizaram avaliação de 590 pacientes franceses com fibromialgia em um estudo unicêntrico, transversal e quantitativo. Os autores avaliaram espiritualidade por intermédio do *Evaluation de La Spiritualite* e o uso de estratégias de enfrentamento através da escala *The Ways of Coping Checklist*, ambas validadas na França. Foi percebido, na análise de correlação, que maiores níveis de espiritualidade se correlacionaram com melhores

medidas de enfrentamento ( $r = 0,25$ ,  $P < 0,001$ ) e satisfação com a vida ( $r = 0,33$ ,  $P < 0,001$ ) (Biccheri, Rossiau & Mambet-Doué, 2016).

Estudo unicêntrico com 93 pacientes portugueses, com dor crônica por mais de 50% do tempo, diagnosticados com lombalgia mecânica comum e/ou osteoartrite, avaliou a espiritualidade pela escala *Belief into Action Scale*, a resiliência pela escala *Connor-Davidson Resilience Scale* e a dor pela escala numérica de intensidade da dor. Os autores perceberam que a resiliência apresentou correlação estatisticamente significativa com a religiosidade ( $r = 0,21$ ,  $P = 0,05$ ), embora fraca, e correlação moderada com afetos positivos ( $r = 0,57$ ,  $P < 0,001$ ) (Gudz, Pais-Ribeiro & Ferreira-Valente, 2021).

Estudo norte-americano realizado no John Hopkins Arthritis Center, com 62 pacientes com artrite reumatoide, observou que a espiritualidade avaliada pela escala *Spiritual Transcendence Scale* esteve correlacionada, diretamente e de forma independente, ao afeto positivo ( $r = 0,26$ ) e à maior percepção de saúde ( $r = 0,29$ ), ambos mensurados pela escala *The Affect Balance Scale* (Bartlett et al., 2003).

Contudo, ainda não há consenso na literatura sobre o real impacto da religiosidade/espiritualidade na saúde dos pacientes reumáticos e seus desdobramentos na resiliência destes. Estudo israelense, unicêntrico, observacional, com 55 pacientes com fibromialgia pelos critérios de *American Colleague of Rheumatology / European League Against Rheumatism* demonstrou, respectivamente, uma associação negativa entre níveis de espiritualidade, pelo *The Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness*, e os aspectos emocionais da *Short Form-36* ( $P < 0,005$ ) (Aloush et al., 2021). Pesquisa conduzida na Alemanha com 148 pacientes com fibromialgia e 46 controles acessou aspectos da espiritualidade através do questionário *The Aspects of Spirituality* e as estratégias de

enfrentamento à doença pelo *The Coping Strategies Questionnaire*. Ao comparar os grupos com “nenhuma ou baixa” religiosidade *versus* “alta-moderada” religiosidade, os últimos preferiram lançar mão de mecanismo de enfrentamento disfuncionais, como ignorar as situações ou catastrofização ( $P < 0,05$ ) (Braun et al., 2022).

Assim, no que tange à influência da religiosidade e espiritualidade em doenças reumáticas imunomediadas, temos poucos estudos e com resultados conflitantes. Ademais, até o momento, não há nenhum trabalho sobre essa temática em MAS. Neste contexto, objetivou-se realizar esse mapeamento.

## **2. OBJETIVOS**

## **2.1. Primário**

- a) Comparar os níveis de espiritualidade e religiosidade de pacientes com MAS em relação a um grupo sem doença reumática (grupo controle).

## **2.2. Secundários**

- a) Comparar a orientação religiosa entre os pacientes com MAS e o grupo controle;
- b) Nos pacientes com MAS, avaliar associação entre RI e os seguintes parâmetros:
  - Tipo de MAS
  - Tratamento medicamentoso
  - Tempo de doença
  - Comorbidades
  - Qualidade de vida
  - Escala visual analógica (EVA) para dor e fadiga
  - Saúde mental
  - Atividade física

### **3. PACIENTES E MÉTODOS**

### 3.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, multicêntrico, do tipo caso-controle, com amostra não probabilística (coletada por conveniência dos autores, no momento da consulta com reumatologista).

O estudo foi realizado em quatro ambulatórios de reumatologia vinculados a hospitais universitários brasileiros (Hospital das Clínicas HCFMUSP da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, Hospital Geral Doutor César Cals vinculado à Universidade Estadual do Ceará - UECE, Hospital Universitário Walter Cantídio vinculado à Universidade Federal do Ceará - UFC e Hospital Escola vinculado à Universidade Federal de Pelotas - UFPel), utilizando o protocolo STROBE (Cuschieri, 2019) para estudos observacionais e o protocolo CHERRIES (Eysenbach, 2004) para estudos que utilizam questionários *on-line*.

### 3.2. Pacientes e grupo controle

O presente estudo incluiu (i) pacientes que atenderam aos critérios classificatórios de 2017 da *European League Against Rheumatism / American College of Rheumatology* (EULAR/ACR) (Lundberg et al., 2017; Lundberg et al., 2021) para miopatias autoimunes sistêmicas - MAS (DM, PM e MNIM). Os critérios descritos por Connors et al. (2010) foram utilizados para inclusão de pacientes com SAS; (ii) pacientes com idade  $\geq 18$  anos; e (iii) pacientes que concordaram em participar do estudo.

Foram excluídos paciente com miopatias por corpos de inclusão; cujos questionários estivessem incompletos e cujo diagnóstico de miopatias ainda não estivesse firmado.

O grupo controle foi composto por indivíduos sem doenças reumáticas e com idade  $\geq 18$  anos, provenientes das mesmas regiões em que foram coletados os indivíduos do grupo MAS.

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

### **3.3. Dados dos pacientes**

Os dados foram coletados entre agosto de 2022 e abril de 2023, por médicos reumatologistas, na ocasião das consultas médicas regulares.

O instrumento utilizado consistiu em um *e-survey on-line*, elaborado com a ferramenta de gerenciamento de dados REDCap<sup>®</sup> versão 11.2.5 (Vanderbilt University, EUA). A ferramenta foi disponibilizada e mantida pela Universidade de São Paulo (USP) em parceria com o Consórcio REDCap-Brasil. Esta ferramenta atende todas as diretrizes da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Lei nº 13.709/2018 (Brasil, 2020). Por fim, os dados coletados foram mantidos em sigilo.

A pesquisa eletrônica foi dividida em três etapas:

A primeira etapa incluiu dados demográficos, socioeconômicos e educacionais: idade atual, sexo, etnia (negro, branco e pardo), escolaridade (< 9 anos, 10 - 12 anos e > 12 anos [superior]), estado civil (casado, divorciado, solteiro, união estável e viúvo), renda em salários mínimos ( $\leq 2$ , 3 - 4, 5 - 10 e 11 - 20), tipo de orientação religiosa e comorbidades (por exemplo, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus). O salário mínimo vigente à época da coleta era de R\$ 1320,00;

A segunda etapa constava de elementos para caracterizar melhor o grupo caso: tempo de diagnóstico, tipo de MAS, EVA para dor, uso de glicocorticoide e de imunossupressores;

A terceira etapa foi composta por seis questionários. Sendo que os dois questionários seguintes foram aplicados no grupo MAS e no grupo controle:

- a) Espiritualidade: *Attitudes Related to Spirituality Scale* (ARES) (Forti, Serbena & Scaduto, 2020; Braghetta et al., 2021);
- b) Religiosidade: *Duke University Religion Index* (DUREL) (Taunay et al., 2012).

