

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JANINE FRITSCH GIACOMETTI

**FATORES QUE INFLUENCIAM A QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS COM
DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS: uma revisão integrativa**

PORTO ALEGRE

2018

JANINE FRITSCH GIACOMETTI

**FATORES QUE INFLUENCIAM A QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS COM
DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS: uma revisão integrativa**

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientação: Prof.^a Dr.^a. Luiza Maria Gerhardt

PORTO ALEGRE

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que é meu motivo de viver. Ele com seu infinito amor, bondade e misericórdia me guia em todos os momentos.

Agradeço com carinho a minha família, por todo amor e cuidado que tiveram comigo nesse período. Ao meu pai, Gilmar, que sempre me deu conselhos sábios e me incentivou a chegar até aqui. A minha mãe, Rejani, que foi minha inspiração para realização desse trabalho, em meio a tantas dificuldades, sempre esteve disponível para me ajudar. Ao meu irmão Josias, pelo amor e paciência.

Aos meus amigos, que sempre me compreenderam e estiveram ao meu lado me animando e ajudando em todos os momentos dessa jornada.

Agradeço em especial a minha orientadora Luiza, por toda a convivência desde o 5º semestre da faculdade e por todo o auxílio na realização desse trabalho.

E por fim, agradeço a todos os funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por toda ajuda e convívio nesses anos.

“O bem que você faz hoje pode ser esquecido amanhã. Faça o bem assim mesmo. Veja que, ao final das contas, é tudo entre você e Deus! Nunca foi entre você e os outros.”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

As doenças inflamatórias intestinais constituem a doença de Crohn e a colite ulcerativa. São doenças que têm incidência em todo o mundo e são caracterizadas por períodos de crises e remissão. Os principais sintomas são dor abdominal, diarreia, fadiga. Este estudo teve como objetivo descrever os fatores clínicos e psicossociais que influenciam a qualidade de vida de adultos com doença inflamatória intestinal. Trata-se de uma revisão integrativa segundo Cooper, cujas bases de dados utilizadas foram Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *US National Library of Medicine* (PUBMED). Utilizaram-se os descritores *quality of life; Crohn disease e Colitis, ulcerative* e selecionaram-se 25 artigos publicados no período de 2013 a 2017. Identificou-se que fatores como depressão, ansiedade, atividade da doença, distúrbios gastrointestinais funcionais, baixos índices de vitamina D e fadiga diminuem os índices de qualidade de vida em pacientes com doença inflamatória intestinal. Os pacientes possuem muitos medos e receios por causa da natureza dos sintomas da doença. Devido a necessidade da urgência para evacuar ou pela incontinência fecal, necessitam ter banheiros próximos. Têm dificuldades para fazer amigos e de ter um relacionamento íntimo. Pacientes também apresentam dificuldades no trabalho, têm seu desempenho diminuído e suas relações interpessoais afetadas por causa da doença. Foi percebido a partir desse estudo que é essencial que haja mais informações sobre as doenças inflamatórias intestinais e de seus sintomas para a população em geral e profissionais da saúde.

Descritores: Doença de Crohn. Colite Ulcerativa. Qualidade de Vida.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos artigos científicos.....	16
Quadro 1 – Relação de artigos que compõe a amostra da revisão integrativa.....	18
Figura 2 – Distribuição de artigos conforme ano de publicação.....	21
Figura 3 – Distribuição de artigos conforme país de realização do estudo.....	22
Quadro 2 – Sinais e sintomas que influenciam a qualidade de vida em adultos com doença inflamatória intestinal.....	23
Quadro 3 – Condições de exames que influenciam a qualidade de vida em adultos com doença inflamatória intestinal.....	26
Quadro 4 - Condições psicológicas que influenciam a qualidade de vida em adultos com doença inflamatória intestinal	26
Quadro 5 – Aspectos sociais que influenciam a qualidade de vida em adultos com doença inflamatória intestinal	30
Quadro 6 - Aspectos cognitivos que influenciam a qualidade de vida em adultos com doença inflamatória intestinal	31
Quadro 7 – Questões de trabalho que influenciam a qualidade de vida em adultos com doença inflamatória intestinal.....	32

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO	10
3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEORICA	11
3.1 Doença de Crohn.....	11
3.2 Colite ulcerativa	12
4 METODOLOGIA.....	14
4.1 Tipo de estudo	14
4.2 Primeira etapa: Formulação do problema	14
4.3 Segunda etapa: Coleta de dados	14
4.4 Terceira etapa: Avaliação dos dados	16
4.5 Quarta etapa: Análise e interpretação dos dados	17
4.6 Quinta etapa: Apresentação dos resultados	17
4.7 Aspectos éticos.....	17
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
5.2 Fatores que influenciam a qualidade de vida	22
5.2.1 Sinais e sintomas.....	23
5.2.2 Condições de exames.....	26
5.2.4 Condições psicológicas	26
5.2.5 Aspectos sociais.....	30
5.2.5 Aspectos Cognitivos	31
5.2.6 Questões de trabalho.....	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE A – Formulário para avaliação dos dados.....	42
APÊNDICE B – Quadro Sinóptico	43

1 INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais (DIIs) que, compreendem, principalmente, a doença de Crohn (DC) e a colite ulcerativa (CU), são consideradas doenças crônicas e idiopáticas. Têm incidência em todo o mundo e cursam com recidivas frequentes que exigem tratamento por toda a vida. O principal objetivo do tratamento é reduzir a atividade da doença e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (MAGALHÃES et al, 2014; KIM, 2010). São consideradas doenças com baixa taxa de mortalidade, porém com morbidade muito alta, pois afetam principalmente adultos-jovens em idade produtiva e em fase de desenvolvimento físico, psicológico e social (ANDRADE et al., 2005).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2014a), as doenças crônicas são caracterizadas por apresentarem um início gradual, com duração longa ou incerta; e apresentam múltiplas causas. O tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que na maioria das vezes não leva à cura.

As DIIs ocorrem em todos os grupos étnicos e raças, mas a incidência é maior em brancos e judeus. Afetam principalmente jovens entre 15 e 30 anos, podendo ter um segundo pico na sétima década de vida (LICHTENSTEIN, 2014). Os casos de DIIs vêm aumentando em todo o mundo, principalmente nos Estados Unidos da América (EUA) e em países da Europa, no entanto na América Latina a incidência é pequena se comparada a esses países (KIM, 2010). Uma pesquisa realizada em 2015 nos EUA mostrou que 1,3% da população americana já tinha sido diagnosticada com DIIs. O estudo também revelou que a prevalência da doença era maior em adultos em situação de pobreza, e em pessoas que viviam fora de grandes cidades (DAHLHAMER et al., 2016).

O Grupo de Estudos sobre Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – *World Health Organization Quality of Life WHOQOL Group* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995, p. 1405), define qualidade de vida (QV) como:

A percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente.

O baixo índice de QV em pacientes com DIIs pode estar associado a múltiplos fatores, como: atividade da doença, múltiplas hospitalizações, complicações associadas ao um determinado fármaco, necessidades de cirurgias, baixa escolaridade, faltas ao trabalho, dentre outros (COELHO, 2010). Além dessas dificuldades, existem alterações físicas, que prejudicam o convívio social, como por exemplo, o emagrecimento extremo. Nessas situações a autoestima é afetada e os pacientes têm a tendência de se isolar, muitas vezes por medo de perguntas ou olhares constrangedores. Por isso é essencial que haja uma maior conscientização da população em geral quanto às DIIs, para que esses pacientes possam ter uma vida efetivamente de qualidade (SARLO; BARRETO; DOMINGUES, 2008).

Os pacientes com DII muitas vezes precisam de banheiros próximos, pois tem urgência para evacuar. Em alguns estados dos EUA, como na Virgínia, foi aprovada a lei de acessos aos banheiros, que exige que lojas e empresas tornem os banheiros usados por funcionários acessíveis para pacientes com DII, se os banheiros públicos não estiverem disponíveis. O não cumprimento dessa lei pode gerar multa ao estabelecimento (GENERAL ASSEMBLY OF VIRGINIA, 2013).

Um estudo de caso-controle realizado por Díaz-sibaja et al (2008) investigou a eficácia de um programa de tratamento psicológico na melhoria da QV em pacientes com DIIs. Foi constatado que os pacientes que passaram pelo programa tiveram uma ligeira diminuição dos sintomas físicos e sistêmicos da doença, melhoraram seu convívio social e seu da incapacidade funcional ocasionada pela doença. O programa se mostrou eficiente, melhorando a QV dos participantes do estudo e mostrando que os aspectos psicológicos interferem diretamente na vida cotidiana dos pacientes.

