

CARACTERIZAÇÃO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO AMAZONAS

Débora Maciel Pimentel de Brito
Médica Especialista em Gastroenterologia pelo Hospital Universitário
Getúlio Vargas (HUGV) Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Arlene dos Santos Pinto
Médica Preceptora no Programa de Residência Médica em Gastroenterologia do Hospital
Universitário Getúlio Vargas (HUGV) Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

RESUMO

Objetivo: estudar as características clínico-evolutivas e epidemiológicas de pacientes portadores de portadores de Doença Inflamatória intestinal (DII), em um serviço ambulatorial de um hospital universitário, na cidade de Manaus. **Métodos:** estudo observacional descritivo exploratório de abordagem quantitativa e corte transversal de pacientes portadores DII, atendidos em demanda espontânea. **Resultados:** dos 50 pacientes avaliados, 42 tinham diagnóstico de RCUI (84%) e 8 de Doença de Crohn (16%). 64% eram do gênero feminino e a mediana da idade foi de 39 anos, variando de 17 a 67 anos. Eventos estressantes estiveram presentes em 66%, como fator associado ao aparecimento dos sintomas. 44 (88%) pacientes não apresentaram histórico familiar e 13 (26%) pacientes relataram ter feito uso de anti-inflamatório não-esteróide (AINE). O tempo médio de diagnóstico foi de cinco anos. Quanto à classificação de Montreal de DC, os doentes foram classificados como: A2 75%; L1/L2 37,5%; B1 75%. A localização mais frequente na RCUI foi pancolite (60%). A mediana do Score de Mayo foi 09 (04-12) e do Score IADC foi 150 (17-461). Em relação aos marcadores laboratoriais de atividade indireta de doença, os pacientes apresentavam no início do acompanhamento ambulatorial nível de hemoglobina 12g/dL (7,9-15,7) e VHS 40mm/h (2,0-101,0). A terapêutica mais utilizada na RCUI foi a monoterapia com Mesalazina (60%) e a associação de Mesalazina+Azatioprina (16%), na Doença de Crohn. **Conclusão:** a retocolite ulcerativa foi a forma mais prevalente de doença inflamatória nesse estudo, acometendo mulheres em faixa etária classificada como adulto jovem, e com tempo de diagnóstico tardio.

Palavras-chave: Complicações. Doença Inflamatória Intestinal. Epidemiologia.

ABSTRACT

CHARACTERIZATION OF INTESTINAL INFLAMMATORY DISEASES IN A UNIVERSITY HOSPITAL OF AMAZONAS

Objective: to study the clinical-evolutionary and epidemiological characteristics of patients with intestinal inflammatory disease (IBD) in an outpatient department of a university hospital in the city of Manaus. **Methods:** a descriptive, observational, exploratory study with a quantitative approach and a cross-sectional study of patients with IBD, attended to in spontaneous demand. **Results:** Of the 50 patients evaluated, 42 had an RCUI diagnosis (84%) and 8 Crohn's disease (16%). 64% were female and the median age was 39 years, ranging from 17 to 67 years. Stressful events were present in 66%, as a factor associated with the appearance of symptoms. 44 (88%) patients had no family history and 13 (26%) patients reported having used non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). The mean time of diagnosis was five years. Regarding the Montreal classification of DC, patients were classified as: A2 75%; L1 / L2 37.5%; B1 75%. The most frequent location in RCUI was pancolitis (60%). The median of the Mayo Score was 09 (04-12) and the IADC Score was 150 (17-461). In relation to the laboratory markers of indirect disease activity, patients had hemoglobin level 12g / dL (7.9-15.7) and HSV 40mm/h (2.0-101.0) at the outpatient follow-up. The most commonly used therapy in RCUI was monotherapy with mesalazine (60%) and the combination of mesalazine + azathioprine (16%) in Crohn's disease. **Conclusion:** ulcerative colitis was the most prevalent form of inflammatory disease in this study, affecting women in the age group classified as young adults, and with a delayed diagnosis time.