No grupo MAS foram aplicados os quatro questionários restantes:

- a) Saúde mental: Questionário de Saúde Geral-12 (QSG-12) (Gouveia et al., 2012);
- b) Percepção de fadiga: *The Fatigue Severity Scale* (FSS) (Krupp et al., 1989; Hewlett et al., 2011);
- c) Atividade física: Questionário Internacional de Atividade Física Versão Curta (*IPAQ-Short Form* - IPAQ-SF) (Matsudo et al., 2012);
- d) Qualidade de vida: *EuroQol five-Dimensional Questionnaire* (EQ-5D) (Santos et al., 2016; Bagattini et al., 2018).

A escolha dos seis questionários previamente mencionados se deu por três motivos: (i) são padrões-ouro no rastreamento das condições a que se propõem; (ii) são validados na população brasileira; e (iii) de fácil aplicação.

A ARES é uma escala Likert de 11 itens, cujos valores variam de 1 (discordo totalmente) até 5 (concordo totalmente) para cada item; portanto, as pontuações variam de 11 a 55. São considerados indivíduos com altos níveis de espiritualidade àqueles com valores > 33 (Forti, Serbena & Scaduto, 2020; Braghetta et al., 2021).

A escala de DUREL possui cinco itens que capturam as três dimensões da religiosidade, mais intimamente relacionadas aos resultados de saúde: RO - questão 1, RNO - questão 2, e RI - questões 3 a 5. Os dois primeiros itens que abordam RO e RNO foram extraídos de grandes estudos epidemiológicos realizados nos EUA e se mostraram relacionados a indicadores de saúde física, mental e de apoio social. Os demais itens que se referem ao RI são os três itens de Hoge (Koenig, Parkerson & Meador, 1997; Koenig & Büssing, 2010).

Na análise dos resultados do DUREL, os escores nas três dimensões RO, RNO e RI devem ser analisados separadamente, e os escores dessas três dimensões não devem ser somados ao escore total (Moreira-Almeida et al., 2008). As cinco questões da escala foram pontuadas de 1 a 6, em que 1 eram respostas com associação negativa com religiosidade e 6 associações positivas. Escores simples para RO, RNO e RI são feitos a partir do somatório das respostas. São considerados escores altos aqueles indivíduos com RO ou RNO > 4 e RI > 10 (Taunay et al., 2012).

No presente estudo, na avaliação da saúde mental, foi utilizado por conveniência dos autores o “método de pontuação do QSG”. Ele serve para rastreio de condições psiquiátricas não severas (não psicóticas). Neste método, as duas primeiras âncoras: “Melhor que o de sempre” e “Mesmo de sempre”, receberam pontuação zero, e as duas últimas âncoras: “Menos que o de costume” e “Muito menos que o de costume”, foram pontuados um. As duas primeiras âncoras representam a ausência de sintomas e, portanto, recebem pontuação zero, enquanto as duas últimas âncoras representam a presença de sintomas e recebem pontuação 1. Todos os participantes que obtiveram pontuação  $\geq 4$  foram considerados como tendo sofrimento psicológico (Gouveia et al., 2012).

A FSS constitui uma escala composta de nove itens, que serão pontuados de 1 a 7. A pontuação 1 corresponde a “forte discordância” e a 7 a “forte concordância”, assim, a FSS varia de 9 a 63. É dito que o indivíduo tem fadiga quando faz pontuação  $\geq 36$  e que não tem fadiga se  $< 36$  (Krupp et al., 1989; Hewlett et al., 2011).

A IPAQ-FS é composta por sete questões abertas. Suas informações permitem estimar o tempo despendido, por semana, em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada). Esta escala tem duas formas de ser analisada. A primeira se constitui na divisão em níveis de atividade física - baixo, moderado e intenso; a segunda se constitui na MET (minutos por semana). Os minutos MET é uma variável contínua que representa a quantidade de energia gasta na realização de atividade física (Matsudo et al., 2012). Neste trabalho utilizou-se a IPAQ-MET por conveniência dos autores.

A EQ-5D constitui-se de um questionário que avalia o indivíduo em duas etapas: (i) o mapeamento da mobilidade, dos cuidados pessoais, das atividades habituais, da dor/mal-estar e da ansiedade/depressão, cada uma com três níveis de gravidade (1 a 3), sendo que quanto maior a pontuação, maior o prejuízo à qualidade de vida do indivíduo. A segunda contém um EVA para o estado de saúde global do indivíduo, variando de 0 (pior estado de saúde imaginável) a 10 (melhor estado de saúde imaginável). Os resultados são pontuados e codificados em escores contínuos (Santos et al., 2016; Bagattini et al., 2018).

### **3.4. Análise estatística**

Os dados obtidos e armazenados no REDCap<sup>®</sup> foram importados para o software RStudio, Versão 4.3.2.

Realizou-se o balanceamento entre pacientes e controles, utilizando as variáveis idade e sexo. A escolha das variáveis se deu por conveniência dos autores, associado ao fato de idade e sexo apresentarem interferência em parâmetros relevantes para este trabalho, haja vista estarmos analisando espiritualidade e religiosidade (Reissmann, Storms & Woopen, 2021; Delgadillo et al., 2022).

Os dados foram avaliados por meio de estatística descritiva, para obtenção de medidas de variabilidade e tendência central como média, mediana, desvio padrão ou frequência (%).

As comparações das médias das variáveis paramétricas foram submetidas à análise do teste *t*-Student e as não paramétricas ao teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Já a comparação das médias para variáveis categóricas foi submetida à análise do teste qui-quadrado.

Para análise multivariada, foi utilizado teste de regressão logística. Foram integrados neste, as variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre casos e controles na análise univariada. O objetivo foi estabelecer se elas podiam influenciar nos níveis de espiritualidade e religiosidade.

Ao analisar a contribuição de cada variável para o desfecho desejado, utilizou-se como medida de associação a *odds ratio* (OR), levando-se em consideração intervalo de confiança (IC) de 95%.

Todos os testes de hipóteses foram realizados com nível de significância de 0,05.

### **3.5. Preceitos éticos**

Os preceitos éticos das Declarações de Nuremberg, Helsinque e Belmont, as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, com ênfase na resolução nº 510/2016 (Guerrero, 2016), e as normas internacionais foram respeitadas no presente estudo; portanto, o presente projeto foi submetido à apreciação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos vinculado ao HCFMUSP - SP, sendo aprovado sob número CAAE 57910322.3.0000.0068.