A mensuração da QV é parâmetro importante na avaliação do impacto das doenças crônicas, pois causam efeitos diversos nos pacientes e familiares por influenciar na capacidade funcional e no bem-estar, que são aspectos fundamentais para o ser humano (GYATT et al.,1989). Algumas pesquisas (SOUZA et al., 2011; PONTES et al., 2004) utilizam instrumentos específicos para avaliar a qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) em pacientes com DII. Um dos instrumentos específicos mais utilizados é o “*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*” - IBDQ-32. Originalmente criado por Gyatt et al. (1989), o questionário contempla quatro domínios: sintomas intestinais, sintomas sistêmicos, aspectos sociais e aspectos emocionais.

Existem também associações nacionais e internacionais de amparo aos portadores com DIIs, como a Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn (ABCD) e

Crohn's & Colitis Foundation of America (DDFA), onde são realizados grupos de autoajuda e troca de experiências, assim como são disponibilizados programas educativos sobre as DIIs. Essas associações têm como um dos seus principais objetivos buscar meios de promover uma melhor QV para os pacientes (MCQUAID, 2004).

Os enfermeiros especialistas em DII constituem uma parte importante na equipe multidisciplinar. Um estudo realizado na Inglaterra mostrou que 76% dos pacientes tiveram acesso a um enfermeiro especialista em DII, a maioria dos pacientes também considerou os enfermeiros como sendo o primeiro profissional com quem entrariam em contato durante uma crise da doença (ALEXAKIS et al., 2013).

Minha principal motivação para escolha dessa temática é o convívio diário com uma portadora de DII desde minha infância. Com essa vivência pude acompanhar todas as fases da doença - desde o diagnóstico até o tratamento - e é visível o quanto essa doença é debilitante. Durante minha graduação também tive a oportunidade de conhecer pacientes com DIIs, e percebi que além de todas as questões fisiopatológicas, existem outros fatores que agravam ainda mais os sintomas e prejudicam a QV. Por isso, é imprescindível que os profissionais de saúde compreendam os desafios que os pacientes com DIIs enfrentam e os sintomas físicos que levam a um grande impacto psicológico e social.

Esse estudo tem como finalidade fornecer informações que possam servir de subsídio para profissionais da área da saúde, com o intuito de gerar conhecimento para uma melhor assistência à pacientes portadores de DIIs, a fim de diminuir a morbidade e a mortalidade, e dessa formar, melhorar a QV. O presente estudo teve como questão norteadora: Quais são os fatores clínicos e psicossociais que influenciam a qualidade de vida de adultos com doença inflamatória intestinal?

2 OBJETIVO

Descrever os fatores clínicos e psicossociais que influenciam a qualidade de vida de adultos com doença inflamatória intestinal.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEORICA

A doença de Crohn (DC) e a colite ulcerativa (CU) constituem as doenças inflamatórias intestinais. As principais diferenças entre elas são a localização da extensão da inflamação e a presença de alguns sintomas específicos. As duas possuem o diagnóstico e tratamentos parecidos (SMELTZER et al., 2011). A seguir são apresentados alguns tópicos importantes para uma melhor compreensão da fisiopatologia das doenças.

3.1 Doença de Crohn

A doença de Crohn é considerada uma doença crônica recorrente, que pode envolver todas as partes do trato gastrointestinal, desde a boca até o ânus, mas a maior incidência da doença é nas regiões ileal e ileocecal. Na maioria das vezes, a inflamação é descontinuada ao longo do intestino, ou seja, apresenta regiões afetadas entremeadas por zonas saudáveis, e atinge todas as camadas da mucosa (KIM, 2010). A doença caracteriza-se por períodos de remissão e exacerbação (SMELTZER et al., 2011).

Os sinais e sintomas mais comuns podem incluir dor abdominal, geralmente no quadrante inferior direito, diarreia, perda de peso, hematoquezia, fadiga, náuseas e distensão abdominal (LICHTENSTEIN, 2014). Os pacientes sentem cólica abdominal após as refeições pelo fato de que a alimentação aumenta o peristaltismo do intestino, e para evitar esse sintoma os pacientes tendem a limitar a ingestão de alimentos e com isso, muitas vezes, não atendem as necessidades nutricionais normais, podendo apresentar, assim, perda de peso e anemia (SMELTZER et al., 2011).

Manifestações extra intestinais podem ocorrer em cerca de 30% dos indivíduos portadores de DII e incluem artrites, aftas orais, eritema nodoso, uveíte, sacroiliíte, espondilite, entre outras (AZEVEDO et al., 2014; BERNSTEIN, 2015). A DC também pode apresentar complicações, como: abscessos, obstrução, fistulas, doença perianal, carcinomas, hemorragias e má absorção (MCQUAID, 2004).

A DC não é uma doença genética, mas existe um risco relativo para o desenvolvimento da doença entre parentes, que é 14-15 vezes maior que a população em geral (SANDS; SIEGEL, 2013). A incidência anual da doença é de 0,6–6,3 casos/100 mil habitantes e prevalência mundial de 10-70 casos/100 mil habitantes. A mortalidade nas DIIs é

de aproximadamente uma morte/100 mil habitantes na terceira década de vida e 3-4 mortes/100 mil habitantes na sexta década (TIFERES; JAYANTHI; LIGUORI, 2011).

O diagnóstico é preferencialmente estabelecido por uma avaliação da apresentação clínica dos sintomas, com confirmação de evidências por exames de sangue e de imagem, endoscopia, colonoscopia e, na maioria dos casos, achados anátomo-patológicos (SANDS; SIEGEL, 2013). Os sinais e sintomas mais comuns no momento do diagnóstico são a diarreia, seguida por sangramento (40%-50%), perda de peso (60%) e dor abdominal (70%). Nos exames radiológicos, os achados mais característicos são acometimento do intestino delgado e presença de fístulas. A endoscopia mostra tipicamente lesões ulceradas e a análise histológica pode indicar acometimento transmural (BRASIL, 2014b).

O tratamento está direcionado à melhora sintomática e ao controle da evolução da doença. A terapia medicamentosa específica é composta por agentes 5-aminosalicílicos (5-ASA), antibióticos, corticoides, fármacos imunomoduladores (azatioprina) e biológicos (infliximabe, adalimumabe, entre outros). Também é essencial que o paciente tenha um acompanhamento nutricional, pela má absorção de vitaminas e minerais (MCQUAID, 2004; LICHTENSTEIN, 2014). Cerca de 70-75% dos pacientes precisam de cirurgia em algum momento para aliviar os sintomas se o tratamento medicamentoso fracassar, mas infelizmente, na maioria dos casos, a cirurgia não é curativa, e a doença normalmente reincide em outro ponto do trato gastrointestinal (BERNSTEIN, 2015).

A mortalidade em pacientes com DC é 1,2 a 1,5 vezes maior que a população em geral. Esse número não está relacionado apenas à doença intestinal, mas sim, às complicações causadas por ela, como: câncer de cólon e reto, desnutrição, anemia, entre outras (LICHTENSTEIN, 2014).

Mesmo com o avanço da ciência, a cura para a DC ainda não foi encontrada. Uma pesquisa realizada com pacientes relata que muitos têm esperança de que a cura da doença seja encontrada e que muitas vezes é isso que faz com que mantenham a vontade de viver (SARLO; BARRETO; DOMINGUES, 2008).

3.2 Colite ulcerativa

A Colite Ulcerativa (CU) também é considerada uma doença crônica recorrente, que gera uma reação inflamatória difusa no intestino. Diferentemente da DC, a CU é restrita à

mucosa e sub mucosa do intestino e atinge apenas a porção do cólon e reto do paciente (MCQUAID, 2004). A CU pode ser classificada de acordo com o segmento envolvido: proctite (apenas reto), colite esquerda (reto, sigmoide e cólon descendente) e colite extensa (além da flexura esplênica e por todo o cólon - pancolite) (AZEVEDO et al., 2014).

Nas primeiras aparições da sintomatologia da doença, estima-se que 45% tem a doença limitada ao retossigmoide, em 35% a doença se estende para além do sigmoide (mas não envolvendo todo o cólon) e 20% dos pacientes apresentam pancolite (OSTERMAN; LICHTENSTEIN, 2013).

Os sinais e sintomas mais comuns incluem diarreia, sangramento retal, eliminação do muco, tenesmo, urgência para defecar e dor abdominal; em casos mais graves pode haver febre e perda de peso. Na maioria dos casos, a gravidade dos sintomas está relacionada com a gravidade e extensão da inflamação. O início da doença normalmente é lento e insidioso, o intervalo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico é de nove meses. Cerca de 80% dos pacientes tem o curso da doença caracterizado por crises intermitentes e períodos de remissão. Fatores como infecções bacterianas e virais, uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e antibióticos, fumo, sazonalidade e estresse psicossocial, podem influenciar para que o paciente não entre em um período de remissão da doença (OSTERMAN; LICHTENSTEIN, 2013).

