

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

RAPHAEL SOUZA DE ALMEIDA

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA
INTESTINAL EM USO DE TERAPIA IMUNOBiolÓGICA**

**ARACAJU
2018**

RAPHAEL SOUZA DE ALMEIDA

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA
INTESTINAL EM USO DE TERAPIA IMUNOBiolÓGICA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Ms.^a Ana Carolina Ribeiro Lisboa

**Aracaju-SE
2018**

RAPHAEL SOUZA DE ALMEIDA

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA
INTESTINAL EM USO DE TERAPIA IMUNOBiolÓGICA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Autor: Raphael Souza de Almeida

Orientadora: Prof.^a Ms.^a Ana Carolina Ribeiro Lisboa

RAPHAEL SOUZA DE ALMEIDA

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA
INTESTINAL EM USO DE TERAPIA IMUNOBiolÓGICA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovada em: ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pelo dom da vida e por ter me abençoado sempre e me permitido viver tudo aquilo que um dia eu sonhei. Agradeço aos meus pais por sempre terem me estimulado a crescer pessoalmente e buscar o sucesso de forma íntegra e baseada no trabalho e dedicação. Agradeço aos meus avós, por sempre terem sido luz nos momentos mais difíceis. Ao meu irmão, Lucas, por sempre acreditar em mim e me ter como referência, me estimulando a me tornar uma pessoa melhor e de que ele possa ter orgulho. À minha prima-irmã, Daiane, por todo o apoio incondicional, todo o carinho e todo o amor de sempre. À minha querida orientadora, Ana Carolina (Carol), por todo o suporte e por ter desenvolvido com maestria esse projeto junto a mim. Aos meus colegas de turma do internato, por tornarem o dia a dia mais leve e proveitoso. Aos demais mestres por serem inspiração pessoal e profissional. Por fim, a todos os meus amigos e demais familiares, que sempre me estimulam a crescer e a me sentir amado.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ARTIGO ORIGINAL

Figura 1. Escore do IBDQ total e por domínios dos pacientes com DII em uso de terapia imunobiológica.	42
--	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com DII em uso de terapia imunobiológica	41
Tabela 2. Fatores influenciando a qualidade de vida relatada pelos pacientes com DII no IBDQ (Teste de Mann-Whitney).	43
Tabela 3. Fatores influenciando a qualidade de vida relatada pelos pacientes com DII no IBDQ (Correlação de Spearman).	45
Tabela 4. Fatores influenciando a qualidade de vida relatada pelos pacientes com DII no IBDQ (Modelo de Regressão Linear).	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

B	Coefficiente de Regressão Linear
CLASSIC I	Clinical Assesment of Adalimumab Safety and Efficacy Studied as Induction Therapy in Crohn's Disease)
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DC	Doença de Crohn
DII	Doença Inflamatória Intestinal
DP	Desvio Padrão
IBDQ	Inflammatory Bowel Disease Questionnaire
IMC	Índice de Massa Corpórea
PCR	Proteína C Reativa
QV	Qualidade de vida
R	Correlação de Spearman
RCU	Retocolite Ulcerativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TNF	Fator de Necrose Tumoral
VHS	Velocidade de hemossedimentação

SUMÁRIO

1 REVISÃO DE LITERATURA	10
1.1 Etiopatogenia e Fatores de Risco.....	10
1.2 Epidemiologia	11
1.3 Manifestações Clínicas	13
1.4 Diagnóstico	15
1.5 Tratamento	16
1.6 Qualidade de vida e Doença Inflamatória Intestinal	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
2 NORMAS DE PUBLICAÇÃO.....	24
3 ARTIGO ORIGINAL.....	30
RESUMO/ABSTRACT	31
INTRODUÇÃO	33
MÉTODOS	34
RESULTADOS	35
DISCUSSÃO	38
CONCLUSÃO	40
TABELAS E FIGURAS	41
AGRADECIMENTOS	47
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICE A – “INFLAMMATORY BOWEL DISEASE QUESTIONNAIRE”	51

1. REVISÃO DE LITERATURA

As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) se referem, principalmente, à Doença de Crohn (DC) e à Retocolite Ulcerativa (RCU), que são doenças inflamatórias crônicas do trato gastrointestinal, de etiologia e patogênese ainda não inteiramente conhecidas, e que podem apresentar ainda manifestações extraintestinais. Apresentam um curso de exacerbação e remissão da inflamação com sintomas caracterizados por dor abdominal crônica, diarreia e perda de peso (PILLAI, 2017).

1.1. ETIOPATOGENIA E FATORES DE RISCO

O padrão etiopatogênico da doença inclui suscetibilidade genética, desbalanço entre bactérias comuns e patogênicas do trato intestinal, alterações na integridade do epitélio intestinal e resposta imune desregulada pela reatividade anormal dos linfócitos T da mucosa intestinal, com produção excessiva de citocinas pró-inflamatórias (PETROIANU, 2010). No entanto, nenhum destes fatores pode sozinho desencadear ou manter a inflamação intestinal, sendo necessária a interação dos diversos componentes referidos para desencadear esse processo, embora a natureza do processo inflamatório, sua associação com doenças autoimunes como a espondilite anquilosante e a incidência familiar valorizem o mecanismo imunitário como sua origem. As variações da influência de cada um destes fatores de indivíduo para indivíduo explicam a diversidade de manifestações clínicas observadas na RCU e na DC (MOTA, 2012).

O que distingue a resposta inflamatória nos indivíduos com DII da resposta vista em indivíduos saudáveis é que existe nos primeiros uma inabilidade em regular negativamente tal resposta. Assim, o sistema imune da mucosa intestinal permanece cronicamente ativado, enquanto que em indivíduos saudáveis após a inflamação desencadeada na parede intestinal por um patógeno, ele retorna a um estado de tolerância uma vez que tal patógeno seja erradicado (HANNAUER, 2006).

Conforme será visto mais à frente, as diferenças demográficas na distribuição dos doentes com DII apontam para uma relação da doença com a ocidentalização do estilo de vida, o que inclui mudanças na dieta, fumo, variações na exposição solar, à poluição e aos produtos químicos. Em comum com outras doenças como asma, esclerose múltipla e artrite reumatoide,

as DII demonstram uma relação inversa com o grau de desenvolvimento sanitário. A propensão à infecção associada à superpopulação parecem ser fatores protetores (HANNAUER, 2006).

Muito tem se estudado em relação à ligação entre a dieta e as DII, sendo a maioria dos estudos inconclusivos. Há alguma evidência que alta ingestão de ácidos graxos saturados aumenta o risco de DII (HANNAUER, 2006). A mais consistente associação notada nos estudos da dieta tem sido a ligação entre ingestão aumentada de açúcar e DII, especialmente DC. Alta ingestão de fibras, frutas ou vegetais pode ser protetora contra o desenvolvimento de DII, mas os resultados variam de estudo para estudo (LOFTUS, 2004).

Outro ponto conflitante no que diz respeito à etiopatogenia das DII seria a relação dos anticoncepcionais orais e a maior prevalência das primeiras. Alguns estudos têm sugerido uma resposta dose-dependente com maior risco sendo observado entre as usuárias de anticoncepcionais por longos períodos ou entre as usuárias de preparações com altas doses de estrogênio (LOFTUS, 2004).

No que diz respeito ao tabagismo, ele é considerado o fator ambiental mais forte para DII, particularmente entre consumidores de cigarros. Vários estudos têm mostrado que o tabagismo atual é protetor contra RCU (risco relativo de 40% em relação aos não-tabagistas). Paradoxalmente, ex-tabagistas têm cerca de 70% mais chance de desenvolver RCU em relação a aqueles que nunca fumaram. Em contraste com a RCU, o fumo de cigarros é fator de risco significativo para o desenvolvimento de DC. Fumantes com DC têm um pior curso da doença que os não-fumantes, com taxas de recorrências mais altas, frequentes intervenções cirúrgicas e uma maior necessidade de agentes imunossupressores. (HANNAUER, 2006).

A principal hipótese atual para a etiologia das DII enfatiza as predisposições genéticas na desregulação do sistema imune gastrointestinal. Aponta cerca de 50 a 60% de concordância para DC em gêmeos idênticos para ilustrar a importância de tais. Por outro lado, aproximadamente 40 a 50% dos indivíduos idênticos geneticamente são discordantes para DC, apontando também para a inescapável conclusão que as influências do meio ambiente têm igual importância no desenvolvimento das DII (LOFTUS, 2004). O alto risco de DII na população judaica de Israel sugere que fatores genéticos podem ter um papel maior em determinados subgrupos (HANNAUER, 2006).

1.2. EPIDEMIOLOGIA

A incidência e prevalência das doenças inflamatórias intestinais aumentaram nos países ocidentais nos últimos 50 anos. São mais comuns nos países de alto poder socioeconômico; sua incidência varia de 3 a 7 casos por 100.000 habitantes em países do hemisfério norte (PETROIANU, 2010).

A RCU é levemente mais comum em homens, enquanto que a DC é marginalmente mais frequente em mulheres (relação mulher/homem de 1/1 e 1,8/1, respectivamente) (HANNAUER, 2006). A maior prevalência da DC em mulheres, especialmente ao final da adolescência e início da idade adulta sugere que fatores hormonais podem ter um papel na expressão da doença. Apesar da incidência da RCU ter se estabilizado, ela continua a aumentar nos homens (com um correspondente decréscimo nas mulheres) (LOFTUS, 2004).

Nos Estados Unidos da América (EUA), cerca de 1 milhão de pessoas apresentam uma das modalidades de DII, com cerca de 30000 novos casos reportados a cada ano. (HANNAUER, 2006). Na Europa, 2,2 milhões e no Canadá, aproximadamente, 150 mil. EUA, Inglaterra, Itália, Escandinávia e os países da Região Norte da Europa são classificados como áreas de alta incidência de DII; Sul da Europa, África do Sul, Austrália e Nova Zelândia são regiões de incidência intermediária e Ásia e América do Sul são consideradas áreas de baixa incidência (PETROIANU, 2010). Dados mais localizados, incluindo a América do Sul ou nacionais, são raros ou inexistentes, conforme apresentado pelo Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

Embora a incidência e prevalência da RCU e da DC estejam começando a se estabilizar em áreas de alta incidência, como a Europa e América do Norte, elas continuam a aumentar em áreas de menor incidência como o Sudeste Europeu e a Ásia (LOFTUS, 2004). Os países em desenvolvimento observaram um crescimento recente na incidência de RCU, o qual atribui-se ao estilo de vida ocidental atrelada ao fator ambiental da gênese das DIIs (CAMBUI; NATALI, 2015). Esse fato foi reiterado por relatos de casos conduzidos na região sudeste do Brasil.