Keywords: Complications. Inflammatory Bowel Disease. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A doença inflamatória intestinal (DII) é um grupo de doenças inflamatórias crônicas que acomete o trato gastrointestinal (TGI). Ela se divide em duas subcategorias principais, doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa (RCU)¹. No entanto, em uma classificação mais ampla, as DII, podem ser subdivididas em três doenças: doença de Crohn (DC), retocolite ulcerativa (RCU) e colite não classificada. As duas primeiras têm características típicas, e a terceira apresenta-se de forma que não permite diferenciar entre doença de Crohn e retocolite ulcerativa, sendo necessário o acompanhamento a longo prazo para esta definição².

A DC é definida pela inflamação transmural e descontínua, pode envolver qualquer segmento do TGI, pode apresentar com seguintes comportamento estenose ou penetrante com formação de abscessos e fístulas³. A RCU é um processo inflamatório confinado à mucosa e submucosa do intestino grosso, com um gradiente característico de maior a menor gravidade na direção distal à proximal^{4,5}. A colite não classificada é definida quando a doença envolve apenas o intestino grosso e apresenta características clínicas e endoscópicas sobrepostas tanto da DC quanto da RCU^{6,7}. As DIIs são mais comuns entre 15 a 40 anos de idade. Os sintomas clássicos são diarreia, vômito, perda de peso, dores abdominais, febre e desnutrição⁸.

Para se justificar a relevância da discussão do tema em meios acadêmicos, profissionais e sociais, destacam-se que, as dificuldades de obtenção de dados epidemiológicos no Brasil, bem como nos demais países da América Latina, dificultam os estudos acerca das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII)⁹. No Brasil, os estudos epidemiológicos da DII também são muito escassos, embora tenham sido observadas maiores frequências de consultas ambulatoriais e hospitalizações nos principais centros urbanos do Brasil^{9,10,11}. No entanto, não foram realizados estudos com ampla cobertura territorial brasileira quanto aos aspectos demográficos e clínicos da DII¹².

Essas dificuldades devem-se, em partes pela não obrigação de notificação, aliado ao fato da não existência de uma rede de dados interligada na esfera da saúde pública ambulatorial e hospitalar. Na realidade, talvez a prevalência dessas doenças, esteja subestimada, haja vista que, conforme dados mundiais, a incidência está em ascensão nos países em desenvolvimento⁹. Na cidade de Manaus, essa realidade não é diferente, portanto, o presente estudo assume a relevância necessária, em decorrência das Doenças Inflamatórias Intestinais (DIIs), muitas vezes, estarem associadas a desfechos desfavoráveis e falhas nas terapêuticas. A situação problema que deu origem ao estudo, reside no fato de que, no hospital universitário em estudo, não existe um estudo epidemiológico devidamente registrado para consulta, apenas alguns dados isolados. No entanto, durante o período de residência, nota-se na prática um aumento nos casos, em parte em decorrência de melhorias no diagnóstico, e em parte por razões, ainda não totalmente esclarecidas.

Nesse contexto, buscou-se responder ao seguinte problema: qual a importância do seguimento ambulatorial para evidenciar as características clínico-evolutivas e epidemiológicas de pacientes portadores de DII, em um serviço ambulatorial de um hospital universitário, em Manaus? A hipótese que norteou a pesquisa baseou-se na premissa de que, o seguimento ambulatorial dos pacientes com DII visa controlar os sintomas e induzir a remissão da doença, adaptar os pacientes à sua condição crônica e melhorar sua qualidade de vida, minimizando a toxicidade e monitorando os efeitos adversos dos medicamentos prescritos, bem como adiar ou reduzir a incidência de recaída¹³.

O objetivo geral desse trabalho foi estudar as características clínico-evolutivas e epidemiológicas de pacientes portadores de portadores de DII, em um serviço ambulatorial de um hospital universitário, na cidade de Manaus. Para tal, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: descrever as características epidemiológicas dos pacientes; avaliar a evolução clínica dos pacientes; e discorrer sobre a resposta terapêutica da população estudada.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional descritivo exploratório com desenho concebido para ser de abordagem quantitativa e corte transversal de pacientes portadores de Doença Inflamatória intestinal (DII), atendidos na demanda espontânea do Ambulatório Araújo Lima (AAL), pertencente ao Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) na cidade de Manaus.