A CU possui incidência mundial anual de 2-10 casos/100 mil habitantes e prevalência de 35-100 casos/100 mil habitantes (TIFERES; JAYANTHI; LIGUORI, 2011). O diagnóstico da CU é baseado em achados endoscópios e histopatológicos (LICHTENSTEIN, 2014).

O objetivo do tratamento medicamentoso é induzir a remissão da doença. Os 5-aminosalicílicos (5-ASA) compõem a terapia de primeira linha e são muito utilizados; os corticosteroides são indicados em casos mais graves; os imunossupressores são muito usados na doença refratária ao tratamento medicamentoso (KIM, 2010). Para a maioria dos pacientes, a doença é facilmente controlada por terapia medicamentosa, mas 25–30% dos pacientes podem precisar de cirurgia para a retirada do cólon, mas ao contrário da DC, o procedimento resulta em cura completa (MCQUAID, 2004; BERNSTEIN, 2015).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) de literatura baseada em Cooper (1982). Este método reúne resultados obtidos de outras pesquisas sobre o mesmo tema, com o objetivo de analisar e sintetizar os dados obtidos, desenvolvendo uma explicação mais abrangente do fenômeno estudado.

O estudo foi realizado por meio das cinco etapas, segundo Cooper (1982):

- A) Formulação do problema;
- B) Coleta de dados;
- C) Avaliação dos dados;
- D) Análise e interpretação dos dados;
- E) Apresentação dos resultados.

4.2 Primeira etapa: Formulação do problema

Essa primeira etapa é caracterizada pela formulação da questão norteadora, que identifica o propósito da revisão, facilitando na definição dos critérios de inclusão e exclusão, extração e análise das informações, identificação das melhores estratégias de busca e escolha dos descritores. Esse estudo teve a seguinte questão norteadora: Quais são os fatores clínicos e psicossociais que influenciam a qualidade de vida de adultos com doença inflamatória intestinal?

4.3 Segunda etapa: Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada de setembro de 2017 a janeiro de 2018, nas seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *US National Library of Medicine* (PUBMED). Essas bases de dados foram escolhidas por possuírem publicações nacionais e internacionais e por darem enfoque ao tema proposto.

Os descritores em ciências da saúde (DeCS) e *Medical subject headings* (MeSH) utilizados em língua inglesa, foram: *quality of life; Crohn disease e Colitis, ulcerative*. Durante a busca das informações, foi utilizado o operador booleano “AND” para localizar registros que continham os termos especificados.

Os critérios de inclusão dos artigos foram:

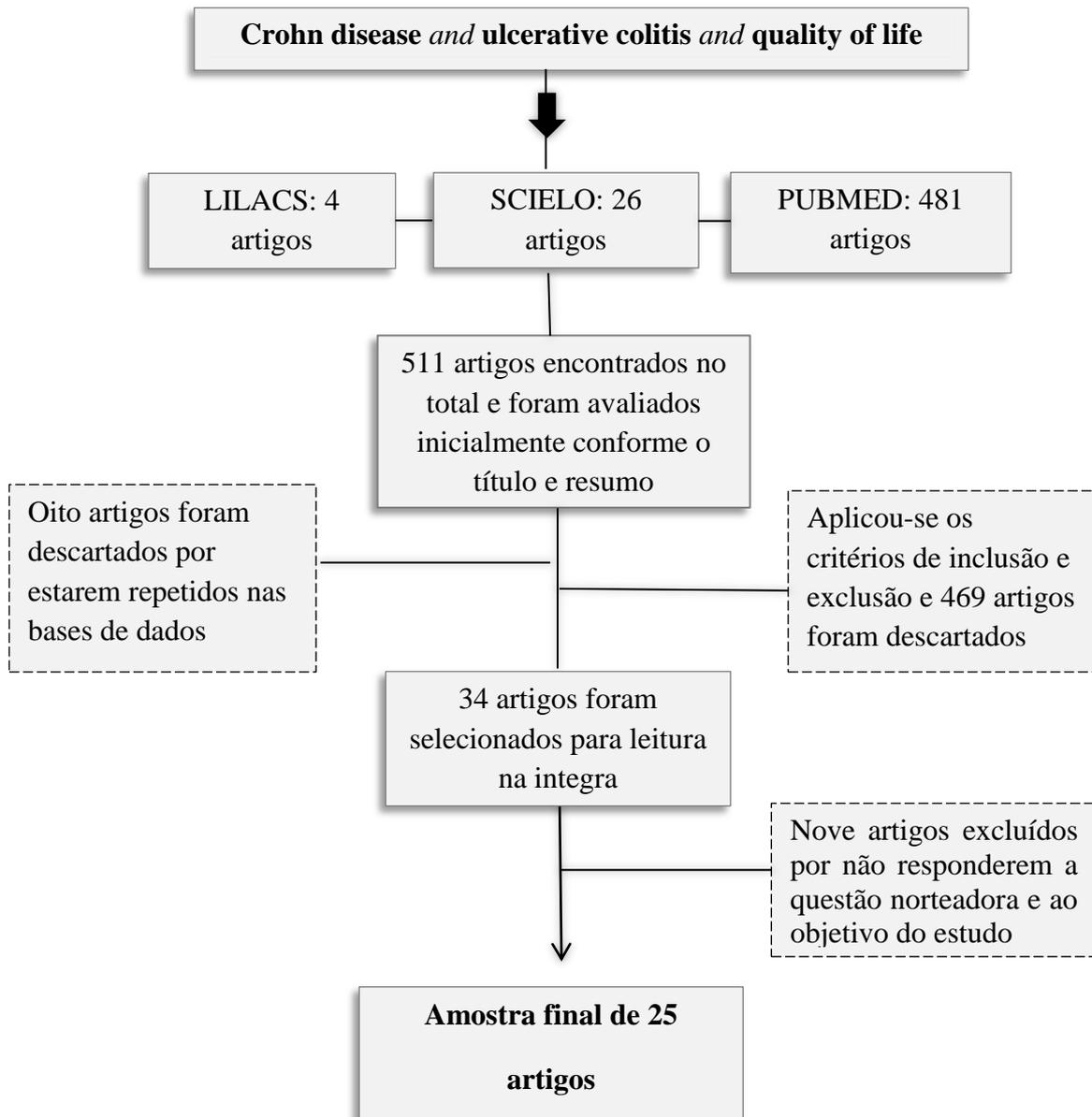
- A) Ser publicado nos idiomas português, inglês ou espanhol;
- B) Ser publicado entre os anos de 2013 a 2017;
- C) Resultar de estudo primário;
- D) Estar disponível na íntegra e gratuitamente.

Os critérios de exclusão foram: não abordar a temática do estudo, amostra composta por crianças ou adolescentes (menores de 18 anos); estudos que abordassem outras doenças intestinais ou que fizessem referência a só uma das doenças citadas; estudos de validação de instrumento/escalas e estudos envolvendo medicamentos/suplementos/terapias; estudos teóricos e estudos de caso; anais de eventos, trabalhos de conclusão de curso, teses, dissertações, manuais governamentais e estudos que não respondessem a questão norteadora e ao objetivo do estudo.

A partir do cruzamento dos descritores foi encontrado inicialmente um total de 511 artigos científicos, sendo 481 na PUBMED, 26 na SIELO e quatro LILACS. Logo após foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos artigos selecionados, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão e foram descartados 469 artigos. Oito artigos foram descartados por estarem repetidos nas bases de dados. Nesta etapa, optou-se por não excluir dois artigos que não especificavam claramente as faixas etárias dos participantes: o artigo de Lönnfors et al. (2014), porque a maioria dos respondentes tinha entre 25 e 44 anos de idade, e o de Kim et al. (2017), em que alguns participantes tinham menos de 20 anos de idade e o instrumento de coleta de dados foi um questionário auto administrável, online, cujo preenchimento implicava no Consentimento Livre e Esclarecido. A seguir, foi realizada a leitura na íntegra dos 34 artigos, e nove estudos foram excluídos por não responderem a questão norteadora ou por não atenderem o objetivo do estudo.

Por fim, 25 artigos atenderam aos critérios de exclusão e inclusão. O fluxograma referente à seleção dos artigos está exposto a seguir.

Figura 1- Fluxograma da seleção dos artigos científicos. Porto Alegre, RS, 2013-2017.



Fonte: Giacometti, 2018

4.4 Terceira etapa: Avaliação dos dados

Para avaliação dos dados, utilizou-se um instrumento com os dados básicos dos artigos selecionados (Apêndice A), contendo o título do artigo, autor, revista, país de origem, ano de publicação, objetivos, metodologia, resultados e conclusão. O instrumento foi

preenchido após a leitura dos artigos científicos, tendo como objetivo responder a problemática do estudo.