A incidência das DII em países como a China, por exemplo, tem sido mais baixa que nos países ocidentais, mas tem aumentado rapidamente na última década, sendo relatados mais de 140000 casos da doença no país nos últimos 15 anos, sugerindo que a DII pode tornar-se uma doença crônica mais prevalente na China com a continuação do processo de ocidentalização do estilo de vida (ZHOU et al., 2009).

As diferenças étnicas e raciais podem estar mais relacionadas ao estilo de vida e às influências ambientais que com propriamente diferenças genéticas. Até recentemente, as DII

eram raras na Índia, entretanto sul-asiáticos que se mudaram para o Reino Unido têm risco aumentado de RCU em relação aos brancos. (LOFTUS, 2004).

As DII afetam indivíduos de qualquer idade, no entanto, apresentam dois picos de maior incidência: um primeiro entre os 15 e os 30 anos e um segundo entre os 50 e 70 anos, sendo este último mais frequentemente associado a casos de DC, o que demonstra uma distribuição etária bimodal. Cerca de 10% dos casos ocorrem em indivíduos menores de 18 anos de idade (HANNAUER, 2006). Existem diferenças relacionadas ao gênero no diagnóstico tardio da doença. Os homens são mais propensos do que as mulheres a serem diagnosticados na quinta e sexta décadas de vida (LOFTUS, 2004).

Embora alguns estudos focados na incidência das DII em crianças tenham notado aumento na taxa de incidência nas mesmas, isso reflete o aumento na população em geral, de tal modo que a porcentagem de pacientes pediátricos que são diagnosticados não parece ter crescido nos últimos anos. (LOFTUS, 2004).

As DII estão entre as cinco mais caras desordens gastrointestinais para tratar, isso incorre em altos custos sociais e reduz a qualidade de vida dos pacientes. Na Europa, estimativas de 2013 sugerem que cerca de 2,5 a 3 milhões de pessoas têm DII contribuindo com um custo direto de cerca de 5 bilhões de euros por ano. O aumento da prevalência, a alta morbidade e custos representam importantes desafios, querendo recursos e infraestrutura para o manejo eficiente (PILLAI et al., 2017).

1.3. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O curso da DII passa por períodos de atividade e de remissão, com uma minoria apresentando atividade constante. A severidade das crises e a resposta ao tratamento são variáveis e de difícil previsão. Os principais sintomas são diarreia crônica, dor abdominal e sangramento retal, podendo chegar a colites fulminantes que requerem colectomia. Pacientes sem sintomas e sem uso de corticosteroide são considerados em remissão sintomática. Pacientes que necessitam de corticosteroide para permanecer assintomáticos são classificados como corticodependentes, não sendo considerados em remissão, devido ao risco de toxicidade do tratamento prolongado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A RCU é uma doença inflamatória recidivante não-transmural que é restrita ao cólon e que se estende proximamente e de modo contínuo (CAMBUI; NATALI, 2015). Dependendo da extensão do envolvimento anatômico, pacientes podem ser classificados como tendo

proctite, colite do lado esquerdo ou pancolite. Alguns pacientes também desenvolvem inflamação ileal (ileíte de refluxo), que ocasionalmente dificulta a diferenciação da DC. Pacientes tipicamente apresentam-se com diarreia (frequentemente noturna e pós-prandial), com presença de pus, muco, ou ambos, e cólicas abdominais durante os movimentos peristálticos. Vários sintomas são menos comuns na colite do lado esquerdo e na proctite (BAUMGART; SANDBORN, 2007).

A DC é uma doença inflamatória recidivante e transmural que pode afetar o trato gastrointestinal inteiro (da boca ao ânus). As apresentações típicas incluem o envolvimento descontínuo de várias porções do trato gastrointestinal e o desenvolvimento de complicações, incluindo estenoses, abscessos e fístulas. A classificação de Viena foi desenvolvida para descrever os fenótipos distintos da DC no que diz respeito à localização da doença e a ocorrência de complicações. A localização anatômica e o comportamento da doença de acordo com a classificação de Viena muda ao longo do tempo. No diagnóstico, a doença é localizada no íleo terminal em 47% dos pacientes, no cólon em 28%, na região ileocolônica em 21% e no trato gastrointestinal alto em 3%. O comportamento da doença é classificado como não-estenosante e não-penetrante em 70% dos pacientes, estenosante em 17% e penetrante (fístulas, abscessos ou ambos) em 13% de todos os pacientes ao diagnóstico. A apresentação clínica é largamente dependente da localização da doença e pode incluir diarreia, dor abdominal, febre, sinais clínicos de obstrução intestinal, bem como presença de sangue, muco ou ambos nas fezes (BAUMGART; SANDBORN, 2007).

A diarreia crônica é o sintoma presente mais comum; uma definição de redução da consistência fecal por mais de 6 semanas pode ser adequada para diferenciar esta forma de uma diarreia infecciosa autolimitada. Dor abdominal e perda de peso estão presentes em cerca de 70% e 60%, respectivamente, dos pacientes antes do diagnóstico de DC. Sangue e/ou muco nas fezes pode ser visto em até 40% a 50% dos pacientes com colite por Crohn, mas menos frequentemente que na RCU (STANGE et al, 2006).

Ambas as formas de manifestação das DII podem cursar com manifestações extraintestinais. Tais manifestações envolvem mais frequentemente as articulações (artropatias periféricas e axiais), a pele (eritema nodoso, pioderma gangrenoso, síndrome de Sweet, estomatite aftosa), o trato hepatobiliar (colangite esclerosante primária) e os olhos (episclerite e uveíte). Menos frequentemente, as DII podem afetar também os pulmões, o coração, o pâncreas ou o sistema vascular. As complicações extraintestinais são principalmente causadas pela doença em si e incluem condições como a má absorção, com consequentes deficiências de

micronutrientes, osteoporose, neuropatias periféricas, cálculos renais e efeitos colaterais relacionados às medicações (VAVRICKA et al., 2015).

1.4. DIAGNÓSTICO

RCU é um diagnóstico clínico, confirmado por achados objetivos aos estudos endoscópico e histológico. Não existe nenhum teste diagnóstico definitivo para DC, o diagnóstico é feito com base na história clínica e exame físico, complementado com achados objetivos aos estudos endoscópico, radiológico, laboratorial e histológico (BAUMGART; SANDBORN, 2007).

Uma história completa deveria incluir questionamentos detalhados sobre os sintomas, viagens recentes, intolerâncias alimentares, contato com doenças entéricas, medicações (incluindo antibióticos e anti-inflamatórios não-esteroidais), tabagismo, história familiar e história de apendicectomia. Questionamento cuidadoso sobre sintomas noturnos, características das manifestações extraintestinais e exame físico geral completo, incluindo toque retal. Mensurar a perda de peso e calcular o índice de massa corpórea (IMC) são recomendados (STANGE et al, 2006).

Do ponto de vista laboratorial, deve-se buscar sinais de anemia, resposta inflamatória e sinais de má nutrição/absorção. A investigação incluiria proteína C reativa (PCR) e hemograma. Caso a dosagem da PCR não esteja disponível, pode-se utilizar a mensuração da velocidade de hemossedimentação (VHS). Testes microbiológicos para rastreamento de diarreia infecciosa também são recomendados. Em um paciente com uma história clínica consistente, investigações laboratoriais e clínicas adicionais não são necessárias (STANGE et al, 2006).

Na suspeita de DII, colonoscopia e biópsias dos segmentos intestinais para estudo histopatológico são procedimentos de primeira linha no estabelecimento do diagnóstico. Por exemplo, um exame colonoscópico com características de envolvimento intestinal descontínuo, presença de lesões anais e ulcerações fortalece o diagnóstico de DC. Além disso, a colonoscopia prediz a severidade da colite com um alto grau de probabilidade (STANGE et al, 2006).

A radiografia abdominal é útil na avaliação inicial de pacientes com suspeita de DII severa por fornecer evidência de dilatação do intestino delgado ou cólon, calcificações, sacroileíte ou impressão de massa em fossa ilíaca direita, embora não se trate de uma exame diagnóstico para DII (STANGE et al, 2006).

Várias técnicas podem ser utilizadas no estudo do intestino delgado para determinação da extensão da DC, entre as quais: enteroscopia com duplo balão, cápsula endoscópica, tomografia computadorizada, ressonância magnética e exames de cintilografia (STANGE et al, 2006).

Apesar de não haver um achado patognomônico, o diagnóstico histopatológico de DC depende da presença de granulomas, anormalidades arquiteturais crípticas focais, infiltrado inflamatório focal de linfócitos e plasmócitos, e da preservação de mucina nos sítios inflamados. Em casos difíceis, endoscopia digestiva alta com biópsias gástricas pode ser útil para firmar o diagnóstico na presença de granulomas ou gastrite focal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

1.5. TRATAMENTO

As bases terapêuticas nas DII visam a supressão dos sintomas inflamatórios, indução de processo de cicatrização da mucosa, prevenção de recidivas e melhora da qualidade de vida, com o menor espectro de efeitos colaterais.

O tratamento de primeira linha para pacientes com retocolite ulcerativa leve a moderada é o ácido 5-aminossalicílico (mesalazina), que inclui formulações oral e retal da mesalazina e pró-drogas orais como a sulfassalazina. Pacientes que pioram enquanto em uso de salicilatos, aqueles que são corticodependentes e aqueles que apresentam uma RCU severa com necessidade de terapia de indução de remissão com ciclosporina ou tacrolimus podem ser tratados com azatioprina ou 6-mercaptopurina. Metotrexato não tem provado eficácia para RCU (BAUMGART; SANDBORN, 2007).

Pacientes com RCU moderada a severa mesmo em tratamento com ácido 5-aminossalicílico, corticosteroides, azatioprina e 6-mercaptopurina podem ser tratados com infliximabe, um anticorpo monoclonal quimérico para o fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa). É 75% humano e 25% murinho e se liga com elevada afinidade ao TNF-alfa, neutralizando-o. As respostas propostas para sua ação se dão não somente como consequência do bloqueio direto do TNF-alfa solúvel ou transmembrânico, mas também pela indução de apoptose de linfócitos T, recuperação da barreira epitelial, e indução da motilidade dos fibroblastos intestinais, facilitando cicatrização de lesões.