O momento do estudo foi estabelecido como a data em que o paciente realizou seu cadastro inicial de atendimento no AAL, com diagnóstico de DC ou RCU. Os dados demográficos e clínicos coletados se referem a este momento, estabelecido como início da doença. A população de estudo foi constituída por pacientes atendidos no AAL, a partir da livre demanda no ano de 2018, sendo a amostra constituída por 50 (cinquenta) pacientes, com diagnóstico confirmado de DII, através de exame clínico, laboratorial, endoscópico e histológico, realizados no mesmo serviço, no período de julho a dezembro de 2018.

A pesquisa bibliográfica envolveu a coleta de dados em artigos e trabalhos publicados em bibliotecas virtuais na internet como: *Pubmed*, *National Center for Biotechnology Information (NCBI)*/ *National Institutes of Health (NIH)* e *Scientific Eletronic Library On Line (Scielo)*. Para a busca eletrônica foram utilizadas as seguintes palavras chaves: doença inflamatória intestinal (DII), doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa (RCU). Os fatores de inclusão foram: trabalhos redigidos na língua portuguesa, e em inglês, que abordassem o tema; os fatores de exclusão foram: baixa qualidade metodológica e de evidências científicas.

Os pacientes selecionados foram convidados a participar voluntariamente do estudo, sendo submetidos a um novo manejo clínico que incluiu uma avaliação clínica e bioquímica. As variáveis de interesse (demográficas, clínicas e laboratoriais) foram registradas em um instrumento específico, incluindo as seguintes variáveis: gênero, idade, naturalidade, procedência, tipo de tratamento, tempo de doença e fatores associados. No que se refere aos critérios de inclusão, destaca-se que foram incluídos todos os pacientes maiores de 18 anos, atendidos no AAL e cadastrados no programa doença inflamatória intestinal. Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos da pesquisa aqueles pacientes que não assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), pacientes considerados vulneráveis, e aqueles mentalmente comprometidos. Todos os pacientes pesquisados tiveram sua integridade preservada através das normas de pesquisas com seres humanos, de acordo com os preceitos da Resolução Nº 196/96, e Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS), e se destinou tão somente a este estudo, comprometendo-se a pesquisadora, a utilizar os dados coletados, exclusivamente para fins de pesquisa acadêmica.

O tratamento e as análises foram conduzidas no Programa Estatístico *Statistical Package for Social Science (SPSS)* 21.0, com análise descritiva por meio das variáveis média, desvio padrão (DP), mediana e quartis para análises quantitativas, e frequências absolutas e percentuais para variáveis qualitativas. Os resultados foram apresentados em forma de percentuais, intervalos de confiança de 95%, média, mediana e desvios padrões. Resultados dos testes iniciais e de seguimento foram comparados com testes do Qui-quadrado (X^2) de Pearson para análise de variáveis qualitativas, teste exato de Fischer para variáveis categóricas e Wilcoxon para variáveis contínuas. Valores de p menor que 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

As comparações entre as variáveis quantitativas foram realizadas através da Análise de Variância (ANOVA), que é um procedimento utilizado para comparar a distribuição de dois ou mais grupos, em amostras independentes, seguida de testes de comparação do Qui-quadrado (X^2) de Pearson, para análise de variáveis qualitativas, teste exato de Fischer para variáveis categóricas e Wilcoxon para variáveis contínuas, no caso dos dados apresentarem distribuição normal ou simétrica. Em todos os testes foi utilizado o nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente.

A aprovação para a pesquisa foi obtida no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HUGV/UFAM com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) Nº 99871318.6.0000.5020, que garantiu sigilo absoluto dos resultados que foram apresentados estatisticamente, não possibilitando a identificação dos participantes. A pesquisa foi autorizada pelo Coordenador do Ambulatório Araújo Lima, e pelos sujeitos estudados, por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram avaliados 50 pacientes com diagnóstico de DII, devidamente cadastrados no Ambulatório Araújo Lima (AAL), que apresentaram média de idade de 38,52 em anos, com desvio padrão de 14,665 (figura 1), que apresenta a distribuição dos pacientes, de acordo com a idade em anos, no período de julho a dezembro de 2018.