4.5 Quarta etapa: Análise e interpretação dos dados

O objetivo dessa etapa consiste na síntese e comparação das informações extraídas dos artigos científicos que compõem a amostra. Para isso, foi construído um quadro sinóptico (Apêndice B). Esse instrumento possibilita uma interpretação mais sintetizada, comparativa e objetiva dos resultados.

4.6 Quinta etapa: Apresentação dos resultados

Na última etapa, os resultados obtidos são apresentados de forma descritiva, em quadros e gráficos, permitindo assim uma melhor compressão da síntese realizada.

4.7 Aspectos éticos

A presente revisão integrativa respeitou os aspectos éticos garantindo que todos os artigos usados estão devidamente referenciados obedecendo às ideias originais, considerando assim os aspectos éticos inerentes, seguindo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (2002).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa etapa do estudo caracteriza-se pela demonstração dos achados da revisão integrativa que estão apresentados por meio de gráficos e quadros, bem como a análise e discussão dos resultados.

A seguir, o quadro 1 apresenta a relação de artigos que constituem essa revisão, com seus respectivos autores, ano de publicação, objetivos e tipo de estudo.

Quadro 1 - Relação de artigos que compõe a amostra da revisão integrativa. Porto Alegre, RS, 2013-2017.

Artigo	Autor e Ano	Objetivo	Tipo de estudo
1	Castro et al., 2015	Investigar a correlação entre os níveis séricos de vitamina D e a atividade da doença e qualidade de vida de pacientes com doença inflamatória intestinal.	Estudo transversal
2	Freitas et al., 2015	Testar as possíveis associações independentes de enfrentamento religioso com níveis clinicamente significativos de ansiedade e depressão, aderência à medicação e qualidade de vida relacionada à saúde em uma amostra de adultos diagnosticados com doença inflamatória intestinal.	Estudo transversal
3	Lopez Cortes et al., 2016	Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com doença inflamatória intestinal, bem como avaliar as diferenças de acordo com sexo, tipo de doença e outras variáveis sociodemográficas.	Estudo observacional descritivo e transversal.
4	Kim et al., 2017	Investigar o impacto da doença inflamatória intestinal na vida diária dos pacientes na Coreia.	Estudo descritivo tipo survey.
5	Tsoukka et al., 2017	Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com doença inflamatória intestinal.	Estudo descritivo transversal
6	Gauss et al., 2016	Definir a relação entre a calprotectina fecal e qualidade de vida relacionada à saúde em doenças inflamatórias intestinais.	Estudo transversal retrospectivo unicêntrico

7	Ramos et al., 2015	Avaliar a prevalência e gravidade da incapacidade e seus fatores preditivos em uma população com doença inflamatória intestinal na comunidade.	Estudo transversal
8	Torki, et al., 2015	Investigar se o nível de vitamina D está associado com a atividade da doença e qualidade de vida de pacientes com doença inflamatória intestinal.	Estudo transversal
9	Hou et al., 2015	Avaliar a associação entre o conhecimento do paciente sobre a doença inflamatória intestinal e qualidade de vida relacionada à saúde e identificar preditores do conhecimento do paciente sobre a doença inflamatória intestinal relacionados ao paciente e à doença.	Estudo transversal
10	Matsumoto et al., 2015	Comparar os fatores reais de estilo de vida e qualidade de vida entre pacientes japoneses com doença inflamatória intestinal e controles saudáveis japoneses.	Estudo descritivo tipo survey
11	Tabibian, et al., 2015	Identificar preditores demográficos, clínicos e psicossociais de qualidade de vida relacionada à saúde prejudicada e não adesão às recomendações do profissional.	Estudo transversal.
12	Cohen et al., 2014	Relatar a prevalência de fadiga em pacientes recém-diagnosticados com doença de Crohn e colite ulcerativa e examinar sua associação com a qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e deficiências.	Estudo de coorte prospectiva
13	Lönnfors et al., 2014	Obter uma perspectiva internacional do impacto da doença inflamatória intestinal na vida dos pacientes	Estudo descritivo tipo survey
14	Devlen et al., 2014	Descrever os impactos da doença inflamatória intestinal na perspectiva dos pacientes e informar sobre o desenvolvimento de um modelo conceitual.	Estudo qualitativo
15	Long et al., 2014	Avaliar a prevalência pontual de depressão e determinar associações com a atividade da doença, qualidade de vida e adesão à medicação em pacientes idosos com doença inflamatória intestinal.	Estudo descritivo longitudinal de coorte
16	Zhang et	Examinar o papel da depressão e da atividade da	Estudo

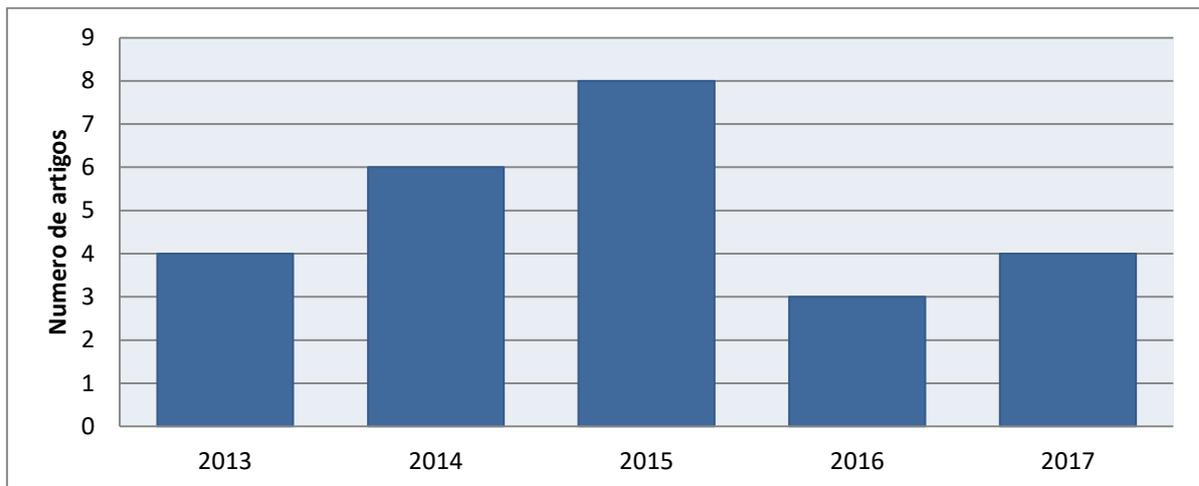
	al., 2013	doença como fatores independentes na previsão da qualidade de vida relacionada à saúde do paciente.	transversal
17	Norton; Dibley, Bassett, 2013	Determinar a frequência e gravidade da incontinência fecal em pessoas com doença inflamatória intestinal, sua associação com fatores de risco de incontinência fecal conhecidos e o efeito sobre a qualidade de vida.	Descritivo transversal
18	Yoo et al., 2014	Investigar o nível de fadiga e fatores relacionados à fadiga entre pacientes coreanos com doença inflamatória intestinal.	Estudo descritivo transversal de caso-controle
19	Rochelle; Fidell., 2013	Investigar as percepções da doença de pacientes com doença inflamatória intestinal em uma população de pacientes ambulatoriais, e examinar se essas percepções da doença estão relacionadas à gravidade da doença, qualidade de vida e adaptação psicológica.	Estudo de coorte prospectivo
20	Kim et al., 2013	Avaliar os preditores de qualidade de vida relacionada à saúde prejudicada em pacientes com doença inflamatória intestinal inativa.	Estudo transversal
21	Lesnovska et al., 2014	Explorar a necessidade de conhecimento expressa por pacientes diagnosticados com doença inflamatória intestinal.	Estudo qualitativo
22	Takahara et al., 2015	Revelar a prevalência e características clínicas da síndrome das pernas inquietas em pacientes japoneses com doença inflamatória intestinal e investigar a influência da síndrome das pernas inquietas na qualidade do sono e qualidade de vida.	Estudo descritivo transversal
23	Freitas et al., 2015	Investigar a relação entre senso de coerência, sofrimento psíquico e qualidade de vida relacionada à saúde na doença inflamatória intestinal.	Estudo transversal
24	Casellas et al., 2017	Determinar as preferências do paciente quanto aos objetivos do tratamento da doença inflamatória intestinal, especialmente os atributos que eles mais valorizam e os sintomas a serem controlados com prioridade.	Descritivo prospectivo

25.	De Boer et al., 2016	Avaliar o <i>status</i> de emprego, dificuldades no trabalho e licença médica em pacientes com doença inflamatória intestinal e sua relação com fatores sociodemográficos e clínicos, qualidade de vida e ansiedade e depressão.	Descritivo transversal
-----	----------------------	--	------------------------

Fonte: Giacometti, 2018

Na figura 2 apresenta-se um gráfico com os estudos conforme ano de publicação. Em sua maioria, as publicações científicas são recentes, no ano de 2013 foram encontrados quatro artigos (16%), em 2014 seis artigos (24%), em 2015 oito artigos (32%), em 2016 três artigos (12%) e em 2017 quatro artigos (16%). O período estipulado para seleção dos artigos foi de cinco anos, visto a grande quantidade de artigos publicados sobre o assunto, mostrando assim uma crescente necessidade de conhecimento sobre a qualidade de vida dos portadores de DIIs.