Infliximabe, na indução, é dado em uma dose de 5 mg/kg nas semanas 0, 2 e 6. Infliximabe também é efetivo para manutenção da remissão e é um poupador de corticoide em

pacientes que são incapazes de manter a remissão ou que a mantem de forma corticodependente, apesar do tratamento com salicilatos, azatioprina, 6-mercaptopurina ou todos estes (BAUMGART; SANDBORN, 2007). Apesar disso, o CONITEC, em sua 20ª reunião ordinária, em 07 de novembro de 2013, recomendou a não incorporação no SUS do Infiximabe para o tratamento da Retocolite Ulcerativa Grave refratária a corticoides e ciclosporina. Considerou-se que os resultados dos estudos são pouco robustos independente da dose administrada e há considerável incidência de eventos adversos graves com a utilização de três doses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A cirurgia de emergência é indicada, na RCU, em pacientes com complicações ameaçadoras da vida, como perfuração, sangramento retal refratário e megacólon tóxico não responsivo ao manejo clínico. Cirurgia eletiva, por sua vez, é indicada em pacientes com displasia ou câncer, RCU refratária ao manejo clínico ou intolerância à imunossupressão por longo tempo ou a outras terapias medicamentosas (BAUMGART; SANDBORN, 2007).

No que diz respeito ao manejo da Doença de Crohn, a sulfassalazina pode ser recomendada para terapia de indução em pacientes com leve a moderada atividade da doença, com envolvimento colônico e corticoides poderiam ser recomendados em pacientes com envolvimento ileal, do cólon direito ou de ambos. 44% dos pacientes com DC precisam de corticosteroides para alcançar a remissão. Embora, os salicilatos sejam largamente usados para manutenção da remissão, esta prática não é baseada em evidências (BAUMGART; SANDBORN, 2007).

Pacientes com doença ileal devem ser tratados com corticosteroide (qualquer formulação e via, de acordo com a situação clínica), uma vez que foi demonstrado que a mesalazina, o aminossalicilato com níveis terapêuticos nessa região do intestino, tem efeito muito modesto quando comparado a placebo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Pacientes que são corticodependentes e aqueles com moderada a severa atividade que necessitem de terapia de indução de remissão com corticoides podem ser tratados com azatioprina, 6-mercaptopurina ou metotrexato (BAUMGART; SANDBORN, 2007). Em pacientes que não respondem a azatioprina após 10 semanas de uso em doses adequadas (2,0 a 2,5 mg/kg/dia), recomenda-se considerar a associação de alopurinol, na dose de 100mg/dia, com concomitante redução de 50% na dose de azatioprina. Uma vez que o metabólito ativo 6-tioguanina é também responsável por toxicidade medular, a adição de alopurinol está contraindicada em indivíduos com leucopenia prévia; pacientes em uso da associação devem

ser monitorizados laboratorialmente em relação às contagens de leucócitos, semanalmente no primeiro mês e quinzenalmente no segundo mês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Pacientes com moderada a severa atividade apesar do tratamento com sulfassalazina, mesalazina, corticosteroides, azatioprina, 6-mercaptopurina ou metotrexato podem ser tratados com Infiximabe. Infiximabe é dado nas doses de 5 mg/Kg nas semanas 0, 2 e 6. É efetivo também na manutenção da remissão, poupando corticoide em pacientes que são incapazes de manter a remissão ou que o fazem na dependência da corticoterapia, mesmo em uso de azatioprina, metotrexato ou mercaptopurina. Para terapia de manutenção, o infliximabe é dado na dose de 5 mg/Kg a cada 8 semanas. Doses repetidas são associadas com imunogenicidade e perda da eficácia, além de reações à infusão (BAUMGART; SANDBORN, 2007). Ainda não está claro se a abordagem com infliximabe seria mais eficaz se precoce (top down approach), com possíveis impactos benéficos sobre o curso natural da doença, ou sendo indicada mais tardiamente, após a ausência de resposta às drogas tradicionais (step-up approach).

Após 12 meses de tratamento com anti-TNF, pacientes que apresentarem remissão clínica e endoscópica (cicatrização da mucosa/ausência de ulcerações) podem ter o anti-TNF suspenso e passar para o tratamento de manutenção com azatioprina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Como uma alternativa ao Infiximabe, há o Adalimumabe, um anticorpo totalmente humano anti-TNF alfa. Adicionalmente, induz a lise de células que expressam o TNF- α . É administrado de forma subcutânea com uma dose de 160 mg na semana 0 e 80 mg na semana 2. Na manutenção é administrado a cada 15 dias, na dose de 40 mg (BAUMGART; SANDBORN, 2007). A eficácia do adalimumabe como terapia de indução de remissão na DC foi avaliada no estudo CLASSIC-I (Clinical assessment of Adalimumab safety and efficacy studied as an induction therapy in Crohn's).

Existem diversos outros imunobiológicos em uso ou em fases de estudos, além do Infiximabe e do Adalimumabe, destacando-se o certolizumabe pegol (anti-TNF alfa) e o vedolizumabe (BAUMGART; SANDBORN, 2007).

Terapia isolada com antibióticos para o controle da atividade inflamatória não tem mostrado resultados conclusivos. Além disso, a toxicidade pelo uso prolongado, como neuropatia periférica com metronidazol, bem como o potencial de indução de resistência antimicrobiana, têm sugerido que antimicrobianos isoladamente não devam ser utilizados para o tratamento da DC. Devem ser indicados quando houver suspeita de complicação infecciosa, como abscesso, e para o tratamento de fístulas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Embora a cirurgia seja necessária em alguns pacientes para induzir remissão ou para tratar complicações, ela não é curativa. As indicações cirúrgicas de emergência e eletivas são semelhantes às da RCU, adicionando-se formação de estenoses fibróticas, levando a sintomas de obstrução intestinal, fístulas internas complicadas por abscesso abdominal, fístulas enterovesicais e enterocutâneas (BAUMGART; SANDBORN, 2007).

1.6. QUALIDADE DE VIDA E DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

A qualidade de vida é determinada pela extensão em que as ambições e as esperanças correspondem à experiência pessoal; pelas percepções do indivíduo sobre sua posição na vida, levando em conta o contexto da cultura e os sistemas de valores em que a pessoa vive, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e conceitos, pela avaliação do estado atual em relação ao ideal, bem como o que as pessoas consideram como fatores importantes em suas vidas (WHOQO GROUP, 1994).

A história natural das lesões no trato gastrointestinal, juntamente com as complicações, frequentes visitas ao médico, associadas a hospitalizações e até mesmo efeitos adversos das medicações usadas na terapia levam à considerável redução na qualidade de vida relatada em pacientes com doença inflamatória intestinal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SABISTON. **Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna**. 19.ed. Saunders. Elsevier.

PETROIANU, Andy et al (Ed.). **Clínica Cirúrgica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. São Paulo: Atheneu, 2010.

ZHOU , Yunxian ; REN, Weihong ; IRVINE, Elizabeth Jan . Assessing health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease in Zhejiang, China. **Journal of Clinical Nursing**, China, p. 79-88, 2010.

PILLAI, Nadia et al. A systematic review of cost-effectiveness studies comparing conventional, biological and surgical interventions for inflammatory bowel disease. **Plos One**, Reino Unido, p. 1-22, 2017

HANAUER SB, FEAGAN BG, LICHTENSTEIN GR, MAYER LF, SCHREIBER S, COLOMBEL JF, RACHMILEWITZ D, WOLF DC, OLSON A, BAO W, RUTGEERTS P, ACCENT I Study Group: Maintenance infliximab for Crohn's disease: the ACCENT I randomised trial. **Lancet**, p. 1541–1549, 2002.

XU, Junjie et al. Different therapeutic approaches on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. **BMC Gastroenterology**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.1-10, 25 nov. 2014.

ALLEN, Patrick B et al. How do patients with inflammatory bowel disease want their biological therapy administered? **BMC Gastroenterology**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.1-6, 10 jan. 2010.

LICHTENSTEIN, Gary R. et al. Infliximab Improves Quality of Life in Patients with Crohn's Disease. **Inflammatory Bowel Diseases**, [s.l.], v. 8, n. 4, p.237-243, jul. 2002.

ETCHEVERS, Maria Josefina; ORDA'S, Ingrid; RICART, Elena. Optimizing the Use of Tumour Necrosis Factor Inhibitors in Crohn's Disease. **Therapy In Practice**, Espanha, v. 70, n. 2, p.109-120, 2010.

WHOQol Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (The WHOQol). In: Orley J, Kuyken W, editors. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer; 1994. p. 43.

GUYATT GH, FEENY DH, PATRICK DL. Measuring health-related quality of life. **Ann Intern Med.** 1993;118(8):622-9.

MITCHELL A, GUYATT G, SINGER J, IRVINE EJ, GOODACRE R, TOMPKINS C, et al. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease. **J Clin Gastroenterol.** 1988;10(3):306-10.

CASELLAS F, ARENAS JI, BAUDET JS, FÁBREGAS S, GARCÍA N, GELABERT J, et al. Impairment of health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a Spanish multicenter study. **Inflamm Bowel Dis.** 2005;11(5):488-96.

Graff LA, Walker JR, Bernstein CN. Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: a review of comorbidity and management. **Inflamm Bowel Dis.** 2009;15(7):1105-18.

J. COSNES, C. GOWER-ROUSSEAU, P. SEKSIK e A. CORTOT, “Epidemiology and Natural History of Inflammatory Bowel Diseases,” **Gastroenterology**, vol. 140, pp. 1785-1794, 2011.

C. ZALTMAN, “Doença inflamatória intestinal: qual a relevância da doença no Brasil?,” **Cad. Saúde Pública**, vol. 23, n. 5, pp. 992-993, 2007.

M. L. SOUZA, L. A. TRONCON, C. M. RODRIGUES, C. F. VIANA, P. H. ONOFRE, R. A. MONTEIRO, A. D. PASSOS, A. L. MARTINELLI e U. MENEGHELLI, “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**, vol. 39, n. 2, pp. 95-105, 2002.

M. M. SOUZA, D. A. BARBOSA, M. M. ESPINOSA e A. G. BELASCO, “Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal,” **Acta Paul Enferm**, vol. 24, n. 4, pp. 479-84, 2011.

PONTES RMA, MISZPUTEN SJ, FERREIRA-FILHO OF, MIRANDA C, FERRAZ MB. 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.** 2004;41(2):137-43.

Ministério da Saúde. Infiximabe para o tratamento da Retocolite Ulcerativa Grave refratária a corticoides e ciclosporina. **Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sus – Conitec – 105**. Brasília, p. 1-22. 2014.

CASELLAS, Francesc et al. Restoration of quality of life of patients with inflammatory bowel disease after one year with antiTNF α treatment. **Journal Of Crohn's And Colitis**, [s.l.], v. 6, n. 9, p.881-886, out. 2012.