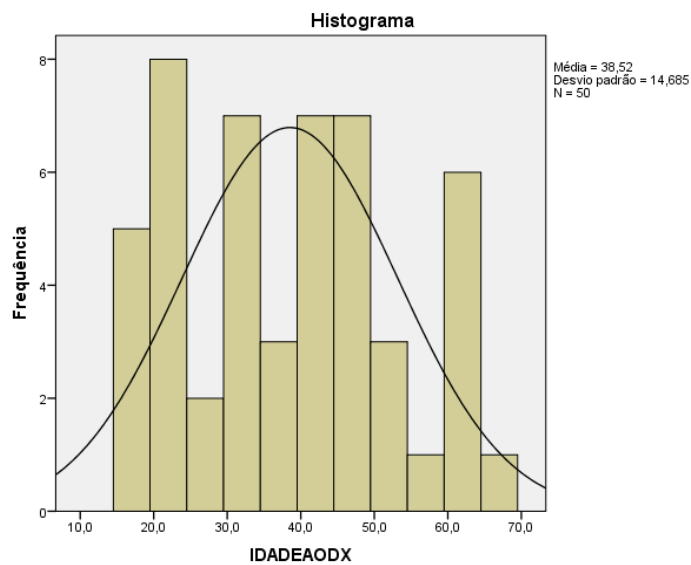


Figura 1 – Distribuição dos pacientes conforme a idade.

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2018.

Tabela 1 - Características demográficas e fatores associados.

Variável	N (%)	md (min-max)	Media (sd)
Idade (anos)	50 (100)	39 (17-67)	38,2 (14,6)
Gênero			
Masculino	18 (36)		
Feminino	32 (64)		
Procedência			
Manaus	36 (72)		
Outros municípios	14 (28)		
Fatores Associados			
Tabagismo			
Sim	16 (32)		
Não	34 (68)		
História familiar			
Sim	06 (12)		
Não	44 (88)		
Evento estressante			
Sim	33 (66)		
Não	17 (34)		
Uso de AINE			
Sim	13 (26)		
Não	37 (74)		

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2018.

N: número de pacientes; % percentual; md: mediana; mín: mínimo; max: máximo; sd: desvio padrão; AINE: anti-inflamatório não-esteróide.

Tabela 2 - Características clínicas.

Variável	N (%)	md (min-max)	Media (sd)
Tempo diagnóstico (anos)		05 (01-31)	
Até 1 ano	9 (18)		
2-5 anos	12 (24)		
>5 anos	29 (58)		
Forma Clínica			
Doença de Crohn (DC)	08 (16)		
Retocolite Ulcerativa (RUC)	42 (84)		
Idade ao diagnóstico DC			
A1	00 (00)		
A2	06 (75)		
A3	02 (25)		
Localização da DC			
L1	03 (37,5)		
L2	03 (37,5)		
L3	02 (25)		
Comportamento da DC			
B1	06 (75)		
B2	01 (12,5)		
B3	01 (12,5)		
Localização RCUI			
Pancolite	25 (60)		
Colite esquerda	09 (22)		
Retossigmoidite	04 (09)		
Proctite	04 (09)		
Marcadores de atividade inflamatória			
Hb		12 (7,9-15,7)	
VHS		40 (2,0-101,0)	
PCR			
Scores de atividade de doença			
IADC		150 (17-461)	197 (142,7)
Mayo Clinic		09 (04-12)	8,3 (2,30)
Medicação em uso			
Mesalazina	30 (60)		
Sulfassalazina	06 (12)		
Mesalazina+Azatioprina	08 (16)		
Terapia Biológica	06 (12)		

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2018.

N: número de pacientes; % percentual; md: mediana; mín: mínimo; max: máximo; sd: desvio padrão; DC: Doença de Crohn; TGI: Trato gastrointestinal; Hb:hemoglobina; VHS: velocidade de hemossedimentação; PCR: proteína C reativa; IADC: Índice de atividade de Doença de Crohn;

A tabela 1 (características demográficas e fatores associados) e tabela 2 (características clínicas) evidenciam o perfil demográfico e clínico, respectivamente, da amostra estudada, no início do seguimento, no período de julho de 2018, na cidade de Manaus.