## **4. RESULTADOS**

A amostra original contou com 168 pacientes no grupo caso e 325 controles. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram avaliados 151 pacientes com MAS e 95 indivíduos do grupo controle.

A idade, distribuição por sexo e o estado civil foram comparáveis para ambos os grupos (**Tabela 1**).

Os pacientes com MAS eram predominantemente pardos e negros, com renda abaixo 4 salários mínimos e menor tempo de escolaridade, comparando-se ao grupo controle (todos com  $P < 0,05$ ).

O grupo MAS apresentou também maiores níveis de religiosidade (RO, RNO e RI) e de espiritualidade (ARES) em comparação ao controle (todos com  $P < 0,05$ ) (**Tabela 1**).

Quanto a orientação religiosa, o grupo MAS foi composto predominantemente de católicos, seguido de evangélicos, espíritas, aqueles identificados com outras religiões e/ou crenças, testemunha de Jeová, umbandistas, agnósticos, ateus, hindus e praticantes de candomblé. Também houve maioria de católicos no grupo controle, porém, seguidos de espíritas, evangélicos, agnósticos, umbandistas e ateus, aqueles identificados com outras religiões e/ou crenças, budistas e praticantes do candomblé (**Tabela 2**). Em ambos os grupos, os indivíduos que se identificam como pertencentes as outras religiões, são deístas, ou seja, tem crença em Deus ou um ser superior, porém, não ligado diretamente a uma religião específica.

Comparativamente ao grupo controle, o grupo MAS apresentou menor prevalência de católicos e ateus, porém mais evangélicos ( $P < 0,050$ ) (**Tabela 2**).

**Tabela 1** Comparação das características sociodemográficos e clínicas entre casos e controles

Parâmetros	MAS (n=151)	Controle (n=95)	P
<b>Dados gerais</b>			
Idade (anos)	48,4±12,1	46,0±14,1	0,167
Feminino	115 (76,2)	72 (75,8)	>0,999
<b>Etnia</b>			
Branco	71 (47,0)	63 (66,3)	<b>0,037</b>
Pardo	49 (32,5)	25 (26,3)	
Negro	31 (20,5)	7 (7,4)	
<b>Renda (salário mínimo)</b>			
≤ 2	72 (47,7)	19 (20,0)	<b>&lt;0,001</b>
3-4	50 (33,1)	22 (23,2)	
5-10	24 (15,9)	28 (29,5)	
11-20	5 (3,3)	26 (27,4)	
<b>Escolaridade</b>			
Tempo de estudo: ≤ 9 anos	36 (23,8)	10 (10,5)	<b>&lt;0,001</b>
Tempo de estudo: 10 - 12 anos	73 (48,3)	21 (22,1)	
Tempo de estudo: >12 anos	42 (27,8)	64 (67,4)	
<b>Estado civil</b>			
Casado	77 (51,0)	40 (42,2)	0,191
Divorciado	23 (15,2)	6 (6,3)	
Solteiro	39 (25,8)	33 (34,7)	
União estável	7 (4,6)	14 (14,7)	
Viúvo	5 (3,4)	2 (2,1)	
<b>Religiosidade - DUREL</b>			
RO (1-6 pontos)	4 (3-6)	3 (2-4)	<b>&lt;0,001</b>
Alta (>4 pontos)	95 (62,9)	33 (34,7)	<b>&lt;0,001</b>
RNO (1-6 pontos)	5 (5-8)	5 (2-5)	<b>&lt;0,001</b>
Alta (>4 pontos)	132 (87,4)	59 (62,1)	<b>&lt;0,001</b>
RI (3-18 pontos)	15 (13-15)	12 (9-14)	<b>&lt;0,001</b>
Alta (≥10 pontos)	139 (92,1)	65 (68,4)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Espiritualidade - ARES (11-55 pontos)</b>			
Alta (> 33 pontos)	148 (98,0)	85 (89,5)	<b>0,006</b>

Dados foram expressos como médias ± desvio padrão, mediana (interquartil 25% - 75%) ou frequências (%).

MAS: Miopatias autoimunes sistêmicas; DUREL: *Duke Religious Index*; RI: religiosidade intrínseca; RNO: religiosidade não organizacional; RO: religiosidade organizacional.

**Tabela 2.** Distribuição da orientação religiosa em pacientes com miopatias autoimunes sistêmicas e grupo controle

Orientação religiosa	MAS (n=151)	Controle (n=95)	P
Católicos	61 (40,6)	53 (55,7)	<b>0,018</b>
Evangélicos	57 (37,8)	9 (9,5)	<b>&lt;0,001</b>
Espíritas	9 (5,9)	10 (10,5)	0,192
Outras religiões e/ou crenças	8 (5,3)	4 (4,2)	0,700
Testemunha de Jeová	5 (3,4)	0	-
Umbandistas	4 (2,6)	5 (5,2)	0,156
Agnósticos	4 (2,6)	7 (7,3)	0,081
Ateus	1 (0,6)	5 (5,2)	<b>0,023</b>
Hindus	1 (0,6)	0	-
Praticantes de candomblé	1 (0,6)	1 (1,2)	0,740
Budistas	0	1 (1,2)	-

MAS: miopatias autoimunes sistêmicas

Na avaliação da religiosidade e da espiritualidade, pela análise multivariada, observou-se que apenas a RI se manteve alta e com significância estatística no grupo MAS, com OR de 3,62 (IC95% 0,30 - 2,27) (**Tabela 3**).

Ademais, os pacientes com MAS apresentaram associação positiva com etnia branca, escolaridade abaixo dos 12 anos de estudo formal e renda abaixo de 10 salários mínimos (**Tabela 3**).

**Tabela 3.** Análise multivariada

Parâmetros	OR	IC95%	P
<b>Etnia</b>			
Branca	0,26	-2,40- -0,26	<b>0,015</b>
Parda	0,52	-1,81-0,49	0,264
Preta	1,96	1,16-1,13	0,257
<b>Renda (salário mínimo)</b>			
<2	8,25	5,32-3,27	<b>0,001</b>
3-4	6,35	3,87-3,02	<b>0,002</b>
5-10	3,72	2,24-2,19	<b>0,028</b>
11-20	0,190	-2,75- -0,56	<b>0,003</b>
<b>Escolaridade</b>			
≤ 9 anos	4,35	0,53-2,40	<b>0,002</b>
10 - 12 anos	3,97	0,66-2,01	<b>&lt;0,001</b>
> 12 anos	-1,01	-2,08-0,03	0,527
<b>Religiosidade - DUREL</b>			
RO alta	1,89	-0,05-1,33	0,072
RNO alta	1,74	-0,30-1,41	0,205
RI alta	3,62	0,30-2,27	<b>0,010</b>
Espiritualidade alta	1,134	-1,61-1,68	0,887

DUREL: *Duke Religious Index*; RI: religiosidade intrínseca; RNO: religiosidade não organizacional; RO: religiosidade organizacional.