RUTGEERTS, P.; ASSCHE, G.; VERMEIRE, S.. Review article: infliximab therapy for inflammatory bowel disease - seven years on. **Alimentary Pharmacology And Therapeutics**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.451-463, fev. 2006.

MOTA, Adriano João Marques Pinto da. Avanços no Tratamento da Doença Inflamatória Intestinal. 2012. 52 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2012.

LICHTIGER, S. et al. The CHOICE trial: adalimumab demonstrates safety, fistula healing, improved quality of life and increased work productivity in patients with Crohn's disease who failed prior infliximab therapy. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, [s.l.], v. 32, n. 10, p.1228-1239, 28 set. 2010.

TORRES, Ulysses dos Santos et al. Infiximabe na doença de crohn: Experiência clínica de um centro terciário paulista. **Rev Bras Coloproct**, São José do Rio Preto, v. 29, n. 1, p.38-45, jan. 2009.

BAUMGART, Daniel C.; SANDBORN, William J. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies. **Lancet**, v. 369, n. 9573, p. 1641–1657, 2007.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Retocolite Ulcerativa. 2002.

CONEJERO, Susana; ETXEARRIA, Itziar; MONTERO, Ignacio. Gender differences in emotions, forgiveness and tolerance in relation to political violence. **Spanish Journal of Psychology**, v. 17, n. February, p. e9, 2014.

CONJUNTA, Portaria *et al.* **MINISTÉRIO DA SAÚDE** Secretaria de Assistência à Saúde. 2017.

DOS, Ulysses; TORRES, Santos; SATOMI, Geni. Infiximabe na Doença de Crohn:

Experiência Clínica de um Centro Terciário Paulista Infiximab in Crohn ' s Disease : Clinical Experience from a Single Tertiary Center of Sao Paulo State. v. 29, n. 3, 2009.

EUGÈNE, Claude. **The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn ' s disease**. p. 340–343, 2011.

GASTROENTEROLOGY, World; PRACTICE, Organisation. Doença inflamatória intestinal: uma perspectiva global. 2009.

HANAUER, Stephen B. **Inflammatory Bowel Disease : Epidemiology , Pathogenesis , and Therapeutic Opportunities**. v. 12, n. January, p. 3–9, 2006.

LOFTUS, Edward V. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. **Gastroenterology**, v. 126, n. 6, p. 1504–1517, 2004.

MAO, E J *et al.* Alimentary Pharmacology and Therapeutics Systematic review with meta-analysis : comparative ef fi cacy of immunosuppressants and biologics for reducing hospitalisation and surgery in Crohn ' s disease and ulcerative colitis. p. 1–11, 2016.

N, Nota Técnica. **Ministério da Saúde** Consultoria Jurídica / Advocacia Geral da União Ministério da Saúde Consultoria Jurídica / Advocacia Geral da União. p. 9–10, 2013.

ROBERT, Yan; CAMBUI, Santos. **DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS** : p. 4–7, 2015.

SINGH, Siddharth *et al.* Comparative efficacy of biologic therapy in biologic-naïve patients with Crohn disease: A systematic review and network meta-analysis. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 89, n. 12, p. 1621–1635, 2014.

Consenso sobre Tratamento da Doença Inflamatória Intestinal Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal do Brasil (GEDIIB).

STANGE, E F. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. **Gut**, v. 55, n. suppl_1, p. i1–i15, 2006.

STIDHAM, R. W. *et al.* Systematic review with network meta-analysis: the efficacy of anti-TNF agents for the treatment of Crohn's disease. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 39, n. 12, p. 1349–1362, 2014.

VAVRICKA, Stephan R *et al.* **Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease**. v. 21, n. 8, p. 1982–1992, 2015.

2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO

JOURNAL OF COLOPROCTOLOGY

Journal of Coloproctology (JCOL) publica artigos que contribuam para o aperfeiçoamento e o desenvolvimento da prática, da pesquisa e do ensino em Coloproctologia e especialidades afins.

A partir do vol. 31, n.3 de 2011 passou a ser publicada no idioma inglês.

Os manuscritos poderão estar em português e inglês, devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Journal of Coloproctology, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto, como figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em Anais de Reuniões Científicas.

As normas são baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e publicado no artigo: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, que foi atualizado em abril de 2010 e está disponível no endereço eletrônico (<http://www.icmje.org>).

Journal of Coloproctology apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Serão aceitos para publicação, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site (<http://www.icmje.org>). O número de identificação deverá ser registrado no final do resumo.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

CRITÉRIOS DE AUTORIA:

A inclusão de um autor em um manuscrito encaminhado para publicação só é justificada se ele contribuiu significativamente, do ponto de vista intelectual, para a sua realização. Fica implícito que o autor participou em pelo menos uma das seguintes fases: 1) concepção e

planejamento do trabalho, bem como da interpretação das evidências; 2) redação e/ou revisão das versões preliminares e definitiva; e 3) aprovou a versão final.

A coleta e catalogação de dados não constituem critérios para autoria. Igualmente, não devem ser considerados autores, auxiliares técnicos que fazem a rotina, médicos que encaminham pacientes ou interpretam exames de rotina e chefes de serviços ou departamentos, não diretamente envolvidos na pesquisa. A essas pessoas poderá ser feito agradecimento especial.

Os manuscritos são de responsabilidade exclusiva dos autores que devem assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais.

CATEGORIAS DE MANUSCRITOS ACEITOS:

Editorial: manuscrito sobre assuntos de interesse para o momento histórico, com repercussão para Coloproctologia e especialidades afins.

Artigo original: trabalho de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à Coloproctologia.

Informações clínicas: relatos de casos clínicos, apresentação de técnicas, métodos e equipamentos.

Artigo de Revisão: artigos de síntese - revisão sistemática sem ou com metanálise e revisão integrativa.

Artigo especial: artigos que não se enquadram nas categorias acima e são de interesse para a Coloproctologia. Serão realizados a convite do Corpo Editorial.

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

Cada artigo submetido para o Journal of Coloproctology é inicialmente analisado quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas Instruções aos Autores, sendo sumariamente devolvido em caso de não atendimento. Se aprovado, é encaminhado para avaliação de dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade, bem como, opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o manuscrito é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho Editorial que, se necessário, indica as alterações a

serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Checklist

A página de identificação: Deve conter: a) Título do artigo, em português e inglês, que deverá ser conciso, porém informativo; b) nome completo de cada autor e afiliação institucional; c) nome do departamento e Instituição ao qual o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada correspondência, e) fontes de auxílio à pesquisa e declaração de conflitos de interesse.

Resumo: A segunda página deve conter o resumo, em português e inglês, de não mais que 200 palavras. Para os artigos originais e de revisão deve ser estruturado, destacando os objetivos do estudo, métodos, principais resultados apresentando dados significativos e as conclusões. Para informações clínicas e artigos especiais, o resumo não necessita ser estruturado, porém deve conter as informações importantes para reconhecimento do valor do trabalho.

Abaixo do resumo, especificar de três a seis termos em português e inglês, que definam o assunto do trabalho. Devem ser obrigatoriamente, baseados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), publicados pela Bireme e disponíveis no endereço eletrônico (<http://decs.bvs.br>), e no Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine, disponíveis no endereço eletrônico (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Editorial: deve conter até 900 palavras e 5 referências

Artigos originais:

O texto deve ter até 3000 palavras, excluindo referências e tabelas. Deve conter no máximo 5 tabelas e/ou figuras. O número de referências bibliográficas não deve exceder 30.

Sua estrutura deve conter:

Introdução: deve ser breve, definir o problema estudado, destacando a sua importância e as lacunas do conhecimento.

Método: os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

Resultados: devem ser apresentados de forma clara e objetiva, descrevendo somente os dados encontrados sem interpretações ou comentários, podendo para maior facilidade de compreensão, serem acompanhados por tabelas, quadros e figuras. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas ilustrações.

Discussão: deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados no estudo e discutindo as concordâncias e divergências com outras pesquisas já publicadas.

Conclusão: deve corresponder aos objetivos ou hipóteses do estudo, fundamentada nos resultados e discussão, coerente com o título, proposição e método.

Informações clínicas:

Relatos de casos clínicos, apresentação de notas técnicas, métodos e equipamentos. Devem abordar questões de interesse para a Coloproctologia e especialidades afins.

Sua estrutura deve conter:

Introdução: deve ser breve e apontar a relevância do tema.

Apresentação do caso clínico, ou técnica, ou método, ou equipamento: deve ser descrito com clareza e objetividade. Apresentar dados significativos para a Coloproctologia e especialidades afins, ter no máximo cinco figuras incluindo tabelas.

Discussão: deve ser fundamentada na literatura.

O texto não deve ultrapassar 1500 palavras, excluídas as referências e figuras. Recomenda-se não citar as iniciais do paciente e datas, sendo mostrados apenas os exames laboratoriais relevantes para o diagnóstico e discussão. O número total de ilustrações e/ou tabelas não deve ser superior a 3 e o limite de referências bibliográficas é 20. Quando o número de casos apresentados exceder 3, o manuscrito será classificado como uma Série de Casos, e serão aplicadas as mesmas regras de um artigo original.

Artigo de revisão:

Revisão sistemática: método de pesquisa amplo, conduzido por meio da síntese rigorosa de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, com o objetivo de responder claramente a uma questão específica e de relevância para a Coloproctologia e especialidades afins. A estratégia de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados que poderão ou não incluir metanálise.

Revisão integrativa: método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área específica de estudo, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. É necessário seguir

padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora, estratégia de busca, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, apresentação da revisão integrativa e discussão dos resultados.

O texto não deve ultrapassar 5000 palavras, excluindo referências e tabelas. O número total de ilustrações e tabelas não deve ser superior a 8. O número de referências bibliográficas deve se limitar a 60.

Artigos especiais:

Devem conter até 2.000 palavras e até 30 referências bibliográficas.

Em todas as categorias a citação dos autores no texto deverá ser numérica e sequencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos, evitando indicar o nome dos autores.

Citações no texto e referências citadas em legendas de tabelas e figuras devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, com algarismos arábicos (números índices). Deve-se incluir apenas o número da referência, sem outras informações.

Tabelas: Cada tabela deve ser enviada em folha separada. As tabelas devem ser numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem que foram citadas no texto e encabeçadas por um título apropriado. Devem ser citadas no texto, sem duplicação de informação. As tabelas, com seus títulos e rodapés, devem ser autoexplicativas. Tabelas provenientes de outras fontes devem citar as referências originais no rodapé.