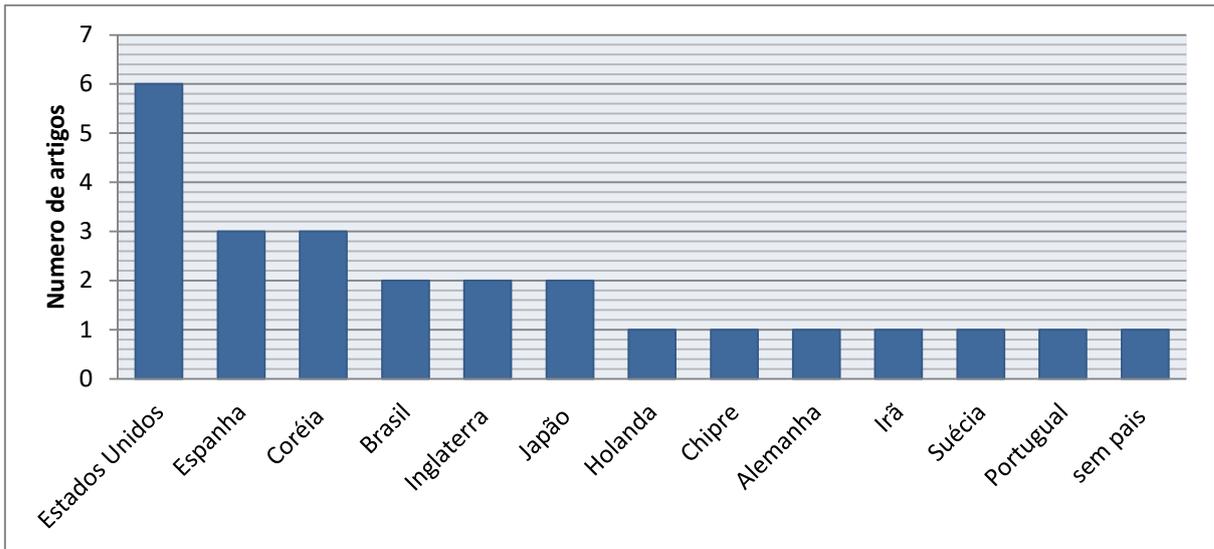
Figura 2- Distribuição de artigos conforme ano de publicação. Porto Alegre, RS, 2013-2017.



Fonte: Giacometti, 2018

Em relação ao local de produção dos artigos selecionados, a figura 3 mostra que há uma grande diversidade de países e continentes, sendo a maioria das publicações estrangeiras. As publicações referentes a temáticas do estudo foram concentradas na sua maioria nos EUA (seis artigos), seguidos de Espanha e Coréia (ambos com três artigos). Mesmo os EUA tendo um maior número de artigos, o continente com maior número de publicações foi a Europa.

Figura 3- Distribuição de artigos conforme país de realização do estudo. Porto Alegre, RS, 2013-2017.



Fonte: Giacometti, 2018

5.2 Fatores que influenciam a qualidade de vida

Nota-se que a qualidade de vida de portadores de DII é prejudicada. Em uma pesquisa realizada no Japão com controles saudáveis, mostrou-se que os pacientes portadores de DII apresentavam piores índices de qualidade de vida (MATSUMOTO et al., 2015). A DII pode alterar a qualidade de vida principalmente quando a doença está na sua forma ativa. Um artigo mostra que pacientes em crise tiveram piores índices de QV (ZHANG et al., 2013). A DII afeta tanto homens como mulheres, entretanto foi relatado em dois artigos que os homens apresentam uma melhor QV que mulheres (LOPEZ CORTES et al., 2016; TSOUKKA et al., 2017).

Tratando as doenças separadamente, três artigos mostraram que pacientes portadores da doença Crohn possuem uma pior QV se comparada com pacientes com colite ulcerativa (LOPEZ CORTES et al., 2016; TSOUKKA et al., 2017; FREITAS et al., 2015b). Contudo um artigo não achou diferença na qualidade de vida entre os mesmos (TAKAHARA, et al 2017).

Devlen et al. (2014) citam que tomar a medicação, restringir a dieta, modificar comportamentos que desencadeiam sintomas e manter proximidade com os banheiros como sendo os quatro principais impactos no estilo de vida dos pacientes. Mas apesar de se esforçarem ainda assim experimentavam crises da doença e isso resulta em desânimo e frustração.

Os sintomas apresentados pelos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal podem gerar mudanças de grande impacto em suas vidas diárias, tanto física, como emocional e socialmente. Como forma de identificar e descrever os fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com DII, os resultados foram agrupados em tópicos: sinais e sintomas, condições de exames, condições psicológicas, aspectos sociais, aspectos cognitivos e questões de trabalho.

5.2.1 Sinais e sintomas

Quadro 2 - Sinais e sintomas que influenciam a qualidade de vida em adultos com doença inflamatória intestinal. Porto Alegre, RS, 2013-2017.

SINAIS E SINTOMAS	AUTORES
Sintomas intestinais	Casellas et al., 2016 Norton; Dibley, Bassett, 2013 Lönnfors et al., 2014 Casellas et al., 2016 Devlen et al., 2014 Kim et al., 2013
Fadiga	Yoo et al., 2014 Cohen et al., 2014 Kim et al., 2017 Lönnfors et al., 2014
Dor	Lönnfors et al., 2014 Casellas et al., 2016
Síndrome das pernas inquietas	Takahara et al., 2017

Fonte: Giacometti, 2018

Os sintomas causados pela DII são fatores que prejudicam a vida diária dos pacientes. Lönnfors et al. (2014) relataram que, se comparando com pessoas saudáveis, 48% dos entrevistados achavam que sua vida foi significativamente afetada por sintomas da DII, mesmo quando estavam em remissão da doença.

A dor abdominal é um sintoma frequente relatado pelos pacientes, 87% referiu esse sintoma pelo menos uma vez por semana durante uma crise, e ainda alguns relatam que frequentemente acordavam do sono como resultado da dor. Da mesma forma foi descrito o sangramento gastrointestinal, diarreia e evacuações súbitas como sendo sintomas frequentes referidos por grande parte dos pacientes (LÖNNFORS et al., 2014).

A imprevisibilidade da ocorrência de sintomas resulta em dificuldade em planejar com antecedência coisas da vida cotidiana, pacientes precisam cancelar viagens ou eventos se seus sintomas pioram inesperadamente e, muitas vezes, precisam evitar certas atividades ou compromissos sociais, pois têm uma dieta restrita ou porque precisam manter proximidade aos banheiros (DEVLEN et al., 2014). Para os portadores de DII, o principal sintoma a ser controlado com o tratamento é a dor abdominal, seguido de urgência para evacuar e a diarreia (CASELLAS et al., 2016).

Em uma pesquisa realizada na Inglaterra, constatou-se que a maioria dos pacientes já teve alguma experiência de incontinência fecal (IF). Os pacientes mais jovens foram os menos afetados e o pico de maior ocorrência de IF foi entre 51 a 60 anos, sendo esse sintoma mais comum em mulheres. Aqueles que eram incontinentes regularmente relatavam ser mais incomodados por flatulências, uma qualidade de vida pobre e uma função social restrita, se comparados com aqueles que não apresentavam sintomas de incontinência. A dieta, estresse e a ansiedade agravaram os sintomas. Fezes mais soltas foram associadas a IF mais regulares, e 35% dos entrevistados também relataram incontinência urinária. Observou-se, também, que mais da metade dos pacientes não procurou assistência médica quanto a esse sintoma (NORTON; DIBLEY, BASSETT, 2013).

Mesmo durante períodos de remissão da doença, os hábitos intestinais dos pacientes geralmente não são considerados “normais” pelo público em geral. Os pacientes se sentem envergonhados devido aos sintomas, e humilhados caso se sujem em público; também ficam constrangidos por tomar remédios em ambientes sociais ou preocupados com o que os outros possam pensar ao ver o número de comprimidos necessários. Especialmente pacientes mais jovens sentem como um desafio a aceitação da DII como uma doença crônica que irá acompanhá-los por toda a vida (DEVLEN et al., 2014).

Um artigo citou que 65% dos pacientes apresentavam pelo menos um sintoma de distúrbio gastrointestinal funcional (DGIF) sendo a síndrome do intestino irritável a mais frequente, seguido de diarreia e dispepsia funcional. Nesse estudo a síndrome do intestino irritável foi significativamente associada à ansiedade. Pacientes com DGIF apresentaram

menores índices de qualidade de vida se comparados com aqueles sem distúrbio (KIM et al., 2013).