Ao comparar os pacientes com MAS com RI alta vs. RI baixa, não foi observada diferença estatisticamente significativa quanto ao tipo de MAS (DM, SAS, PM e MNIM), tratamento medicamentoso, tempo de doença, nível de dor, comorbidades, auto avaliação da qualidade de vida, da saúde mental, dos níveis de fadiga e da prática de atividade física ( $P > 0,05$ ) (**Tabela 4**).

**Tabela 4.** Comparação entre os pacientes com miopatias autoimunes sistêmicas com alta e baixa religiosidade intrínseca

Parâmetros	RI alta (N=139)	RI baixa (n=12)	P
Tipo de MAS			
DM	64 (46,0)	8 (66,6)	0,231
SAS	30 (21,6)	2 (16,7)	>0,999
PM	24 (17,3)	0	0,215
MNIM	21 (15,1)	2 (16,7)	>0,999
Tratamento medicamentoso			
Glicocorticoide	61 (43,9)	5 (41,7)	>0,999
Imunossupressores	117 (84,2)	12 (100)	0,216
> 1 imunossupressores	48 (34,5)	7 (58,3)	0,359
Tempo de doença (anos)	6 (3-10)	4 (2-10)	0,981
Comorbidades			
HAS	52 (37,4)	3 (25,0)	0,537
Diabetes mellitus	20 (14,4)	2 (16,7)	0,680
EQ5D escore	0,67 (0,56-0,79)	0,53 (0,51-0,67)	0,707
EVA dor	5 (1-7)	5 (0-7)	0,069
Fadiga	70 (50,4)	5 (41,7)	0,765
EVA fadiga	5 (0-7)	5 (0-9)	0,628
Saúde mental	5,5 (3,0-10,0)	7,5 (5,1-10,0)	0,157
IPAQ MET	924 (231-1928)	615 (312-1303)	0,157

DM: dermatomiosite; EVA: Escala visual analógica; EQ5D: *EuroQol five-Dimensional Questionnaire*; HAS: hipertensão arterial sistêmica; IPAQ: Questionário Internacional de Atividade Física; MNIM: miopatia necrosante imunomediada; PM: polimiosite; RI: religiosidade intrínseca; SAS: síndrome antissintetase.

## **4. DISCUSSÃO**

Este é um estudo pioneiro ao descrever aspectos da religiosidade e espiritualidade em pacientes com MAS em comparação a um grupo controle. Em relação ao grupo controle, os pacientes com MAS apresentaram maiores níveis de religiosidade, mais especificamente de RI, o qual não apresentou associação com fatores como tempo de doença, níveis de dor, qualidade de vida, saúde mental, fadiga, nível atividade física, presença de comorbidades ou tratamentos (uso de glicocorticoide ou/e imunossupressores). Os níveis de espiritualidade foram comparáveis para ambos os grupos. Os pacientes com MAS eram de maioria evangélica, com menor proporção de católicos e ateus, em relação ao grupo controle.

Como vantagens do presente estudo, pode-se citar: (i) amostragem grande para uma doença rara; (ii) estudo multicêntrico; (iii) existência de um grupo controle; (iv) presença de pacientes das três regiões do Brasil (nordeste, sudeste e sul).

O grupo MAS apresentou maiores níveis de religiosidade intrínseca em relação ao grupo controle na análise multivariada. Estudos prévios vêm demonstrando a tendência de níveis maiores de religiosidade em pacientes com doenças crônicas como ferramenta de enfrentamento ou “*Coping*” (Raghavan et al., 2013; Linardakis et al., 2015; Siqueira, Fernandes & Moreira-Almeida, 2019; Sohail et al., 2020; Rosmarin, Pargament & Koenig 2021; Balboni et al., 2022; Onyishi et al., 2022; Ianello et al., 2022).

Mishra et al. referem que crenças podem estar associadas a melhor qualidade de vida e combate às doenças crônicas. Em 202 pacientes brasileiros com neoplasia de cabeça e pescoço, altos níveis de religiosidade apresentaram associação positiva com maiores escores de qualidade de vida (Reis et al., 2020). Estudo que avaliou 16557 pacientes europeus, acima de 50 anos, com doenças crônicas, demonstrou que práticas como “rezar” foram associadas negativamente a comportamentos de

risco (por exemplo: tabagismo, etilismo e sedentarismo) (Linardakis et al., 2015). A oração foi associada à diminuição de resultados adversos em pacientes com doença cardíaca (Cummings & Pargament, 2008; Pfeiffer et al., 2018) e pôde influenciar positivamente no manejo de diabetes mellitus (Onyishi et al., 2022).

Em doenças reumáticas, foram observados maiores níveis de religiosidade em pacientes com gota, osteoartrite e lombalgia mecânica comum (Gudz, Pais-Ribeiro & Ferreira-Valente, 2021), fibromialgia (Biccheri, Rossiau & Mambet-Doué, 2016) e artrite reumatoide (Bartlett et al., 2003). Contudo, a avaliação da religiosidade/espiritualidade com análise quantitativa e não qualitativa, a não homogeneização de ferramentas para a análise destas variáveis, e a impossibilidade de apresentar nexos causais pelo desenho de estudo são limitações do presente trabalho, bem como destes estudos.

A origem da amostra pode ter influência nos nossos achados, pois, a população brasileira já demonstrou maiores níveis de religiosidade, assim como outras populações americanas (Delgadillo et al., 2022). Conforme Moreira-Almeida et al. (2008) numa amostra não probabilística de 3.000 brasileiros, ao menos 83% consideraram religião muito importante para sua vida. Estudo transversal com 44 pacientes no estado do Rio Grande do Sul, com doenças crônicas e atendidos na atenção primária à saúde, mostrou altos níveis de religiosidade/espiritualidade (90.9%) na amostra, bem como que a maioria (88.6%) julgou importante a abordagem deste aspecto nos cuidados com sua saúde (Zandavalli et al., 2020).

Porém, ainda não há consenso na literatura. Revisão sistemática publicada recentemente demonstrou associação variável (de fraca a forte) entre religiosidade e os benefícios psicológicos nos estudos avaliados, bem como no manejo de dores e disfunções físicas (Ferreira-Valente et al., 2022). Estudos realizados no Paquistão,

nos Estados Unidos (Raghavan et al., 2013), na Alemanha (Braun et al., 2022) e em Israel (Aloush et al., 2022) em pacientes com vírus da hepatite C (Raghavan et al., 2013; Sohail, 2020; Sohail et al., 2021) e fibromialgia (Aloush et al., 2022; Braun et al., 2022) não observaram influência significativa da religiosidade na saúde dessas populações. Achados similares foram vistos quando comparamos os subgrupos de MAS com alta *versus* baixa RI.

A presença na amostra de pacientes autodeclarados da etnia branca deve-se a um viés de coleta e auto declaração. Na prática, nossa amostra é composta de população latina. Ademais, ressalte-se a associação de pacientes com MAS a menores renda e escolaridade.