Figuras e gráficos: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos etc.) devem ser enviadas individualmente.

Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e serem suficientemente claras para permitir sua reprodução. Fotocópias não serão aceitas.

Análise estatística: Os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

Abreviações: As abreviações devem ser indicadas no texto no momento de sua primeira utilização. Em seguida, não se deve repetir o nome por extenso.

Nome de medicamentos: Deve-se usar o nome genérico.

Agradecimentos: Devem incluir as colaborações de pessoas, grupos ou instituições que merecem reconhecimento, mas que não tem justificadas suas inclusões como autoras; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

Referências: Devem ser numeradas consecutivamente na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado " Estilo Vancouver". Os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados no endereço (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>).

Os autores devem certifica-se de que as referências citadas no texto constam da lista de referências com datas exatas e nomes de autores corretamente grafados. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto ou em nota de rodapé.

Para todas as referências, cite todos os autores até seis.

Acima de seis, cite os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

Pedimos que os textos sejam escritos da maneira mais enxuta possível. Os textos curtos cursam com menores tempos de revisão e diagramação, e acabam tendo maiores chances de serem publicados rapidamente.

3. ARTIGO ORIGINAL

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM USO DE TERAPIA IMUNOBIOLOGICA

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE IN THE USE OF IMMUNOBIOLOGICAL THERAPY

Raphael Souza de Almeida¹, Ana Carolina Ribeiro Lisboa¹, Alex Rodrigues Moura¹

¹ Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, SE, Brasil.

Correspondência para:

Raphael Souza de Almeida

Rua Cedro, 96

49514-000 – Frei Paulo, SE, Brasil

raphael--almeida@hotmail.com

(79) 99967-1379

Tipo de artigo: artigo original.

Conflitos de interesse: Declaro não haver conflitos de interesse.

Fontes de auxílio à pesquisa: O presente estudo não teve financiamento.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a qualidade de vida de pacientes diagnosticados com doença inflamatória intestinal (DII) em uso de terapia imunobiológica e relacionar o escore geral e por domínios do “Inflammatory Bowel Disease Questionnaire” (IBDQ) com o imunobiológico em uso e as variáveis clínicas e sociodemográficas. **Métodos:** Estudo observacional descritivo analítico transversal, realizado no período de junho a setembro de 2018, em hospital terciário de Sergipe, que incluiu 47 pacientes com diagnóstico de Doença de Crohn. Foi aplicado o questionário IBDQ, associado a um questionário sociodemográfico e analisados os dados clínicos e da história da doença. **Resultados:** Pacientes do sexo feminino, pardos, casados, procedentes do interior de Sergipe e que nunca foram submetidos a nenhuma cirurgia intestinal representaram a maioria dos participantes do estudo. 24 pacientes estavam em uso de Infliximabe e 23 em uso de Adalimumabe. Variáveis como o gênero, tipo de imunobiológico e duração de seu uso e associação da terapêutica com outras medicações mostraram influenciar a qualidade de vida relatada, com significância estatística (p -valor $< 0,05$). **Conclusão:** Novos estudos com amostras maiores são necessários para que se possa permitir uma delimitação mais acurada do impacto de variáveis clínicas e sociodemográficas na qualidade de vida dos pacientes com DII.

Palavras-chave: Doença Inflamatória Intestinal; Qualidade de vida; Imunobiológico; Doença de Crohn.

ABSTRACT

Objectives: To assess the quality of life of patients diagnosed with inflammatory bowel disease (IBD) using immunobiological therapy and to relate the general and by domains Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)' scores to the immunobiological in use and the clinical and sociodemographic variables. **Methods:** Descriptive observational cross-sectional study, performed in the period from June to September 2018, in a tertiary hospital in Sergipe, which included 47 patients with a diagnosis of Crohn's Disease. The IBDQ questionnaire was applied, associated with a sociodemographic questionnaire and the clinical data and the history of the disease were analyzed. **Results:** Female, brown, married patients from the interior of Sergipe who never underwent any intestinal surgery represented the majority of the study participants. 24 patients were on Infliximab and 23 were on Adalimumab. Variables such as gender, type of immunobiological and duration of its use and association of therapy with other medications

have been shown to influence the quality of life reported, with statistical significance (p-value <0.05). **Conclusion:** Further studies with larger samples are necessary to allow a more accurate delimitation of the impact of clinical and sociodemographic variables on the quality of life of patients with IBD.

Key words: Inflammatory Bowel Disease; Quality of life; Immunobiological; Crohn's Disease.

INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são um grupo de doenças mais bem representadas pela Retocolite Ulcerativa (RCU) e pela Doença de Crohn (DC). Embora tenham maior incidência em regiões mais desenvolvidas, têm-se tornado mais prevalentes em países em desenvolvimento, nos últimos anos, o que pode estar relacionado com a ocidentalização do estilo de vida, que inclui mudanças na dieta, tabagismo, variações na exposição ao sol, à poluição e aos produtos químicos (1), não podendo ser atribuído unicamente à melhora da propedêutica diagnóstica (2).

A principal hipótese atual para a etiologia das DII enfatiza as predisposições genéticas na desregulação do sistema imune gastrointestinal, apontando também para a inescapável influência do meio ambiente (2). Apresentam um curso de exacerbação e remissão da inflamação com sintomas caracterizados por dor abdominal crônica, diarreia e perda de peso (3).

O tratamento é essencialmente clínico e vem se modernizando na última década com a evolução dos imunobiológicos, representando arma terapêutica de última geração no tratamento das mesmas e reduzindo as complicações, internações e necessidade de cirurgia nos pacientes que os utilizam (3,4).

A qualidade de vida é determinada pela extensão em que as ambições e as esperanças correspondem à experiência pessoal; pelas percepções do indivíduo sobre sua posição na vida, levando em conta o contexto da cultura e os sistemas de valores em que a pessoa vive, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e conceitos, pela avaliação do estado atual em relação ao ideal, bem como o que as pessoas consideram como fatores importantes em suas vidas (5,6). As doenças inflamatórias intestinais podem impossibilitar atividades laborais e reduzir o convívio social por fatores como a diarreia crônica profusa, astenia, dor abdominal, hiporexia, hospitalizações e até mesmo efeitos adversos das medicações usadas na terapia, impactando, desse modo, na qualidade de vida relatada pelos pacientes (7).

Existe uma escassez de textos no Brasil em relação à avaliação da qualidade de vida destes pacientes e isso se intensifica ainda mais quando nos reportamos para a realidade do estado de Sergipe. Não se pode esquecer ainda o alto custo que drogas como Infiximabe e Adalimumabe representam para a saúde pública do país e do mundo (3), o que fortalece a necessidade de estudos que possam avaliar o impacto destas na qualidade de vida dos pacientes que as utilizam.

Diante disso, o presente estudo tem por objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes diagnosticados com doença inflamatória intestinal em uso de terapia imunobiológica, elencar os aspectos sociodemográficos dos pacientes estudados e relacionar o escore geral e por domínios do “Inflammatory Bowel Disease Questionnaire” (IBDQ) com o imunobiológico em uso (Adalimumabe ou Infiximabe) e com as variáveis clínicas e sociodemográficas em estudo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional descritivo analítico transversal, realizado no período de junho a setembro de 2018, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe.

Pacientes

O estudo incluiu 47 pacientes que se encaixassem nos critérios abaixo descritos, escolhidos de maneira aleatória.

Critérios de inclusão: pacientes com diagnóstico de doença inflamatória intestinal (Doença de Crohn - DC ou Retocolite Ulcerativa – RCU, diagnosticados segundo critérios clínicos, endoscópicos, radiológicos e histológicos convencionais) (8), acima de 18 anos de idade, que aceitassem participar do estudo por meio de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que estivessem em uso de terapia imunobiológica (Infiximabe ou Adalimumabe), no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe.

Critérios de exclusão: Pacientes em situação de amamentação, grávidas, com limitações físicas de ordem neuromotora, portadores de diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, com antecedentes de alcoolismo e com cirurgias do tipo “ostomias”.

A pesquisa atende às normas éticas exigidas pela Resolução 416/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe e aprovada sob o número 90516918.4.0000.5546.

Avaliação da qualidade de vida

Todas as entrevistas foram realizadas por um único entrevistador. Para o estudo foi aplicado o questionário IBDQ para avaliação da qualidade de vida relacionada aos aspectos da DII. Além disso, foi aplicado também questionário sociodemográfico que incluísse as principais

variáveis de importância para o estudo: idade, raça, sexo, estado civil, história de tabagismo e procedência.

Por fim, analisou-se, através de dados clínicos e da história da doença, os seguintes fatores: imunobiológico em uso, diagnóstico clínico, necessidade de cirurgia prévia, tempo total de doença, tempo total de uso de imunobiológico, localização da doença e outras medicações em uso atualmente.

O questionário IBDQ original foi inicialmente desenvolvido e validado no Canadá em 1989 (9). É formado por 32 itens compreendendo quatro domínios (ou dimensões): sintomas intestinais (10 itens), sintomas sistêmicos (5 itens), aspectos sociais (5 itens) e emocionais (12 itens), sendo as opções de respostas apresentadas sob a forma de múltipla escolha, com sete alternativas. O escore 1 significa pior estado de qualidade de vida e 7, o melhor (6). A pontuação reflete a qualidade de vida das últimas duas semanas, de tal modo que a soma simples de todos os domínios resultará no escore total obtido pelo paciente, que pode variar entre 32 e 224 pontos. A versão utilizada nesse estudo foi traduzida e validada para a língua portuguesa em 2004, sendo instrumento confiável e reproduzível na avaliação da qualidade de vida de pacientes brasileiros portadores de DII (10).

Análise estatística

As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa percentual. As variáveis contínuas foram descritas por meio de média, desvio padrão, mínimo e máximo. As diferenças de média foram testadas utilizando o teste de Mann-Whitney. As correlações entre variáveis contínuas foram testadas e quantificadas através da correlação de Spearman. Foram ajustadas regressões lineares para IBDQ e seus domínios, utilizando o método Backward de seleção de variáveis. O nível de significância adotado foi de 5% e o software utilizado foi o R Core Team 2018.