DISCUSSÃO

Nesse estudo encontrou-se uma distribuição de DII com a mediana de idade de 39 anos, variando de 17 a 67 anos. Alguns achados da literatura revelam a distribuição da doença na faixa etária de 20 a 40 anos, porém alguns estudos revelam um pico a partir dos 60 anos, onde a idade dos pacientes com DII foi 70% na faixa de idade entre 20 a 69 anos de idade. Os adultos jovens são comumente diagnosticados como tendo CD e RUC. A maioria dos novos diagnósticos ocorre na faixa etária entre 15 e 40 anos, enquanto outro pico de incidência verifica-se entre 50 e 80 anos^{14,15,16}.

O presente estudo revelou que, houve uma prevalência significativamente maior de mulheres (64%) com DII. Esses resultados que mostraram o predomínio do sexo feminino, também corroboram com outros estudos realizados em outros estados no Brasil^{9,15,17}. Dados divulgados em abril de 2016, pelo departamento de assistência farmacêutica e insumos estratégicos do estado do Rio de Janeiro revelou que, 58,92% dos pacientes com DII eram

mulheres e 41,08% eram homens¹⁸, e são consistentes com os obtidos no serviço ambulatorial do AAL na cidade de Manaus.

No que se refere à procedência, 72% dos pacientes são de Manaus e apenas 14 (28%) são de outros municípios do interior. A maioria dos pacientes com DII nesse estudo reside em área urbana (Manaus). O perfil demográfico dos pacientes desse estudo também mostrou semelhança com outros centros de referência brasileiros, que oferecem atendimento de saúde a pacientes residentes em regiões vizinhas, como municípios do interior. Em geral, os pacientes costumam viajar grandes distâncias para procurar atendimento médico especializado¹⁸. Esse estudo também analisou como o tabagismo pode contribuir para a patogênese das DII nesse grupo de pacientes. A análise da associação entre o tabagismo e o aparecimento das DII nos pacientes revelou que a frequência foi semelhante nos dois grupos com DC e RCU. Portanto, nenhum efeito protetor ou aumento da suscetibilidade à DC foram observados em relação ao uso do tabaco, conforme foi sugerido em algumas pesquisas epidemiológicas^{4,19,20} e experimentais²¹.

A variável história familiar também foi considerada e os resultados desse estudo revelaram que, 44 (88%) pacientes não apresentaram histórico familiar. Em outra pesquisa, identificou-se que, 4,0% dos pacientes com DII tinham parentes de primeiro grau com uma dessas doenças, e essa taxa foi aumentada para 11,5% quando parentes de segundo grau também foram levados em consideração. A esse respeito, houve ainda maior associação com história familiar no grupo DC (16,0%) do que no grupo RCU (8,6%)¹².

Nesse estudo 33 pacientes (66%) relataram eventos estressantes. Uma pesquisa com 100 pacientes, divididos em quatro grupos (25 pacientes cada) revelou que, proporções elevadas e semelhantes (64-80%) dos participantes apresentaram-se sob estresse intenso, ocorrendo, porém, diferenças entre os grupos, quanto aos tipos de eventos vitais estressantes experimentados. O estresse intenso se mostrou maior e associado significativamente à idade mais avançada na DC e à doença em atividade na RCU. Estes achados indicam ainda a ocorrência de estresse intenso nos pacientes, independente do tipo de doença²².

Outra variável pesquisada foi a utilização de anti-inflamatório não-esteróide (AINE), evidenciando que 13 (26%) pacientes relataram ter feito uso de AINEs. Os efeitos antiinflamatórios, analgésicos e antipiréticos dos AINEs são amplamente conhecidos, no entanto, há também um amplo espectro de efeitos adversos, sendo as complicações gastrointestinais (GI) um dos mais importantes, haja vista que, mais de 40% dos consumidores desses medicamentos, apresentarem sintomas referidos ao trato gastrointestinal (TGI) durante o tratamento, sendo os mais frequentes o refluxo gastroesofágico e sintomas dispépticos^{23,24}.