Quanto à influência da etnia nos níveis mais elevados de espiritualidade/religiosidade, estudos recentes demonstraram que as minorias étnicas com baixos níveis socioeconômicos, como os latinos, apresentam níveis mais elevados de espiritualidade (Moreira-Almeida, Pinsky & Zaleski, 2010; Palencia et al., 2016; Siqueira, Fernandes & Moreira-Almeida, 2019). Além disso, Dy-Liacco et al. (2009) reforçam as nuances e dificuldades de avaliação da religiosidade/espiritualidade em diferentes povos devido às variações culturais, sociais e políticas. Nesse contexto, trabalhos europeus (Braun et al., 2022; Aloush et al., 2022), norte-americanos e asiáticos (Raghavan et al., 2013) não observaram influência significativa da religiosidade sobre a saúde dessas populações.

A herança cultural e religiosa presente no dia-a-dia do nosso povo (Moreira-Almeida et al., 2008; Zandavalli et al., 2020) também são fatores a ser considerados na interpretação dos nossos resultados. Inclusive, esta é uma limitação do presente estudo: as variações regionais socioeconômicas, políticas e culturais no Brasil, que

devem ser consideradas e estratificadas em estudos futuros, pois, podem impactar na religiosidade e espiritualidade dos indivíduos.

O fato da amostra de pacientes com MAS ser predominantemente evangélica na análise multivariada deve-se ao advento do aumento de igrejas evangélicas no Brasil. Conforme dados do Centro de Estudos Metr pole vinculado à Universidade de São Paulo, entre 1990 e 2019, houve aumento de 543% nos templos evangélicos no país, ao passar de 17.033 para 109.560. Sendo que, apensar em 2019, 6.356 templos foram abertos no Brasil, uma média de 17 templos por dia (Araújo, 2023).

## **6. CONCLUSÕES**

Pacientes com MAS apresentaram maiores níveis de religiosidade intrínseca em relação ao grupo controle, com níveis comparáveis de religiosidade organizacional, não organizacional e espiritualidade.

Quanto à orientação religiosa, pacientes com MAS foram predominantemente evangélicos, enquanto o grupo controle apresentou presença maior de católicos.

Quando avaliamos, dentro do grupo MAS, a influência da religiosidade intrínseca alta e baixa nas variáveis tempo de doença, subtipo de MAS, uso de glicocorticoide, uso de imunossupressor, comorbidades, fadiga, EVA de dor, nível de atividade física, qualidade de vida e saúde mental, os níveis foram equiparáveis entre si.

## **6. REFERÊNCIAS**

- 1 ALOUSH V, GUVERICH-SHAPIRO A, HAZAN E, FURER V, ELKHAYAM O, ABLIN JN. Relationship between religiosity, spirituality and physical and mental outcomes in fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol.* 2021; 39: 48-53. doi: 10.55563/clinexprheumatol/fcxigf
- 2 ARAÚJO V. Surgimento, trajetória e expansão das Igrejas Evangélicas no território brasileiro ao longo do último século (1920-2019). *Políticas Públicas, Cidade e Desigualdade – CEM, NT-20.* 2023, p.1-34. Disponível em: [https://centrodametropole.fflch.usp.br/sites/centrodametropole.fflch.usp.br/files/cem\\_na\\_midia\\_anexos/NT20.pdf](https://centrodametropole.fflch.usp.br/sites/centrodametropole.fflch.usp.br/files/cem_na_midia_anexos/NT20.pdf). Acessado em 30 de Maio de 2024.
- 3 BAGATTINI ÂM, CAMEY SA, MIGUEL SR, ANDRADE MV, DE SOUZA NORONHA KVM, DE C TEIXEIRA MA, et al. Electronic Version of the EQ-5D Quality-of-Life Questionnaire: Adaptation to a Brazilian Population Sample. *Value Health Reg Issues.* 2018; 17: 88-93. doi: 10.1016/j.vhri.2017.11.002.
- 4 BALBONI TA, VENDERWEELE TJ, DOAN-SOARES SD, LONG KNG, FERRELL BR, FITCHETT J, et al. Spirituality in serious illness and health. *JAMA.* 2022; 328: 184-97. doi: 10.1001/jama.2022.11086.
- 5 BARTLETT SJ, PIEDMONT R, BILDERBACK A, MATSUMOTO AK, BATHON JM. Spirituality, well-being, and quality of life in people with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2003;49: 778-83. doi: 10.1002/art.11456.
- 6 BICCHERI E, ROUSSIAU N, MAMBET-DOUÉ C. Fibromyalgia, spirituality, coping and quality of life. *J Relig Health.* 2016; 55: 1189-1197. doi:10.1007/s10943-016-0216-9.
- 7 BRASIL. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/l14020.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l14020.htm), Site  
acessado em 12 de abril de 2024.

8 BRAGHETTA CC, GORENSTEIN C, WANG YP, MARTINS CB, LEÃO FC, PERES MFP, et al. Development of an instrument to assess spirituality: reliability and validation of the Attitudes Related to Spirituality Scale (ARES). *Front Psychol.* 2021; 12: 764132. doi: 10.3389/fpsyg.2021.764132.

9 BRAUN A, EVDOKIMOV D, FRANK J, PAULI P, WABEL T, ÜÇEYLER N, et al. Relevance of religiosity for coping strategies and disability in patients with fibromyalgia syndrome. *J Relig Health.* 2022; 61: 524-39. doi: 10.1007/s10943-020-01177-3.

10 COATS H, DOWNEY L, SHARMA R, CURTIS JR, ENGELBERG RA. Quality of communication and trust in patients with serious illness: an exploratory study of the relationships of race/ethnicity, socioeconomic status, and religiosity. *J Pain Symptom Manage.* 2018; 56: 530-40. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.07.005.

11 CONNORS GR, CHRISTOPHER-STINE L, ODDIS CV, DANOFF SK. Interstitial lung disease associated with the idiopathic inflammatory myopathies: what progress has been made in the past 35 years? *Chest.* 2010; 138: 1464-74. doi: 10.1378/chest.10-0180.