RESULTADOS

Características dos pacientes estudados

O estudo incluiu 47 pacientes, dos quais todos eles apresentaram diagnóstico de DC (24 estando em uso de Infliximabe e 23 em uso de Adalimumabe). A média de idade dos pacientes estudados foi de 41,3 anos, sendo que o paciente de menor idade apresentava 19 anos, enquanto

o de maior idade possuía 70 anos. Em relação ao gênero e à raça, 59,6% dos pacientes eram do sexo feminino e 59,6% se declararam pardos, respectivamente. 55,3% dos pacientes do estudo são casados e 53,2% são procedentes do interior de Sergipe, enquanto 44,7% procedem da capital Aracaju e 2,1% de outros estados. 48,9% dos pacientes já foram submetidos a alguma cirurgia devido à DC e 29,8% declararam tabagismo atual e/ou pregresso.

Dos pacientes em uso de Adalimumabe, 5 deles (21,7%) já haviam feito uso de infliximabe, previamente. Em relação à localização da doença, 53,2% apresentavam acometimento de intestinos grosso e delgado. Quanto ao tempo de diagnóstico, a média apresentada foi de 8,1 anos; já em relação ao tempo de uso de imunobiológico, teve-se uma média de uso de 39,9 meses. 70,2% estavam em uso de outras medicações para o tratamento da DC, sendo que 59,6% dos entrevistados usavam azatioprina, 29,8%, mesalazina e 2,1%, corticosteroide.

As características clínicas e sociodemográficas dos pacientes estudados estão resumidas na Tabela 1.

Qualidade de vida relatada pelos pacientes

Os valores encontrados do IBDQ total e em seus domínios estão apresentados na Figura 1. A média do IBDQ total encontrada nos pacientes estudados foi de 163,5 pontos (desvio padrão – DP de 39,4), com o menor valor dentre os apresentados sendo de 47 pontos, enquanto o maior foi de 215 pontos.

Fatores influenciando a qualidade de vida nos pacientes com DII

No estudo dos fatores clínicos e sociodemográficos que estivessem associados com a qualidade de vida dos pacientes estudados, uma relação significativa estatisticamente com o IBDQ e seus domínios foi encontrada no domínio aspectos emocionais, no qual houve associação significativa entre a pontuação apresentada e o gênero, com as mulheres apresentando uma média de 54 pontos (DP de 16,5) e os homens, 63,8 pontos (DP de 14,3), com p-valor de 0,05. Além disso, no domínio sintomas sistêmicos, os pacientes em uso de Adalimumabe (média de 25,9 e DP de 7,6) apresentaram pontuação estatisticamente significativa superior aos pacientes em uso de Infliximabe (média de 22,5 e DP de 5,2), com p-valor de 0,034. Para tais associações foi usado o teste de Mann-Whitney. As demais associações estabelecidas estão sumarizadas na tabela 2.

Na correlação entre a idade, o tempo de diagnóstico e o tempo de uso de imunobiológico com as pontuações total e por domínios do IBDQ, através do uso da correlação de Spearman, evidenciou-se no domínio sintomas intestinais, correlação positiva fraca ($R: 0,312$ e p -valor: $0,033$), entre o tempo de uso de imunobiológico e a pontuação alcançada em tal domínio (tabela 3).

Não foi encontrada correlação estatisticamente significativa pela correlação de Spearman e pelo teste de Mann-Whitney entre as pontuações total e por domínios do IBDQ e as variáveis idade, história de tabagismo, raça, procedência, tempo de diagnóstico, estado civil, cirurgia prévia, localização da doença e uso de outras medicações no momento, conforme mostrado nas tabelas 2 e 3. Contudo, no que se refere ao gênero, à procedência, ao imunobiológico em uso, à história de cirurgia prévia, à história de tabagismo e ao uso de outras medicações atuais, as pontuações total e específicas do IBDQ foram em sua totalidade superiores em pacientes do gênero masculino, procedentes de Aracaju, em uso de Adalimumabe, com história de cirurgia intestinal prévia, sem uso de tabaco atual ou pregresso e sem uso de outras medicações no momento.

Na introdução das variáveis independentes clínicas e sociodemográficas nos modelos de regressão linear dentro do processo Backward de seleção de variáveis, foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o gênero e a pontuação no domínio aspectos emocionais (coeficiente de regressão linear – B de $-9,9$; p -valor: $0,011$), conforme tabela 4, com as mulheres relatando pior qualidade de vida em tal domínio. Foram encontradas ainda relações estatisticamente significativas entre as pontuações no IBDQ total ($B: 28,7$; p -valor: $0,002$) e todos os seus domínios (sumarizado na tabela 4) com o imunobiológico em uso, de tal modo que as pontuações apresentadas pelos pacientes em uso de Adalimumabe foram superiores às apresentadas pelos pacientes em uso de Infliximabe. Em relação ao uso de mesalazina, os pacientes que estavam em uso da mesma apresentaram, também com significância estatística, pior qualidade de vida relatada nos domínios sintomas sistêmicos ($B: -3,4$; p -valor: $0,048$) e aspectos sociais ($B: -4,5$; p -valor: $0,036$). Já em relação à associação significativa encontrada entre as pontuações do IBDQ total e seus domínios e a raça, embora estatisticamente significativa, dada a amostra contendo apenas 1 paciente indígena, relativiza-se os resultados encontrados.

DISCUSSÃO

Muitos estudos ao redor do mundo avaliaram a qualidade de vida de pacientes com DII, mas há dados limitados no Brasil sobre o tema e isso se intensifica ainda mais quando nos reportamos para o estado de Sergipe. O estudo da qualidade de vida relatada permite além de avaliar a qualidade do cuidado, conduzir análises econômicas da terapêutica e o desenvolvimento de guias para prática clínica e políticas públicas (9,11).

No que diz respeito aos aspectos sociodemográficos, a distribuição por gêneros do estudo esteve de acordo com a descrito na literatura, sendo a DC marginalmente mais frequente em mulheres (1,6,7). O intervalo de idade apresentado no estudo fortalece a distribuição etária bimodal descrita para a DC, que apresenta um primeiro pico entre os 15 e os 30 anos e um segundo entre os 50 e 70 anos (1). A maior prevalência de pardos e brancos também foi vista em outros estudos desenvolvidos no Brasil (6), embora, atualmente seja muito discutido que as diferenças étnicas e raciais possam estar mais relacionadas ao estilo de vida e às influências ambientais que com propriamente diferenças genéticas (2), de tal modo que a distribuição das DII entre grupos étnicos e raciais permanece dinâmica (1). Além disso, a maioria dos pacientes são procedentes do interior, já que o Hospital Universitário é referência no estado no manejo das DII, especialmente no que se diz respeito à administração dos imunobiológicos.

Em relação à história de cirurgia intestinal prévia, houve uma discreta superioridade para os pacientes que nunca foram submetidos a tal, o que também foi observado por Souza et al. (2011) (6), Casellas et al. (2001) (7), Zhou et al. (2010) (9) e Pontes et al. (2004) (10). Cerca de um terço dos pacientes apresentavam história atual ou pregressa de tabagismo, que é considerado o fator ambiental mais forte para DII, particularmente entre consumidores de cigarros. Fumantes com DC têm um pior curso da doença que os não-fumantes, com taxas de recorrências mais altas, frequentes intervenções cirúrgicas e uma maior necessidade de agentes imunossupressores (1).

A maioria dos pacientes estudados apresentaram doença localizada em intestinos grosso e delgado (53,2%), distribuição distinta à descrita em revisão de Baumgart e Sandborn (2007) (12), que mostram que a doença é localizada no cólon em 28% dos pacientes, embora no estudo de Casellas et al. (2001) (7), o maior grupo de pacientes, conforme o nosso trabalho, apresentou envolvimento colônico e do intestino delgado.

A totalidade dos indivíduos do estudo apresentou diagnóstico de DC, o que se deve a não incorporação no SUS do Infiximabe para o tratamento da RCU grave refratária a corticoides e ciclosporina (13). Quanto ao Adalimumabe, o mesmo também não está

padronizado para o tratamento de RCU pelo SUS (14). Pouco mais de 1/5 dos pacientes em uso de Adalimumabe já haviam usado Infliximabe anteriormente, tendo sido feita tal mudança em virtude de resposta terapêutica inadequada/insuficiente ao uso do último. O estudo CHOICE (15) corrobora essa mudança de imunobiológico, ao demonstrar efetividade do Adalimumabe em pacientes que responderam, mas desenvolveram intolerância ou que perderam a resposta ou que ainda nunca responderam clinicamente ao Infliximabe. Adiciona-se que 28 dos 47 pacientes estudados estavam em uso de Azatioprina, sendo que destes 28, 20 utilizavam o Infliximabe como imunobiológico. Isso se justifica pela superioridade da combinação Infliximabe e Azatioprina quando comparada ao uso do Infliximabe em monoterapia, conforme mostrado por Colombel et al. (2010) (16).

Sobre a pontuação do IBDQ e seus domínios, comparando-se com outros trabalhos brasileiros e internacionais que avaliaram a qualidade de vida de pacientes com DII através desse instrumento, tem-se que os pacientes estudados apresentaram pontuação similar em todos os domínios e no IBDQ total em relação ao trabalho desenvolvido por Zhou et al. (2010) (9). Xu et al. (2014) (17) também apresentou resultados similares ao do nosso estudo, com exceção do domínio aspectos emocionais, no qual demonstrou pontuação mais de 10% superior à nossa. Já Souza et al. (2011) (6) apresentou resultados mais de 10% inferiores ao nosso nas pontuações dos domínios sintomas sistêmicos e aspectos sociais, sendo os demais domínios e o IBDQ total com pontuação semelhante à apresentada no nosso estudo. Pontes et al. (2004) (10), por sua vez, demonstrou pontuações superiores em mais de 10% às nossas nos domínios aspectos sociais e aspectos emocionais e no IBDQ total e resultados similares nos domínios sintomas sistêmicos e sintomas intestinais.

Dentre os fatores sociodemográficos e clínicos que influenciaram os domínios do IBDQ e sua pontuação total, percebeu-se que as mulheres apresentaram pontuação inferior no domínio aspectos emocionais, o que possivelmente se justifica pelas mesmas relatarem com mais intensidade emoções negativas como tristeza, medo, culpa e vergonha (18). A associação entre a raça e as pontuações apresentadas no IBDQ deve ser relativizada, uma vez que houve apenas um paciente indígena, o que distorce a interpretação dos dados. Quanto à menor pontuação no domínio sintomas sistêmicos em pacientes que utilizam mesalazina associada ao imunobiológico, cabe ressaltar que as evidências mostram benefício apenas marginal da mesalazina na doença de Crohn, sendo que alguns estudos demonstraram ineficácia frente a placebo (19).