Quanto ao tempo de diagnóstico, nesse estudo destacam-se os seguintes resultados: 9 (18%) pacientes têm até 1 ano de diagnóstico; 12 (24%) pacientes têm entre 2 a 5 anos de diagnóstico; e 29 (58%) pacientes têm acima de 5 anos de diagnóstico. Os resultados do perfil demográfico dos pacientes da presente pesquisa, sobre o tempo de diagnóstico da doença, foram semelhantes aos resultados relatados em outros estudos epidemiológicos de DII, cujo perfil consistia no início da doença em qualquer idade, mas, tardio e afetava principalmente os jovens e tendia a ocorrer em indivíduos com níveis educacionais mais altos^{25,26,27,28}.

No que se refere à forma clínica de DII, 08 (16%) pacientes apresentaram a Doença de Crohn, e 42 (84%) pacientes apresentaram Retocolite Ulcerativa (RCU), portanto, destaca-se que, os resultados do presente estudo mostraram que houve um predomínio de pacientes com DII, com RCU (84%). No que se refere à idade do paciente no diagnóstico dos pacientes (08) com DC, destacam-se os seguintes resultados: 06 na faixa A2 (17 a 40 anos) e 02 na faixa A3 (>40 anos). É importante destacar que foram incluídos nesse estudo, pacientes maiores de 18 anos. Na literatura observar-se também a ocorrência da DC em todas as faixas etárias, embora tenha ocorrido envolvimento inicial predominante em pacientes jovens, com pico de incidência bem pronunciado entre 21 e 30 anos de idade¹².

Em virtude de suas implicações diagnósticas e terapêuticas, a classificação de Montreal, vem sendo cada vez mais utilizada em pacientes com doença de Cröhn (DC). No presente estudo, o acometimento do trato gastrointestinal (TGI) superior ocorreu em 08 pacientes, sendo assim distribuídos: 03 na localização L1 (doença limitada ao terço inferior do intestino delgado, com ou sem o envolvimento do ceco); 03 na localização L2 (qualquer local entre o ceco e o reto, sem envolvimento do trato digestivo superior); e 02 na localização L3 (doença do íleo terminal e em qualquer lugar entre o cólon ascendente e o reto)¹⁵.

Levando-se em consideração o comportamento da DC, os resultados desse estudo são semelhantes aos relatados em outras pesquisas^{9,12,27}, e que revelam também que, aproximadamente um quarto de todos os pacientes com DC demonstram envolvimento perineal, desde o início da doença, que foi mais predominante em pacientes com envolvimento do íleo terminal. Em relação à extensão da localização da RCU, existem variações nos resultados apresentados em vários estudos, mas, em geral, há maior incidência de proctite na apresentação inicial da doença, seguida pela RCU esquerda e, em menor grau pancolite⁵. Outros resultados discordam neste ponto, pois se observou maior frequência de acometimento da RCU esquerda e baixa frequência de acometimento do reto (E2> E3> E1, segundo a classificação de Montreal para a UC)¹⁵.

Nesse estudo como marcadores de atividade inflamatória utilizaram-se: hemoglobina (Hb); velocidade de hemossedimentação (VHS); e proteína C reativa (PCR) com destaque para os seguintes resultados: uma mediana mínima de 7,9 e máxima 15,7 para Hb, e mediana mínima de 2,0 e mediana máxima de 101,0 pra VHS.

As citocinas associadas à DII ativa (IL-6, TNF α e IL-1 β), estimulam a sua produção pelos hepatócitos acima dos valores normais, tipicamente inferiores a 1mg/L. Durante a fase ativa da DII, estes níveis podem variar entre os 5-200 mg/L, dependendo da gravidade da doença e da capacidade individual de produção da proteína. Contudo, não é específica da DII, uma vez que, estes níveis podem ser verificados em várias infecções virais e bacterianas, doenças auto-imunes, doenças oncológicas e outras condições que resultem em necrose tecidual. A VHS também fornece também uma rápida verificação da resposta inflamatória aguda. No entanto, vários fatores influenciam este marcador, como idade, gênero, presença de anemia, discrasias sanguíneas e gravidez²⁹.