Quatro artigos citaram a fadiga como um sintoma da DII (YOO et al., 2014; COHEN et al., 2014; KIM et al., 2017 ; LÖNNFORS et al., 2014). Um estudo coreano tinha como objetivo estimar o nível de fadiga em pacientes com DII e fazer uma comparação com controles saudáveis, foi observado que pacientes com DII apresentavam sintomas de fadiga mais aumentados que pessoas sem nenhuma doença. A anemia e a taxa de sedimentação de eritrócitos influenciaram nos escores de fadiga em portadores de CU (YOO et al., 2014). Outra pesquisa feita com pacientes recém diagnosticados mostrou uma prevalência de fadiga de 26,4% na amostra. Foi detectado que pacientes com DC ativa eram mais propensos a ter fadiga do que aqueles em remissão da doença (COHEN et al., 2014).

Dois estudos apontam que pacientes fadigados apresentam menores índices de qualidade de vida se comparados com aqueles que não apresentam fadiga (YOO et al., 2014; COHEN et al., 2014). Lönnfors et al. (2014) mencionaram em seu artigo que pacientes com DII estavam cansados frequentemente, e isso era independente de como estava a atividade da doença. Por outro lado, Kim et al. (2017) mostram que grande parte dos pacientes expressou sentimentos de fadiga, fraqueza e desgaste em suas vidas diárias durante períodos de crise da doença. Pacientes fadigados relataram ter problemas com atividades habituais, apresentando prejuízo no trabalho, dor/desconforto, ansiedade e depressão mais frequentemente que pacientes que não apresentavam fadiga (COHEN et al., 2014).

Apenas um artigo citou a síndrome das pernas inquietas (SPI) como sendo um sintoma da DII. Takahara et al. (2017) mostraram que a SPI foi prevalente em 20% dos pacientes. Percebeu-se que a síndrome afeta a qualidade do sono, mas não se achou nenhuma relação com a diminuição de qualidade de vida nesses pacientes.

Lönnfors et al. (2014) mostraram em seu estudo que, durante períodos de crise da doença, pelo menos um quarto dos pacientes teve que cancelar ou reprogramar os compromissos a maior parte do tempo ou às vezes. Comparando as duas doenças, pacientes DC experimentaram com maior frequência distúrbios nas atividades diárias, como ingestão de alimentos, realização de exercício físico, em viagens e no trabalho/escola que pacientes com CU (MATSUMOTO et al., 2015).

Foi visto em alguns artigos as dificuldades que os pacientes encontram em sua dieta (DEVLEN et al., 2014; MATSUMOTO et al., 2015). Entretanto não foi encontrado nenhum

artigo que fale especificamente de como a alimentação influencia nos sintomas intestinais, e de como uma melhor dieta poderia melhorar a QV dos pacientes com DII.

5.2.2 Condições de exames

Quadro 3- Condições de exames que influenciam a qualidade de vida em adultos com Doença inflamatória intestinal. Porto Alegre, RS, 2013-2017.

CONDIÇÕES DE EXAMES	AUTORES
Calprotectina fecal	Gauss et al., 2016
Níveis séricos de vitamina D	Torki et al., 2016 Castro et al., 2015

Fonte: Giacometti, 2018

Um estudo realizado no Irã mostrou que a deficiência/insuficiência de vitamina D estava presente em boa parte da amostra, e isso foi associado ao estado ativo da doença, mas não se achou nenhuma relação de baixos índices de vitamina D com a qualidade de vida (TORKI et al., 2015). Por outro lado, o artigo de Castro et al. (2015) mostrou que mais da metade da amostra era insuficiente de vitamina D, também se relacionou o estado ativo da doença com menores níveis de vitamina D. Entretanto nesse estudo se constatou que pacientes com baixos escores de qualidade de vida apresentavam também baixos índices de vitamina D se comparados com aqueles com escores mais altos de qualidade de vida. Torki et al. (2015) mostraram em seu estudo que aqueles pacientes com baixos índices de vitamina D eram mais jovens, tinham um índice de massa corporal (IMC) mais alto e leucócitos fecais mais frequentes se comparados com aqueles com vitamina D normal.

Um artigo realizado por Gauss et al. (2016) tinha como objetivo investigar a relação dos níveis de calprotectina fecal (CF) e a QV em pacientes com DII. No estudo se relacionou a CF com a qualidade de vida em pacientes com colite ulcerativa e doença de Cohn colônia, mas não na doença de Crohn ileal.

5.2.4 Condições psicológicas

Quadro 4- Condições psicológicas que influenciam a qualidade de vida em adultos com doença inflamatória intestinal. Porto Alegre, RS, 2013-2017.

CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS	AUTORES
Ansiedade	Rochelle; fidler., 2013 Kim et al., 2013 De boer et al., 2016 Freitas et al., 2015a Freitas et al., 2015b
Depressão	Zhang et al., 2013 Kim et al., 2013 De boer et al., 2016 Freitas et al., 2015a Long et al., 2014 Freitas et al., 2015b Rochelle; fidler., 2013
Ideação suicida	Kim et al., 2017
Medo/preocupações	Devlen et al., 2014 Norton; dibley, bassett, 2013 Lönnfors et al., 2014 Kim et al., 2017
Estresse	Tabibian et al., 2015 Kim et al., 2017 Devlen et al., 2014

Fonte: Giacometti, 2018

Em seis artigos a depressão se mostrou prevalente em mais de um quinto dos pacientes (ZHANG et al., 2013; KIM et al., 2013; DE BOER et al., 2016; FREITAS et al., 2015a; LONG et al., 2014; FREITAS et al., 2015b). E em quatro artigos a ansiedade era prevalente em mais de um quarto dos pacientes com DII (KIM et al., 2013; DE BOER et al., 2016; FREITAS et al., 2015a; FREITAS et al., 2015b).

Pacientes que acreditavam que sua doença duraria muito tempo tinham níveis mais altos de depressão, também aqueles que não perceberam que a medicação controlaria sua doença, e os que achavam que sua doença afetava sua capacidade de levar uma vida normal apresentavam maior probabilidade de apresentar sintomas depressivos. Quanto mais

compreensivos os pacientes eram em relação a sua doença, maior a probabilidade de terem sentimentos de depressão e ansiedade (ROCHELLE; FIDLER. 2013).

Foram encontrados menores índices de qualidade de vida em pacientes com depressão, independente da atividade da doença, e não há diferença de prevalência de depressão em pacientes com doença ativa ou inativa (ZHANG et al., 2013). Já outra pesquisa, realizada apenas com pacientes com DII em remissão, mostrou que esses indivíduos apresentam níveis mais altos de depressão que pessoas saudáveis (KIM et al., 2013).

Nos EUA se realizou um estudo com idosos com mais de 65 anos, constatando-se que a depressão nessa faixa etária era prevalente em 22,6% dos participantes. A depressão em idosos foi associada ao aumento da atividade da doença, redução da qualidade de vida, e uma menor adesão à medicação. Também se associou a depressão com baixos níveis de educação, maior uso de corticoides e níveis inferiores de exercício físico (LONG et al., 2014).

Um estudo abordou as questões referentes ao uso da religião como estratégia de enfrentamento das dificuldades desencadeadas pela DII. Freitas et al. (2015b) visavam estudar as associações do enfrentamento religioso com algumas variáveis relacionadas à saúde dos pacientes. Os pacientes utilizaram mais estratégias positivas de enfrentamento religioso do que negativas, e os dois estados estavam associados a sintomas de ansiedade. A luta religiosa (enfrentamento negativo) estava ligada a mais sintomas de sofrimento psicológico e menor adesão ao tratamento, mas por sua vez o enfrentamento religioso positivo foi associado a níveis mais baixos de sofrimento psicológico e maior satisfação com a saúde (FREITAS et al. 2015b).

A ideação suicida foi vista em apenas um artigo, onde 37% da amostra da pesquisa relatava ter vontade de cometer suicídio. Kim et al. (2017) associaram esse sentimento a atendimentos prévios em emergências e hospitais, cirurgias prévias, experiência de dor abdominal e uso de medicamentos biológicos.

O senso de coerência (SCO) visa explicar por que algumas pessoas, independentemente de grandes situações estressantes e dificuldades graves, adoecem e outras, não. A teoria de Antonovsky (apud FREITAS et al., 2015a) supõe que um indivíduo com um SCO forte mantém e melhora a saúde através de um enfrentamento efetivo e flexível de estressores, adotando a melhoria da saúde e evitando comportamentos não saudáveis. Por outro lado, baixos níveis de SCO caracterizam indivíduos que não percebem estressores como previsíveis e explicáveis, e não confiam em sua capacidade de superá-los. Com isso, se constatou no estudo que níveis mais baixos de SCO estão associados a níveis mais altos de

ansiedade e sintomas depressivos em pacientes com DII. Também se viu que níveis mais baixos de ansiedade e um SCO mais elevado estão associados a uma melhor qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DII (FREITAS et al., 2015a).