12 CONNOLLY CM, GUPTA L, FUJIMOTO M, MACHADO PM, PAIK JJ. Idiopathic inflammatory myopathies: current insights and future frontiers. *Lancet.* 2024; 6: e115-27. doi: 10.1016/S2665-9913(23)00322-3

13 CUMMINGS JP, PARGAMENT KI. Medicine for the spirit: religious coping in individuals with medical conditions. *Religions.* 2010; 1: 28-53. doi: 10.3390/rel1010028

14 CUSCHIERI S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth.* 2019; 13: S31-4. doi: 10.4103/sja.SJA\_543\_18

- 15 DALAKAS MC. Autoimmune inflammatory myopathies. *Handb Clin Neurol*. 2023; 195: 425-60. doi: 10.1016/B978-0-323-98818-6.00023-6.
- 16 DELGADILLO JD, CAMPBELL LM, MARQUINE MJ, HEATON A, ROONEY AS, UMLAUF A, et al. Higher religiosity and spirituality are associated with ethnic group membership among middle-aged and older adults living with HIV. *HIV Res Clin Pract*. 2022; 23, 91-8.
- 17 DOYLE D. Have we looked beyond the physical and psychosocial? *J Pain Symptom Manage*. 1992; 5: 302-11. doi: 10.1016/0885-3924(92)90063-n.
- 18 DY-LIACCO GS, PIEDMONT RL, MURRAY-SWANK NA, RODGERSON TE, SHERMAN MF. Spirituality and religiosity as cross-cultural aspects of human experience. *Psychol. Relig. Spiritual*. 2009; 1: 35–52. <https://doi.org/10.1037/a0014937>
- 19 EYSENBACH G. Improving the quality of web surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*. 2004; 6: 1-6. doi: 10.2196/jmir.6.3.e34.
- 20 FELDON M, FAHRADI PM, BRUNNER HI, ITERT L, GOLDBERG B, FAIQ A, et al.. Predictors of reduced health-related quality of life in adult patients with idiopathic inflammatory myopathies. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017; 69: 1743-50. doi: 10.1002/acr.23198
- 21 FERREIRA-VALENTE A, SHARMA S, TORRES S, SMOTHERS Z, PAIS-RIBEIRO J, ABBOTT JH, et al. Does religiosity/spirituality play a role in function, pain-related beliefs, and coping in patients with chronic pain? a systematic review. *J Relig Health*. 2022; 61: 2331-85. doi: 10.1007/s10943-019-00914-7.
- 22 FLECK MPA, BORGES ZN, BOLOGNESI G, ROCHA NS. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev Salud Pública*. 2003; 37: 446-55. doi: 10.1590/S0034-89102003000400009

- 23 FORTI S, SERBENA CA, SCADUTO AA. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. *Cienc Saúde Colet*. 2020; 25: 1463-74. doi:10.1590/1413-81232020254.21672018.
- 24 GUDZ I, PAIS-RIBEIRO J, FERREIRA-VALENTE A. Associação entre religiosidade, resiliência e bem-estar subjetivo em pessoas com dor crônica. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2021; 22: 169-81. doi: 10.15309/21psd220115.
- 25 GOUVEIA VV, LIMA TJS, GOUVEIA RSV, FREIRES LA, BARBOSA LHGM. Questionário de Saúde Geral (QSG-12): o efeito de itens negativos em sua estrutura fatorial. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28: 375-84. Doi: 10.1590/S0102-311X2012000200016.
- 26 GUERRIERO ICZ. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. *Cien Saude Colet*. 2016; 21 (8):26192629.
- 27 HEWLETT S, DURES E, ALMEIDA C. Measures of fatigue: Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Multi-Dimensional Questionnaire (BRAFM-DQ), Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Numerical Rating Scales (BRAFN-RS) for severity, effect, and coping, Chalder Fatigue Questionnaire (CFQ), Checklist Individual Strength (CIS20R and CIS8R), Fatigue Severity Scale (FSS), Functional Assessment Chronic Illness Therapy (Fatigue) (FACIT-F), Multi-Dimensional Assessment of Fatigue (MAF), Multi-Dimensional Fatigue Inventory (MFI), Pediatric Quality. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011; 63: S263-86. doi: 10.1002/acr.20579.
- 28 IANELLO NM, INGUGLIA C, SILLETTI F, ALBIERO P, CASSIBBA R, LO COCO A, MUSSO P. How do religiosity and spirituality associate with health-related outcomes

of adolescents with chronic illnesses? A scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19: 13172. doi: 10.3390/ijerph192013172.

29 JÓRDAN APW, SILVA AF, CRUZ DB, NELSON L, BARBOSA F. Avaliação da espiritualidade/religiosidade e opinião de residentes sobre a participação em um módulo de espiritualidade e integralidade. *Int Interdiscip J Educ*. 2021; 6: 1-17. doi:10.4322/ijhe.2020.013.

30 KOENIG HG, BÜSSING A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*. 2010; 1: 78-5. doi.org/10.3390/rel1010078

31 KOENIG HG, PARKERSON G, MEADOR K. Religion Index for Psychiatric Research: a 5-item Measure for Use in Health Outcome Studies. *Am J Psychiatry*. 1997; 154: 885-6. doi: 10.1176/ajp.154.6.885b.

32 KRUPP LB, LAROCCA NG, MUIR NASH J, STEINBERG AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol*. 1989; 46: 1121-23. doi: 10.1001/archneur.1989.00520460115022.

33 LINARDAKIS M, PAPADAKI A, SMPOKOS E, KARRI S, VOZIKAZI M, PHILALITHIS A. Public Health. Are religiosity and prayer use related with multiple behavioural risk factors for chronic diseases in European adults aged 50+ years? *Public Health*. 2015; 129: 436-43. doi: 10.1016/j.puhe.2015.02.006

34 LUNDBERG IE. Expert perspective: management of refractory inflammatory myopathy. *Arthritis Rheumatol*. 2021; 73: 1394-07. doi: 10.1002/art.41762.

35 LUNDBERG IE, FUJIMOTO M, VENCOVSKY J, AGGARWAL R, HOLMQVIST M, CHRISTOPHER-STINE L, et al. Idiopathic inflammatory myopathies. *Nat Rev Dis Primers*. 2021; 7: 86. doi: 10.1038/s41572-021-00321-x

- 36 LUNDBERG IE, TJARNLUND A, BOTTAI M, WERTH VP, PILKINGTON C, VISSER M, et al. EULAR/ACR Classification Criteria for Adult and Juvenile Idiopathic Inflammatory Myopathies and their Major Subgroups. *Ann Rheum Dis*. 2017; 76(12): 1955–64. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-211468
- 37 MATSUDO S, ARAUJO T, MATSUDO T, ANDRADE D, ANDRADE E, OLIVEIRA LC, et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2012; 6: 5-18. doi: 10.12820/rbafs.v.6n2p5-18.
- 38 MISHRA SK, TOGNERI E, TRIPATHI B, TRIKAMJI B. Spirituality and religiosity and its role in health and diseases. *J Relig Health*. 2017; 56: 1282-301. doi: 10.1007/s10943-015-0100-z.
- 39 MOREIRA-ALMEIDA A, KOENIG HG. Religiousness and spirituality in fibromyalgia and chronic pain patients. *Curr Pain Headache Rep*. 2008; 12: 327-32. doi: 10.1007/s11916-008-0055-9.
- 40 MOREIRA-ALMEIDA A, PERES MF, ALOE F, LOTUFO F. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Arch Clin Psychiatre*. 2008; 31: 31-2. doi: 10.1590/S0101-60832008000100006.
- 41 MURNIATI N, AUFA BA, KUSUMA D, KAMSO S. A scoping review on biopsychosocial predictors of mental health among older adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19: 10909. doi: 10.3390/ijerph191710909.
- 42 OLIVEIRA DS. O conceito de espiritualidade a partir de uma abordagem filosófica da subjetividade. *Rev Bras Filos Relig*. 2016; 3: 112-133.
- 43 ONYISHI CN, ESEADI C, IIECHUKWU LC, ILECHUKWU LC, OKORO KN, OKOLIE CN, et al. Potential influences of religiosity and religious coping strategies on

people with diabetes. *World J Clin Cases*. 2022; 10: 8816-26. doi: 10.12998/wjcc.v10.i25.8816.