A avaliação da resposta clínica deste estudo foi realizada através de instrumentos como o Índice de atividade da DC (IADC) e da RCU (Score de Mayo), com destaque para os seguintes resultados: uma mediana mínima de 17 e máxima de 461 para IADC, e mediana mínima de 04 e mediana e máxima de 12 para Mayo Clinic.

Sobre a medicação em uso durante o tratamento, obtiveram-se os seguintes resultados: 30 (60%) pacientes utilizam a Mesalazina; 06 (12%) utilizam a Sulfassalazina; 08 (16%) utilizam a Mesalazina+Azatioprina; e 06 (12%) utilizam a terapia biológica.

O tratamento das DII é definido conforme a localização da doença, o grau de atividade e as complicações. As opções são individualizadas de acordo com a resposta sintomática e a tolerância ao tratamento: sulfassalazina, mesalazina e antibióticos não têm ação uniforme ao longo do trato gastrointestinal, enquanto corticosteróides, imunossupressores e terapias anti-TNF parecem ter uma ação mais constante em todos os segmentos gastrointestinais³⁰.

CONCLUSÃO

A análise da coleta feita por essa pesquisa e que envolveu variáveis demográficas, clínicas, laboratoriais e medicação em uso, permitiu chegar às seguintes conclusões. Dos 50 pacientes avaliados, 42 tinham diagnóstico de RCU (84%) e 8 de Doença de Crohn (16%). 64% eram do gênero feminino e a mediana da idade foi de 39 anos, variando de 17 a 67 anos. Eventos estressantes estiveram presentes em 66%, como fator associado ao aparecimento dos

sintomas. 44 (88%) pacientes não apresentaram histórico familiar e 13 (26%) pacientes relataram ter feito uso de anti-inflamatório não-esteróide (AINE).

O tempo médio de diagnóstico foi de cinco anos. Quanto à classificação de Montreal de DC, os doentes foram classificados como: A2 75%; L1/L2 37,5%; B1 75%. A localização mais frequente na RCUI foi pancolite (60%). A mediana do Score de Mayo foi 09 (04-12) e do Score IADC foi 150 (17-461). Em relação aos marcadores laboratoriais de atividade indireta de doença, os pacientes apresentavam no início do acompanhamento ambulatorial nível de hemoglobina 12g/dL (7,9-15,7) e VHS 40mm/h (2,0-101,0). A terapêutica mais utilizada na RCUI foi a monoterapia com Mesalazina (60%) e a associação de Mesalazina+Azatioprina (16%), na Doença de Crohn.

A retocolite ulcerativa foi a forma mais prevalente de doença inflamatória nesse estudo, acometendo mulheres em faixa etária classificada como adulto jovem e com tempo de diagnóstico tardio. E apesar de algumas limitações deste estudo, acredita-se ter atingido uma parcela importante dos pacientes com DII, que vêm recebendo tratamento ambulatorial no Ambulatório Araújo Lima, localizado na cidade de Manaus. Ao final, confirmou-se a hipótese de que, o seguimento ambulatorial controla os sintomas, adaptando-se os pacientes à sua condição crônica e melhorando sua qualidade de vida. Levando-se em consideração a crescente incidência mundial de DII, assume grande relevância a elucidação da sua etiologia, para que se possa descobrir meios preventivos que possam reduzir seu aparecimento.