Acrescenta-se ainda que os pacientes em uso de Adalimumabe apresentaram pontuações no IBDQ e em todos os domínios superiores aos pacientes em uso de Infliximabe. Inexiste

comparação direta, na literatura, entre Infiximabe e Adalimumabe, logo não se pode sugerir superioridade de um sobre o outro (19). Em pacientes que respondem à terapia de indução com o agente biológico índice, todos os agentes parecem ter eficácia comparável (20). As amostras de grandes tamanhos requeridas para demonstrar diferenças entre os agentes anti-TNF fazem dessas tentativas de comparações impraticáveis e improváveis de acontecer (21).

Houve ainda correlação positiva entre o tempo de uso de imunobiológico e a pontuação no domínio sintomas intestinais, o que está de acordo com Casellas et al. (2012) (22), que demonstrou que tratamento efetivo com agentes imunobiológicos anti-TNF a longo prazo otimiza o estado clínico, reduzindo os índices clínicos de atividade da doença e, em paralelo, aumenta a qualidade de vida relatada pelos pacientes.

Como principais limitações do estudo ressaltamos que o tamanho da amostra utilizada limita generalizações. Trabalhos adicionais seriam, desse modo, necessários para aumentar o número de pacientes estudados. Além disso, a atividade da doença não foi determinada nesse estudo, o que não permitiu estabelecer as diferenças de qualidade de vida relatadas de acordo com as fases de atividade e remissão da doença. Pelo fato de não ter sido aplicado questionário genérico de avaliação da qualidade de vida nos pacientes do nosso trabalho, dificulta-se comparações com a população geral e em relação a outras enfermidades. Por fim, pelo desenho transversal, relações de causa-consequência não podem ser determinadas diante dos achados. Apesar disso, nosso estudo foi de grande valia na compreensão da qualidade de vida em pacientes com DII tanto no estado de Sergipe quanto no Brasil, estimulando que novos trabalhos sejam conduzidos posteriormente no tema.

CONCLUSÃO

Desse modo, a avaliação da qualidade de vida relatada pelos pacientes além de um excelente instrumento de avaliação clínica, é também uma forma válida de determinar o impacto terapêutico não somente pela habilidade de significativamente melhorar os sintomas da doença, mas também de otimizar os espectros social e emocional dos doentes com DII. Fatores como gênero, tipo de imunobiológico e duração do uso, bem como outros medicamentos associados mostraram influência nos escores de qualidade de vida atingidos no IBDQ, suscitando a necessidade de novos estudos com amostras maiores que possam permitir uma delimitação mais acurada do impacto de tais variáveis.

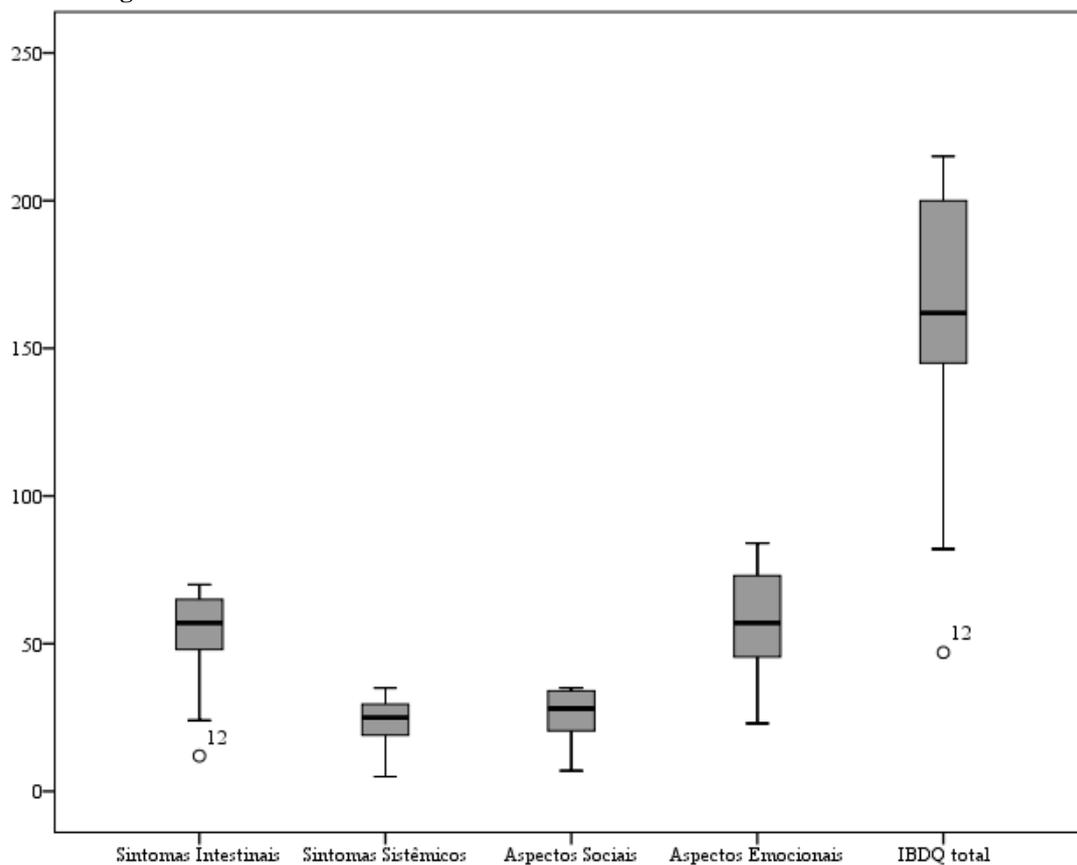
TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com DII em uso de terapia imunobiológica.

	Média	DP
Idade (anos), (19-70)	41,3	13,4
Tempo de diagnóstico (anos)	8,1	6,8
Tempo de uso de imunobiológico (meses)	39,9	32,9
	N	%
Sexo		
Feminino	28	59,6
Masculino	19	40,4
Estado Civil		
Solteiro	16	34,0
Casado	26	55,3
Separado	5	10,6
Raça		
Branco	14	29,8
Preta	2	4,3
Parda	28	59,6
Amarelo	2	4,3
Indígena	1	2,1
Procedência		
Aracaju	21	44,7
Interior do Sergipe	25	53,2
Outros estados	1	2,1
Imunobiológico em uso		
Adalimumabe	23	48,9
Infliximabe	24	51,1
Cirurgia Prévia	23	48,9
Uso de tabaco	14	29,8
Se em uso de Adalimumabe: já usou infliximabe antes?	5	21,7
Localização da doença		
Delgado	11	23,4
Delgado e Grosso	25	53,2
Delgado, Grosso e Perianal	11	23,4
Medicação	33	70,2
Azatioprina	28	59,6
Mesalazina	14	29,8
Corticosteroide	1	2,1

Legenda: N – Frequência absoluta; % – Frequência relativa percentual; DP – Desvio Padrão; DII: Doença Inflamatória Intestinal;

Figura 1: Escore do IBDQ total e por domínios dos pacientes com DII em uso de terapia imunobiológica.



	Média	DP	Mínimo	Máximo
Sintomas Intestinais	54,6	12,9	12	70
Sintomas Sistêmicos	24,1	6,6	5	35
Aspectos Sociais	26,8	7,9	7	35
Aspectos Emocionais	58,0	16,2	23	83
IBDQ total	163,5	39,4	47	215

Legenda: DP – Desvio Padrão; IBDQ – Inflammatory Bowel Disease Questionnaire; DII – Doença Inflamatória Intestinal.

Tabela 2: Fatores influenciando a qualidade de vida relatada pelos pacientes com DII no IBDQ (Teste de Mann-Whitney).

	Sintomas Intestinais	Sintomas Sistêmicos	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	IBDQ total
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Sexo					
Feminino	52,7 (13,2)	22,9 (6,7)	25,8 (7,6)	54 (16,5)	155,4 (38,6)
Masculino	57,4 (12,1)	25,9 (6,3)	28,3 (8,3)	63,8 (14,3)	175,5 (38,5)
p-valor	0,175	0,127	0,165	0,050	0,071
Estado Civil					
Solteiro	55,1 (8,6)	25,2 (6,2)	28,6 (6,9)	57,6 (14,9)	166,4 (33,4)
Casado	52,8 (15,3)	23,3 (7)	25,7 (8,1)	58,3 (17,8)	160 (44,2)
Separado	62,6 (7,3)	25,2 (6,7)	26,8 (10,3)	57,6 (14,8)	172,2 (35,6)
p-valor	0,251	0,726	0,575	0,929	0,883
Raça					
Branco	56,5 (9,7)	24,3 (5,8)	28,6 (7,4)	56,9 (14,4)	166,3 (33,4)
Preta	29,5 (24,7)	15 (14,1)	17,5 (14,8)	34 (15,6)	96 (69,3)
Parda	57,4 (10,4)	24,9 (5,9)	27,3 (7,5)	61,3 (14,5)	170,9 (33,7)
Amarelo	42,5 (9,2)	27 (11,3)	21,5 (3,5)	57,5 (36,1)	148,5 (60,1)
Indígena	24 (0)	13 (0)	15 (0)	30 (0)	82 (0)
p-valor	0,116	0,439	0,339	0,085	0,144
Procedência					
Aracaju	55,1 (10,3)	24,5 (6,3)	27,8 (8)	58,3 (14,2)	165,8 (34,8)
Interior do Sergipe	54,4 (15)	24 (7,1)	26,3 (7,9)	57,6 (18,4)	162,3 (44,1)
Outros estados	48 (0)	21 (0)	18 (0)	60 (0)	147 (0)
p-valor	0,615	0,865	0,345	0,983	0,789
Imunobiológico em uso					
Adalimumabe	55,6 (14,4)	25,9 (7,6)	28,3 (7,7)	61,9 (18,4)	171,7 (44,2)
Infliximabe	53,7 (11,5)	22,5 (5,2)	25,3 (8)	54,2 (13,2)	155,7 (33,3)
p-valor	0,322	0,034	0,105	0,076	0,057
Cirurgia Prévia					
Sim	55 (10,2)	24,6 (5,8)	27,2 (7,3)	59,4 (15,1)	166,1 (32,3)
Não	54,3 (15,2)	23,8 (7,5)	26,4 (8,6)	56,6 (17,5)	161 (45,7)
p-valor	0,623	0,945	0,811	0,544	0,945
Uso de tabaco					
Sim	52,4 (15,4)	23,4 (8,5)	26,6 (9,8)	57,1 (18,7)	159,4 (49,4)
Não	55,5 (11,8)	24,5 (5,8)	26,9 (7,1)	58,3 (15,4)	165,2 (35,1)
p-valor	0,666	0,867	0,631	0,778	0,986
Se em uso de Adalimumabe: já usou infliximabe antes?					
Sim	51,8 (23,5)	21 (10,8)	24,8 (11,3)	59,2 (22,5)	156,8 (67,7)
Não	56,6 (11,5)	27,2 (6,2)	29,3 (6,5)	62,7 (17,7)	175,8 (36,9)
p-valor	0,870	0,190	0,400	0,843	0,986
Localização da doença					
Delgado	49,5 (12,6)	21,6 (7,1)	26,5 (9,2)	51,7 (16,4)	149,4 (41)
Delgado e Grosso	56,9 (13,4)	24,9 (6,7)	27,4 (8,1)	58,6 (17,2)	167,7 (41,6)
Delgado, Grosso e Perianal	54,5 (11,4)	25 (5,9)	25,7 (6,8)	62,8 (12,9)	168,1 (31,9)
p-valor	0,198	0,344	0,643	0,222	0,389
Medicação					
Sim	54 (13,3)	23,5 (6,8)	25,6 (8,4)	57,1 (16,8)	160,2 (40,6)
Não	55,9 (12,2)	25,8 (6,3)	29,5 (6)	60,1 (15,3)	171,3 (36,7)
p-valor	0,674	0,284	0,174	0,523	0,341
Azatioprina					
Sim	53 (13,8)	23,4 (6,6)	25,9 (8,4)	57,3 (16,4)	159,5 (41)
Não	57 (11,3)	25,3 (6,7)	28,1 (7,2)	59,1 (16,3)	169,4 (37,2)
p-valor	0,260	0,334	0,445	0,719	0,375
Mesalazina					
Sim	52,6 (17,2)	22,3 (7,7)	23,9 (9,8)	54,7 (18)	153,5 (49,3)
Não	55,5 (10,7)	24,9 (6,1)	28 (6,8)	59,4 (15,5)	167,8 (34,4)
p-valor	0,995	0,295	0,219	0,403	0,378
Corticosteroide					
Sim	58 (0)	28 (0)	33 (0)	49 (0)	168 (0)
Não	54,5 (13)	24,1 (6,7)	26,7 (8)	58,2 (16,4)	163,4 (39,8)
p-valor	0,957	0,638	0,681	0,681	0,979