44 PALENCIA IPG, BANQUETT DC, QUINTANA MC, VILLAMIZAR AL, MENDOZA YV. Spirituality and religiosity in elderly adults with chronic disease. *Invest Educ Enferm*. 2016; 34:235-42. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a02>.

45 PARGAMENT KI. The psychology of religion and coping: Theory, research, practice, 1997. New York: Guilford Press. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1997-08957-000>. Site acessado em 13 de abril de 2024.

46 PFEIFFER J, LI H, MARTEZ M, GILLESPIE T. The role of religious behavior in health self-management: A community-based participatory research study. *Religions*. 2018; 9: 357. doi: 10.3390/rel9110357

47 PUCHALSKI C, FERRELL B, VIRANI R, OTIS-GREEN S, BAIRD P, BULL J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *J Palliative Med*. 2009; 12: 885–904. doi: 10.1089/jpm.2009.0142.

48 RAGHAVAN R, FERLIC-STARK L, CLARKE C, RUNGTA M, GOODGAME R. The role of patient religiosity in the evaluation and treatment outcomes for chronic HCV infection. *J Relig Health*. 2013; 52: 79-90. doi:10.1007/s10943-011-9455-y.

49 REISSMAN M, STORMS A, WOOPEN C. Individual values and spirituality and their meaning for affective well-being and engagement with life in very old age. *Z Gerontol Geriatr*. 2021; 54: 85–92. doi: 10.1007/s00391-021-01974-9

50 ROSMARIN DH, PARGAMENT KI, KOENIG HG. Spirituality and mental health: challenges and opportunities. *Lancet Psychiatry*. 2021; 8: 92-93. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30048-1

51 REIS LBM, LELES CR, FREIRE MCM. Religiosity, spirituality, and the quality of life of patients with sequelae of head and neck cancer. *Oral Dis*. 2020; 26: 838-42. doi: 10.1111/odi.13284.

52 REYES-ORTIZ CA, PAYAN C, ALTAMAR G, GOMEZ F, KOENING HG. Religiosity and self-rated health among older adults in Colombia. *Colomb Med (Cali)*. 2019; 50: 67-76. <https://doi.org/10.25100/cm.v50i2.4012>

53 SANTOS M, CINTRA MA, MONTEIRO AL, SANTOS B, GUSMÃO-FILHO F, ANDRADE MV, et al. Brazilian Valuation of EQ-5D-3L Health States: Results from a Saturation Study. *Med Decis Making*. 2016; 36: 253-63. doi: 10.1177/0272989X15613521.

54 SENN KC, GUMBERT L, THIELE S, KRAUSE S, WALTER MC, NAGELS KH. The health-related quality of life, mental health and mental illnesses of patients with inclusion body myositis (IBM): results of a mixed methods systematic review. *Orphanet J Rare Dis*. 2022; 17: 227-42. doi: 10.1186/s13023-022-02382-x.

55 SIQUEIRA J, FERNANDES NM, MOREIRA-ALMEIDA A. Association between religiosity and happiness in patients with chronic kidney disease on hemodialysis. *J Bras Nefrol*. 2019; 41: 22-8. doi: 10.1590/2175-8239-jbn-2018-0096

56 SOHAIL MM, MAHMOOD QK, SHER F, SAUD M, MASUDAH S, IDA R. coping through religiosity, spirituality, and social support among muslim chronic hepatitis patients. *J Relig Health*. 2020; 59: 3126-40. doi: 10.1007/s10943-019-00909-4

57 SOHAIL MM. Belief in God's help during hepatitis C: A qualitative study on Muslim patients in Pakistan. *J Relig Health*. 2020; 59: 928-45. doi: 10.1007/s10943-018-0700-5.

- 58 STRELHOW MRW, SARRIERA JC. Validity evidence of the duke religion index (P-DUREL) among adolescents. *Aval Psicol* 2018; 17: 330-8. doi:10.15689/ap.2018.1703.14630.06
- 59 TANYI RA. Nursing theory and concept development or analysis. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J. Adv. Nurs.*, 2002; 39: 500-9. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02315.x
- 60 TAUNAY TCDE, GONDIM FAA, MACÊDO DS, MOREIRA-ALMEIDA A, GURGEL LA, ANDRADE LM, et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Arch Clin Psychiatry*. 2012; 39: 130-5. doi:10.1590/S0101-60832012000400003.
- 61 XU A, SUN C, METCALF R, LIMAYE V. Health-related quality of life and work impairment in idiopathic inflammatory myopathies in South Australia. *Int J Rheum Dis*. 2021; 24: 809-14. doi: 10.1111/1756-185X.
- 62 ZANDAVALLI RB, SILVEIRA JBS, BUENO RM, SANTOS DT, CASTRO FILHO ED, MOSQUEIRO BP. Espiritualidade e resiliência na atenção domiciliar. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020; 15: 2213. doi.org/10.5712/rbmfc15(2)2213.

## **7. ANEXOS**

## Atitudes Related to Spirituality Scale (ARES)

	Discordo muito	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo Muito
1. Eu acredito em algo sagrado, transcendente (Deus, uma força superior).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Meditação, oração, leituras, e/ou contemplação, são práticas que eu utilizo (ao menos uma delas) para me conectar a uma força espiritual além de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Já presenciei fatos/situações que me levaram a acreditar que existe algo além do mundo material.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Minha fé ou crenças espirituais me dão apoio no dia-a-dia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Minha espiritualidade me ajuda a ter um relacionamento melhor com os outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Minha espiritualidade influencia minha saúde física e mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Minha espiritualidade me incentiva a ajudar outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Eu acredito em uma continuidade após a morte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Minhas crenças e valores espirituais direcionam minhas ações do dia-a-dia. minha saúde física e ou mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Minha fé ou crenças espirituais dão sentido à minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Práticas espirituais (por exemplo: fazer orações, ou jejum, meditações ou outras) ajudam a manter ou melhorar minha saúde física e ou mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Fonte:** Forti, Serbena e Scarduto, 2020; Braghetta et al., 2021 [Adaptado].

## Duke University Religion Index (DUREL)

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

- Mais do que uma vez por semana
- Uma vez por semana
- Duas a três vezes por mês
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por ano ou menos
- Nunca

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

- Mais do que uma vez ao dia
- Diariamente
- Duas ou mais vezes por semana
- Uma vez por semana
- Poucas vezes por mês
- Raramente ou nunca

	Totalmente verdade para mim	Em geral é verdade	Não estou certo	Em geral não é verdade	Não é verdade
3. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Fonte:** Taunay et al., 2012 [Adaptado].