REFERÊNCIAS

- Bernstein CN et al. World Gastroenterology Organization Practice Guidelines for the diagnosis and management of IBD in 2010. In: *Inflamm Bowel Dis.* 2010;16:112-124.
- Protásio BK et al. Especificidades da apresentação da doença de Crohn na infância. In: *Einstein (São Paulo)*, 16(1):1-3, 2018.
- Baumgart DC, Sandborn WJ. Crohn's disease. In: *Lancet.* 2012;380:1590–1605.
- Danese S et al. Inflammatory bowel disease: the role of environmental factors. In: *Autoimmun Rev.* 2004; 3:394–400.
- Ordás I et al. Ulcerative colitis. In: *Lancet.* 2012;380:1606–1619.
- Satsangi J et al. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. In: *Gut.* 2006;55:749–753.
- Nikolaus S, Schreiber S. Diagnostics of inflammatory bowel disease. In: *Gastroenterology.* 2007;133:1670–1689.
- Gasparini RG. Incidência e Prevalência de Doenças Inflamatórias Intestinais no Estado de São Paulo-Brasil. (Tese). Faculdade de Medicina. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu/SP, 2018.
- Kleinubing Júnior MSL et al. Perfil dos pacientes ambulatoriais com doenças inflamatórias intestinais. In: *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2011;24(3):200-203.
- Elia PP et al. Descriptive analysis of the social, clinical, laboratorial and anthropometric profiles of inflammatory bowel disease inwards patients from the “Clementino Fraga Filho” University Hospital, Rio de Janeiro, RJ, Brazil. In: *Arq Gastroenterol.* 2007;44:332–339.
- Victoria CR et al. Incidence and prevalence rates of inflammatory bowel diseases, in midwestern of São Paulo State, Brazil. In: *Arq Gastroenterol.* 2009;46:20–25.
- Parente JML et al. Inflammatory bowel disease in an underdeveloped region of Northeastern Brazil. In: *World Journal of Gastroenterology*, 21(4), 1197-206, 2015.
- Amo L et al. Impact of the incorporation of a nurse in an inflammatory bowel disease unit. *Gastroenterol Hepatol.* 2016;39:318-23.
- Ricci Júnior JER. Segurança e riscos do tratamento da doença inflamatória intestinal durante gravidez e aleitamento. In: *HU rev.*;37(3),set, 2011.

15. Bechara CS et al. Caracterização de pacientes operados por doença de Crohn pela classificação de Montreal e identificação de fatores preditores de sua recorrência cirúrgica. In: *Rev. Col. Bras. Cir.* 2015; 42(2): 097-105.
6. Squires SI et al. The financial impact of a nurse-led telemedicine service for inflammatory bowel disease in a large district general hospital. In: *Frontline Gastroenterol.* 2016;7:216–21.
17. Barros PAC et al. The epidemiological profile of inflammatory bowel disease patients on biologic therapy at a public hospital in Alagoas. In: *J Coloproctol (Rio J).* 2014;34:131–5.
18. Santos RM et al. Inflammatory bowel disease: outpatient treatment profile. In: *Arq Gastroenterol*, v. 54 nº 2 Abr/Jun, 2017.
19. Kohda K et al. Formation of O6,7-dimethylguanine residues in calf thymus deoxyribonucleic acid treated with carcinogenic N-methyl-N-nitrosourea in vitro. In: *Chem Pharm Bull (Tokyo)* 1991;39:801–802.
20. Cabré E, Domènech E. Impact of environmental and dietary factors on the course of inflammatory bowel disease. In: *World J Gastroenterol.* 2012;18:3814–3822.
21. Verschuere S et al. The effect of smoking on intestinal inflammation: what can be learned from animal models? In: *J Crohns Colitis.* 2012;6:1–12.
22. Pelá ECB. Estresse e modos de enfrentamento em portadores de doenças inflamatórias intestinais. (Dissertação). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2007.
23. Marcen B et al. NSAID and gastrointestinal risk. In: *Aten Primaria*, Vol. 48, n. 2, p. 73-76, 2016.
24. Aquino AC et al. O uso de antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) e seus efeitos gastrointestinais. In: *II CONBRACIS*, 2017.
25. Binder V. Epidemiology of IBD during the twentieth century: an integrated view. In: *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2004;18:463–479.
26. Lakatos L et al. Incidence, disease phenotype at diagnosis, and early disease course in inflammatory bowel diseases in Western Hungary, 2002-2006. In: *Inflamm Bowel Dis.* 2011;17:2558–2565.
27. Gower-Rousseau C et al. Epidemiology of inflammatory bowel diseases: new insights from a French population-based registry (EPIMAD). In: *Dig Liver Dis.* 2013;45:89–94.
28. Jussila A et al. High and increasing prevalence of inflammatory bowel disease in Finland with a clear North-South difference. In: *J Crohns Colitis.* 2013;7:e256–e262.
29. Silva MM. Biomarcadores na doença inflamatória intestinal. (Dissertação-Artigo). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto, 2013.
30. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Crohn. Portaria SAS/MS nº 966, de 2 de outubro de 2014.