Legenda: DP – Desvio Padrão; IBDQ – Inflammatory Bowel Disease Questionnaire; DII – Doença Inflamatória Intestinal.

Tabela 3: Fatores influenciando a qualidade de vida relatada pelos pacientes com DII no IBDQ (Correlação de Spearman).

	Idade	Tempo de diagnóstico (anos)	Tempo de uso de imunobiológico (meses)
Correlações			
Sintomas Intestinais			
R	-0,088	0,014	0,312
p-valor	0,556	0,924	0,033
Sintomas Sistêmicos			
R	-0,093	0,005	0,192
p-valor	0,535	0,976	0,197
Aspectos Sociais			
R	-0,018	-0,048	0,227
p-valor	0,904	0,749	0,126
Aspectos Emocionais			
R	0,108	0,053	0,170
p-valor	0,469	0,726	0,253
IBDQ total			
R	0,004	0,015	0,268
p-valor	0,981	0,918	0,069

Legenda: R – Correlação de Spearman; IBDQ – Inflammatory Bowel Disease Questionnaire; DII – Doença Inflamatória Intestinal.

Tabela 4: Fatores influenciando a qualidade de vida relatada pelos pacientes com DII no IBDQ (Modelo de Regressão Linear).

	Sintomas Intestinais	Sintomas Sistêmicos	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	IBDQ total
	B (IC95%) p-valor	B (IC95%) p-valor	B (IC95%) p-valor	B (IC95%) p-valor	B (IC95%) p-valor
Sexo					
Feminino				-9,9 (-17,5;-2,3) 0,011	
Masculino				1	
Raça					
Branco	35,6 (15,8;55,5) <0,001	15 (4,1;25,9) 0,007	17,5 (4;31,1) 0,011	28,9 (3,3;54,5) 0,027	98,6 (35,4;161,8) 0,002
Preta	5,5 (-17,8;28,8) 0,643	3,7 (-9,1;16,5) 0,571	4,7 (-11,1;20,6) 0,559	4 (-25,7;33,7) 0,792	14 (-60;88) 0,711
Parda	37 (17,4;56,6) <0,001	16 (5,3;26,8) 0,003	16,6 (3,2;29,9) 0,015	35 (9,8;60,2) 0,006	105,3 (43;167,7) 0,001
Amarelo	21,6 (-1,8;45,1) 0,071	18,4 (5,5;31,4) 0,005	11,4 (-4,7;27,4) 0,165	34,5 (4,5;64,4) 0,024	80,8 (6,3;155,4) 0,034
Indígena	1	1	1	1	1
Imunobiológico em uso					
Adalimumabe	6,3 (0,5;12,1) 0,033	5,5 (2,3;8,6) 0,001	5,2 (1,3;9,2) 0,009	13,9 (6,5;21,4) <0,001	28,7 (10,3;47) 0,002
Infliximabe	1	1	1	1	1
Mesalazina					
Sim		-3,4 (-6,8;0) 0,048	-4,5 (-8,6;-0,3) 0,036		
Não		1	1		

Legenda: B – Coeficiente da regressão linear; IC95% - Intervalos com 95% de Confiança; IBDQ – Inflammatory Bowel Disease Questionnaire; DII – Doença Inflamatória Intestinal.

AGRADECIMENTOS

A todos os funcionários do Centro de Infusão de Imunobiológicos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe.

REFERÊNCIAS

1. Hanauer SB. Inflammatory Bowel Disease: Epidemiology, Pathogenesis, and Therapeutic Opportunities. 2006;12(January):3–9.
2. Loftus E V. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*. 2004;126(6):1504–17.
3. Pillai N, Dusheiko M, Burnand B, Pittet V. A systematic review of cost-effectiveness studies comparing conventional, biological and surgical interventions for inflammatory bowel disease. *PLoS One*. 2017;12(10):1–22.
4. Etchevers M, Ords I, Ricart E. Optimizing the use of tumour necrosis factor inhibitors in Crohns disease: A practical approach. *Drugs [Internet]*. 2010;70(2):109–20.
5. WHO. WHOQOL: measuring quality of life. *Psychol Med [Internet]*. 1998;28(3):551–8.
6. Souza MM De, Barbosa DA, Martinez M, Gonçalves A, Belasco S. Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal*. 24(4):479–84.
7. Casellas F, López-Vivancos J, Badia X, Vilaseca J, Malagelada JR. Influence of inflammatory bowel disease on different dimensions of quality of life. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2001;13(5):567–72.
8. Stange EF. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *Gut [Internet]*. 2006;55(suppl_1):i1–15.
9. Zhou Y, Ren W, Irvine EJ, Yang D. Assessing health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease in Zhejiang, China. *J Clin Nurs*. 2010;19(1–2):79–88.
10. Pontes RMA, Miszputen SJ, Ferreira OFF, Miranda C, Ferraz MB. 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*. 2004;41(2):137-43.
11. Lichtenstein GR, Bala M, Han C, Dewoody K, Schaible T. Infliximab Improves Quality of Life in Patients with Crohn's Disease. 2002;8(4):237–43.

12. Baumgart DC, Sandborn WJ. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies. *Lancet*. 2007;369(9573):1641–57.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Infiximabe para o tratamento da Retocolite Ulcerativa Grave refratária a corticoides e ciclosporina. Relatório Recom da Comissão Nac Inc Tecnol no SUS – CONITEC – 105 [Internet]. 2014;22.
14. Ministério da Saúde. Norma Técnica 213. Consultoria Jurídica/Advocacia Geral da União. 2013;9–10.
15. Lichtiger S, Binion DG, Wolf DC, Present DH, Bensimon AG, Wu E, et al. The CHOICE trial: Adalimumab demonstrates safety, fistula healing, improved quality of life and increased work productivity in patients with Crohns disease who failed prior infliximab therapy. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010;32(10):1228–39.
16. Colombel JF, Sandborn WJ, Reinisch W, Mantzaris GJ, Kornbluth A, Rachmilewitz D, et al. Infliximab, azathioprine, or combination therapy for Crohn’s disease. *N Engl J Med*. 2010;362(15):1383–95.
17. Xu J, Lin H, Feng X, Tang M, Shen J, Ran Z. Different therapeutic approaches on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *BMC Gastroenterol*. 2014;14(1):1–10
18. Conejero S, Etxebarria I, Montero I. Gender differences in emotions, forgiveness and tolerance in relation to political violence. *Span J Psychol*. 2014;17(February):e9.
19. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Crohn. Secretaria de Assistência à Saúde. 2017.
20. Singh S, Garg SK, Pardi DS, Wang Z, Hassan Murad M, Loftus E V. Comparative efficacy of biologic therapy in biologic-naïve patients with Crohn disease: A systematic review and network meta-analysis. *Mayo Clin Proc* [Internet]. Elsevier Inc; 2014;89(12):1621–35.
21. Stidham RW, Lee TCH, Higgins PDR, Deshpande AR, Sussman DA, Singal AG, et al. Systematic review with network meta-analysis: the efficacy of anti-TNF agents for the treatment of Crohn’s disease. *Aliment Pharmacol Ther* [Internet]. 2014;39(12):1349–62.

22. Casellas F, Robles V, Borrueal N, Torrejón A, Castells I, Navarro E, et al. Restoration of quality of life of patients with inflammatory bowel disease after one year with antiTNF α treatment. *J Crohn's Colitis* [Internet]. European Crohn's and Colitis Organisation; 2012;6(9):881–6.

APÊNDICE A - “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 frequentemente 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 últimas duas 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 duas últimas 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 duas últimas semanas, você se sentiu preocupado com a possibilidade de precisar de alguma 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 do 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, preocupações 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 últimas duas semanas, você sentiu vergonha por causa do seu problema intestinal?

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

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

1. Sempre

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Muito insatisfeito, infeliz a maioria do tempo
2. Geralmente insatisfeito, infeliz
3. Um pouco insatisfeito, infeliz
4. Geralmente satisfeito, agradecido
5. Satisfeito a maior parte do tempo, feliz
6. Muito satisfeito a maior parte do tempo, feliz
7. Extremamente satisfeito, não poderia estar mais feliz ou agradecido

Pontuação do IBDQ

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

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

Abaixo são relacionados os domínios e suas respectivas questões:

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

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

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

4 – Questões do componente aspectos emocionais: 03, 07, 11, 15, 19, 21, 23, 25, 37, 30, 31 e 32 (Escore podem variar de 12 a 84 pontos).