## Questionário de Saúde Geral - 12 (QSG-12)

	Melhor do que de costume	O mesmo de sempre	Menos que de costume	Muito menos que de costume
1. Você tem sido capaz de se manter atento (a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Você tem achado que está tendo um papel útil na vida que está levando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Você tem se sentido capaz de tomar decisões?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Você tem se sentido capaz de desfrutar suas atividades normais de cada dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Você tem se sentido capaz de enfrentar seus problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Você tem se sentido feliz de um modo geral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	De jeito nenhum	Não mais do que de costume	Um pouco mais do que de costume	Muito mais do que de costume
7. Você tem perdido o sono por preocupação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Você tem se sentido constantemente agoniado (a) e tenso (a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Você tem notado que está difícil superar as dificuldades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Você tem se sentido triste e deprimido (a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você tem perdido a confiança em você mesmo (a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Você tem se achado uma pessoa sem muito valor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Fonte:** Gouveia et al, 2012 [Adaptado].

## Escala de Severidade de Fadiga (FSS)

1- Minha motivação é menor quando eu estou fadigado  
(Pontue quanto concorda com a afirmação)

- 1 Forte discordância  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7 Forte concordância

2- Exercícios me deixam fadigado  
(Pontue quanto concorda com a afirmação)

- 1 Forte discordância  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7 Forte concordância

3- Eu estou facilmente fadigado  
(Pontue quanto concorda com a afirmação)

- 1 Forte discordância  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7 Forte concordância

4- A fadiga interfere com meu desempenho  
(Pontue quanto concorda com a afirmação)

- 1 Forte discordância  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7 Forte concordância

5- A fadiga causa problemas frequentes para mim  
(Pontue quanto concorda com a afirmação)

- 1 Forte discordância  
 2  
 3  
 4

6- Minha fadiga impede um desempenho físico constante  
(Pontue quanto concorda com a afirmação)

- 1 Forte discordância  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7 Forte concordância

7- A fadiga interfere com a execução de certas obrigações e responsabilidades  
(Pontue quanto concorda com a afirmação)

- 1 Forte discordância  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7 Forte concordância

8- A fadiga é um dos três sintomas mais incapacitantes que tenho  
(Pontue quanto concorda com a afirmação)

- 1 Forte discordância  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7 Forte concordância

9- A fadiga interfere com meu trabalho, minha família ou com minha vida social  
(Pontue quanto concorda com a afirmação)

- 1 Forte discordância  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7 Forte concordância

**Fonte:** Krupp et al., 1989; Hewlett, Dures & Almeida, 2011 [Adaptado].

## Questionário Internacional de Atividade Física Versão Curta (IPAQ-SF)

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 MINUTOS contínuos de cada vez (SEM PAUSA)

---

1a. Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- 7 dias
- nenhum dia

---

1b. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

(Por exemplo: 1h 15min; 2h; ou 0h)

---

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbia leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal, ou no jardim, como por exemplo, varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)

- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- 7 dias
- nenhum dia

---

2b. Nos dias em que você fez atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

---

3a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbia, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal, ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- 7 dias
- nenhum dia

---

3b. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

(Por exemplo: 1h 15min; 2h; ou 0h)

---

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

(Por exemplo: 1h 15min; 2h; ou 0h)

---

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de final de semana?

(Por exemplo: 1h 15min; 2h; ou 0h)

**Fonte:** Matsudo et al., 2012 [Adaptado].

*EuroQol five-dimensional questionnaire (EQ-5D)***EQ5D - ESTADO DE SAÚDE****Mobilidade**

- 1- Não tenho problemas em andar  
 2- Tenho alguns problemas em andar  
 3- Estou limitado a ficar na cama

**Cuidados pessoais**

- 1- Não tenho problemas comos meus cuidados pessoais  
 2- Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir  
 3- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho

**Dor/desconforto**

- 1- Não tenho dores e desconfortos  
 2- Tenho dores e desconfortos moderados  
 3- Tenho dores ou desconfortos extremos

**Ansiedade/depressão**

- 1- Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)  
 2- Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)  
 3- Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)

**Qual o nível de satisfação com a sua saúde?**

- 0 (totalmente insatisfeito)  
 1  
 2  
 3  
 4  
 5 (moderadamente satisfeito)  
 6  
 7  
 8  
 9  
 10 (totalmente satisfeito)

**Fonte:** Santos et al., 2016; Bagattini et al., 2018 [Adaptado].

Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE, SAÚDE MENTAL, QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE PACIENTES COM DOENÇAS REUMÁTICAS

**Pesquisador:** Samuel Katsuyuki Shinjo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 57010922.3.0000.0068

**Instituição Proponente:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.002.000

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo observacional transversal, que apresenta como objetivo geral caracterizar os aspectos inerentes à espiritualidade e religiosidade em pacientes com doença reumática autoimunes e não-autoimunes sistêmicas, bem como avaliar a associação entre estes dois parâmetros com a saúde mental, qualidade de vida e nível de atividade física destes pacientes. Serão avaliados diferentes tipos de doenças reumáticas, a saber: artrite reumatoide, doença mista do tecido conjuntivo, esclerose sistêmica, espondiloartrites, fibromialgia, gota, lúpus eritematoso, sistêmico, miopatias autoimunes sistêmicas, osteoartrite, síndrome antifosfolípido, síndrome de Sjögren e vasculites sistêmicas primárias. Para tanto os pacientes serão recrutados por meio de questionários e-survey disponível de maneira online, disseminados através de mídias digitais, como facebook, Instagram e whatsapp para pacientes dos diversos centros e grupos de apoio aos pacientes com doenças reumáticas distribuídos ao longo do território brasileiro através do Serviço de Reumatologia do HCFMUSP/SP. Os dados coletados serão: a) Dados demográficos, socioeconômico e educacional (idade atual, sexo, etnia, escolaridade, peso, altura, estado no qual reside, número de pessoas que moram com o paciente, estado civil e renda familiar); b) Doenças reumáticas (tipo e tempo da doença); c) Medicamentos prévios e atuais (glicocorticoides, imunossupressores, imunomoduladores e/ou imunobiológicos); d) Atividade física (Questionário Internacional de

Codex	Finalidade/Arquivo.pdf	Data/Hora	Assinado por	Aceito
Outros	Questionários.pdf	12/04/2022 17:14:22	Samuel Katsuyuki Shinjo	
TCLE / Termo de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/04/2022 17:13:59	Samuel Katsuyuki Shinjo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	12/04/2022 17:13:11	Samuel Katsuyuki Shinjo	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biobanco	Documentacao.pdf	12/04/2022 17:12:55	Samuel Katsuyuki Shinjo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anuencia.pdf	12/04/2022 17:12:34	Samuel Katsuyuki Shinjo	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	12/04/2022 17:12:18	Samuel Katsuyuki Shinjo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 06 de Maio de 2022

Assinado por:  
**ALFREDO JOSE MANSUR**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ovidio Pires de Campos, 225 5º andar  
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: cappelq.iam@hc.fm.usp.br

Fonte: Acervo pessoal dos Autores (2024).