Kim et al. (2017) mostraram que grande parte dos pacientes estava preocupada com o futuro. Lönnfors et al. (2014) revelaram que a maioria dos entrevistados relatava estar algumas vezes preocupada com a próxima crise da doença e alguns preocupam-se com isso o tempo todo. Ser mais jovem, ter baixa renda e experiência de dor abdominal foram associadas à ansiedade sobre o futuro (KIM et al., 2017).

Os pacientes têm preocupações relacionadas a doenças que incluem: curso futuro da doença, possível vida útil encurtada e o risco de desenvolver câncer. Também têm preocupações relacionadas aos possíveis efeitos colaterais de seus tratamentos atuais, preocupação se o tratamento atual deixaria de ser eficaz e com a necessidade de progredir para tratamentos mais sérios ou até mesmo para a cirurgia. Pacientes também sentem medo de ter uma crise e de serem incontinentes. Os que querem iniciar uma família ou ter mais filhos preocupam-se se a doença ou o medicamento afeta a gravidez e também com a possibilidade de passar a doença para seus filhos (DEVLEN et al., 2014).

Um estudo realizado na Inglaterra por Norton, Dibley e Bassett (2013) sobre incontinência fecal, indicou que aqueles que tinham incontinência frequentemente eram mais propensos a pensar que teriam um acidente intestinal e se sentiram incomodados com isso. No entanto, mais da metade das pessoas que relataram nunca ter tido incontinência fecal, referiram que pensavam nisso, mesmo que raramente.

Por causa dos sintomas intestinais da natureza da doença, grande parte dos pacientes se preocupa com a disponibilidade de banheiro quando vai a um lugar novo, alguns mantêm uma lista escrita ou mental de banheiros limpos e acessíveis quando saem de casa, também consideram a disponibilidade de banheiros quando planejam participar de algum evento, e alguns já precisaram ser rudes com outras pessoas para chegar mais rapidamente em um banheiro (LÖNNFORS et al., 2014).

Devlen et al. (2014) mostram que os pacientes relataram ter que gerenciar os estresses do trabalho de forma mais eficaz afim de evitar o agravamento dos sintomas. Outra pesquisa revelou que a maioria dos pacientes se sentiu estressada e que foram afetados psicologicamente mesmo estando em remissão da doença (KIM et al., 2017). Tabibian et al. (2015) mostram que maiores níveis de estresse percebido estão entre os preditores de uma pior qualidade de vida relacionada à saúde e uma menor adesão ao tratamento.

5.2.5 Aspectos sociais

Quadro 5- Aspectos sociais que influenciam a qualidade de vida em adultos com doença inflamatória intestinal. Porto Alegre, RS, 2013-2017.

ASPECTOS SOCIAIS	AUTORES
Relacionamento íntimo e familiar	Kim et al., 2017 Lönnfors et al., 2014 Devlen et al., 2014 Lesnovska et al., 2014
Relacionamento no trabalho	Lönnfors et al., 2014
Relacionamento com o profissional da saúde	Lesnovska et al., 2014 Lönnfors et al., 2014

Fonte: Giacometti, 2018

No convívio social, os laços de amizades muitas vezes são prejudicados por causa da doença, a maioria dos pacientes relatou que a DII os impediu de fazer novos amigos, ou de manter aquelas amizades já existentes. Ser jovem e ter hospitalizações e cirurgias prévias foi relacionado a um impacto negativo nas relações (KIM et al., 2017).

A DII também pode afetar a vida íntima dos pacientes. Um artigo mostrou que 35% dos entrevistados acham que a doença impediu de buscar um relacionamento íntimo e 17% refere que a DII acabou com um relacionamento (LÖNNFORS et al., 2014). Entretanto, outro artigo expos que 47% dos entrevistados relataram ter terminado um relacionamento por causa da doença. (KIM et al., 2017)

No ambiente de trabalho, o relacionamento interpessoal também pode ser afetado. Alguns pacientes referiram que ouviram comentários injustos, de seus superiores ou colegas, sobre seu desempenho no trabalho em relação à doença, e sentiram que tinham sido discriminados devido à DII (LÖNNFORS et al., 2014).

Devlen et al. (2014) mostram que embora muitas vezes a família e amigos sejam vistos como apoiadores, alguns pacientes referiram que os mesmos são carentes de compreensão sobre a doença. Vários sentiram que seus familiares tinham necessidade maior de conhecimento sobre a doença do que eles próprios (LESNOVSKA et al., 2014).

Foi tido como um dilema pelos pacientes o fato de contar ou não aos outros sobre a doença. Veem isso como um obstáculo a superar, relatar ou divulgar a doença para novos amigos ou parceiros em potencial. Por causa da natureza da doença alguns pacientes acham vergonhoso falar sobre seus sintomas intestinais (LESNOVSKA et al., 2014; DEVLEN et al., 2014).

Um achado importante para os profissionais de saúde foi que os pacientes referiam que as informações fornecidas deveriam ser em uma linguagem relativamente simples para que pudessem entender, também gostavam de ser membros de associações de pacientes, entretanto outros sentiam medo de aprender com a experiência dos outros (LESNOVSKA et al., 2014). Grande parte dos pacientes se mostrou interessada em fazer um curso educacional online sobre a DII (TABIBIAN et al., 2015).

Quanto ao relacionamento com os profissionais de saúde, foi visto que os pacientes achavam melhor ter uma discussão com uma enfermeira ou médico do que ser obrigado a basear seus conhecimentos nas informações impressas que lhe são enviadas (LESNOVSKA et al., 2014). Lönnfors et al. (2014) expressam que grande parte dos pacientes achavam que não eram capazes de dizer ao seu médico algo potencialmente importante sobre a sua doença e achavam que seu gastroenterologista deveria ter feito mais perguntas para melhor entender seu estado de saúde.

5.2.5 Aspectos Cognitivos

Quadro - Aspectos cognitivos que influenciam a qualidade de vida em pacientes com doença inflamatória intestinal. Porto Alegre, RS, 2013-2017.

ASPECTOS COGNITIVOS	AUTORES
Expectativas e objetivos	Devlen et al., 2014 Casellas et al., 2016
Conhecimento da doença	Lesnovska et al., 2014 Hou et al., 2015

Fonte: Giacometti, 2018

Casellas et al. (2016) tinham como objetivo determinar a expectativas dos pacientes quanto ao tratamento. Os pacientes listaram melhorar a qualidade de vida, ter os sintomas completamente resolvidos e evitar cirurgias, recidivas e ostomias como os objetivos mais importantes. Os pacientes também tinham desejo de que a doença fosse curada, de ter uma vida normalizada, evitar recaída, poder comer qualquer coisa, praticar esportes, viajar, não ter que encontrar um banheiro caso precisem usar, sair tranquilo, não se preocupar; entre outros. Outro artigo mostrou que, para muitos pacientes, o objetivo era reduzir as doses dos medicamentos ao mínimo necessário para controlar os sintomas da doença (DEVLEN et al., 2014).

Lesnovska et al. (2014) investigavam a necessidade de conhecimento em pacientes com DII. Os pacientes precisavam de mais conhecimento sobre a anatomia, as funções normais do corpo e a causa da doença, queriam saber se alguns dos sintomas que sentiam estavam relacionados à doença. Foi mostrado que alguns não queriam saber a causa da doença por relatarem que esse conhecimento apenas criaria um sentimento de culpa, ou ainda que mais conhecimento seria inútil, visto que não existe cura para a doença. Alguns achavam tranquilizador aprender sobre os riscos e as complicações que poderiam ocorrer, achavam esse conhecimento valioso pois os ajudaria a ficar atentos aos sintomas e a buscarem tratamento em tempo hábil. Outros, por sua vez, achavam inútil, pois achavam que essas informações só criavam ansiedade sobre algo que nunca poderia acontecer.

Sobre os métodos de aquisição de conhecimento, os pacientes valorizam receber as informações verbalmente, mas também desejam por escrito, gostam muito de cartazes com fotos onde possam visualizar a anatomia do corpo humano. Os pacientes querem ser atualizados quando algo novo no campo acontece, e querem saber sobre novos achados de pesquisas (LESNOVSKA et al., 2014).

Ter sido diagnosticado com DII em uma idade mais jovem, ter a doença por mais tempo, ser caucasiano, e possuir ensino superior são fatores associados a ter um maior conhecimento sobre a doença, segundo um estudo realizado nos EUA com veteranos militares. Entretanto não há relação entre níveis de qualidade de vida e o conhecimento sobre doença (HOU et al., 2015).

5.2.6 Questões de trabalho

Quadro 7- Questões de trabalho que influenciam a qualidade de vida de adultos com doença inflamatória intestinal. Porto Alegre, RS, 2013-2017.

QUESTÕES DE TRABALHO	AUTORES
Pensão por invalidez	Ramos et al., 2015 De boer et al., 2016
Afastamento/faltas/atestados	Kim et al., 2017 Devlen et al., 2014 Lönnfors et al., 2014 De boer et al., 2016
Desempenho no trabalho	Lönnfors et al., 2014 De boer et al., 2016
Incapacidade	Ramos et al., 2015
Impacto econômico	Kim et al., 2017

Fonte: Giacometti, 2018

Dois artigos mostraram que os pacientes frequentemente estavam ausentes ou de licença médica devido à DII (KIM et al., 2017; DE BOER et al., 2016). Devlen et al. (2014) citaram que a dor, fadiga e a frequência ao banheiro foram os motivos pelos quais os pacientes ficaram ausentes do trabalho/escola durante uma crise da doença. Segundo Lönnfors et al. (2014), os motivos mais comuns para ausência eram fadiga e falta de energia para passar o dia, consulta médica, ida ao hospital ou emergência e câibra ou abdômen doloroso. Os autores também mostraram que alguns pacientes tiveram que fazer ajustes na sua vida profissional, como trabalhar em casa, em meio período e em horários flexíveis. Também foi relatado que alguns pacientes estavam ausentes devido à preocupação com os sintomas, ou invés de realmente terem os sintomas, eles relataram sentimentos como: temer que a frequência de idas ao toalete interferisse no trabalho ou que chamasse a atenção dos colegas para a doença, se preocupavam com gases e o desconforto e alguns com algum constrangimento que pudesse surgir.

Devlen et al. (2014) citam que a probabilidade de ter crises ou lidar com os sintomas recorrentes afetou os planos de carreira. Outro artigo mostrou que boa parte (56%) dos pacientes relatou que a DII afetou sua carreira e mais de 30% disse ter perdido o emprego ou teve que se demitir devido à doença. A DII afetou o comportamento no trabalho de diversas maneiras. Pelo menos um quarto dos pacientes se sentiram menos motivados devido à doença e não participavam das atividades sociais do trabalho, Entretanto, alguns pacientes relataram que seu desempenho no trabalho não foi afetado (LÖNNFORS et al., 2014).

Foi citado em um artigo que grande parte dos pacientes tiveram problemas de concentração durante o trabalho e trabalharam mais devagar que o normal. Alguns se isolaram dos seus colegas e tiveram dificuldades de tomar decisões, e suas produções ficaram atrasadas e alguns disseram que seu trabalho teve que ser feito por outros (DE BOER et al., 2016).

Pacientes sem atividade remunerada tinham uma pior qualidade de vida, doença ativa mais frequente e maiores taxas de depressão e ansiedade que pacientes empregados (DE BOER et al., 2016).

Kim et al. (2017) associaram o uso de esteroides e biológicos, hospitalizações, cirurgias prévias e dor abdominal a um impacto negativo da DII no trabalho. Os pacientes relataram diminuição da qualidade de vida devido à carga econômica causada pela doença, também foi exposto no artigo que alguns pacientes interromperam o tratamento médico por causa do ônus econômico. Da mesma forma, outro estudo mostrou que pacientes apresentam menores taxas de emprego e menores rendimentos anuais que uma população saudável (MATSUMOTO et al., 2015).

Ramos et al. (2015) mostraram em sua pesquisa que 31,8% dos pacientes apresentavam algum grau de incapacidade reconhecido oficialmente. No entanto, apenas uma minoria dos pacientes tinha uma incapacidade de trabalho relacionada à DII suficientemente grave para se qualificar para uma pensão por invalidez, mas se viu que a incapacidade aumenta em pacientes com uma longa duração da doença. Os autores relacionaram a aposentadoria por invalidez à idade, atividade da doença, necessidade de tratamento com anti-TNF, incontinência fecal e ostomias. Na pesquisa, apenas 4,1% dos pacientes recebiam aposentadoria por invalidez. No entanto, outro artigo trouxe que 23% dos pacientes recebiam pensão por invalidez (DE BOER et al., 2016).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo descrever os fatores clínicos e psicossociais que influenciam a qualidade de vida de adultos com doença inflamatória intestinal afim de melhor informar os profissionais de saúde quando a esse assunto. Constituiu-se de uma revisão integrativa segundo Cooper, que incluiu 25 artigos científicos publicados no período de 2013 a 2017, selecionados após buscas em bases de dados nacionais e internacionais.

Os achados desse estudo permitem identificar que os sinais e sintomas da doença e as condições de exames, psicológicas, sociais, cognitivas e laborais que são decorrentes da DII afetam a vida cotidiana dos pacientes e alteram a qualidade de vida. Observou-se que fatores como, depressão, ansiedade, atividade da doença, distúrbio gastrointestinal funcional, baixos índices de vitamina D e fadiga diminuem os índices de QV em pacientes com DII.

Observa-se que em nossa sociedade existe um estigma em falar sobre sintomas intestinais comuns a todo ser humano, como: flatulências, evacuação, necessidade de usar o sanitário. Por causa disso, os pacientes com DII apresentam mais dificuldades ainda para lidarem com esses sintomas quando estão em público, pois se sentem receosos do que pessoas possam pensar. Nota-se que muitos pacientes, por causa da urgência para evacuar ou pela incontinência fecal, necessitam ter sanitários próximos, e por causa disso acabam tendo dificuldades no trabalho e criando medos e barreiras para frequentar lugares e conhecer pessoas novas. Por isso é essencial que haja uma maior divulgação da doença e de seus sintomas para a população em geral.

O presente estudo também mostrou que os pacientes têm necessidade de mais conhecimento sobre a própria doença, e que esse conhecimento precisa ser transmitido pelos profissionais da saúde de maneira simples e clara, de modo que os pacientes de todos os níveis educacionais possam entender. É essencial que se inclua também a família em todas as etapas da doença, pois a família necessita do conhecimento e de amparo tanto quanto o paciente. Também é de responsabilidade dos profissionais de saúde estimular os pacientes a participarem de grupos de apoio a DII, onde podem trocar experiências e se apoiarem mutuamente.

Se notou no estudo altos índices de ansiedade, depressão e ideação suicida em pacientes com DII. Por isso é essencial que os profissionais de saúde tenham conhecimento

tanto da parte fisiopatológica da doença, quanto da parte emocional, tratando assim o paciente como um todo, não olhando apenas para a doença. Esses pacientes precisam ser atendidos por uma equipe multidisciplinar, não apenas por médicos, mas também por psicólogos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais, com quem os pacientes possam discutir suas dúvidas e ter conversas francas e abertas sobre a doença, estilo de vida, expectativas com o tratamento e prognóstico.

Dentre as limitações encontradas nesse estudo, existe falta de trabalhos que enfatizem a atuação do enfermeiro, visto a essencial importância da participação desse profissional no tratamento e acompanhamento do paciente com DII. Durante a busca de artigos nas bases de dados houve uma grande limitação no que se refere a estudos nacionais. Ao realizar essa RI, pode-se constatar que, na realidade brasileira, mesmo com o aumento da incidência da doença no país, ainda não se possui conhecimentos suficientes sobre a DII. Isto leva a crer que há uma necessidade de realizar mais pesquisas nacionais sobre o assunto, para que os profissionais da saúde possam estar mais qualificados para o cuidado dos pacientes no contexto brasileiro.

Pessoalmente foi muito gratificante realizar esse trabalho, pois como convivo com uma portadora de DII, sei o quanto a qualidade de vida é realmente afetada e como é necessário um maior conhecimento e um maior preparo por parte dos profissionais da saúde para atender de forma qualificada e empática os pacientes, onde eles possam se sentir seguros e compreendidos quanto a sua doença.

REFERÊNCIAS

- ALEXAKIS, C et al. Perspectives and attitudes of young patients with inflammatory bowel disease: symptoms, burden of disease and communication with their healthcare professionals. **Frontline Gastro**, London, v. 5, n. 3, p.197-202, 13 dez. 2013.
- ANDRADE, Adriana Conceição de Mello et al. Perfil da doença de Crohn fistulizante em atividade em dois serviços universitários em Salvador- Bahia. **Rev Bras Coloproct**, Salvador, v. 25, n. 3, p. 241-248, jul. 2005.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**. Informação e documentação – Referências – Elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.
- AZEVEDO, Matheus Freitas Cardoso de et al. Como diagnosticar e tratar doença inflamatória intestinal. **Rev Bras Med**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 12, p. 46-58, dez. 2014.
- BERNSTEIN, Charles et al. **World Gastroenterology Organisation Global Guideline: Inflammatory Bowel Disease**. Milwaukee (EUA): World Gastroenterology Organization, 2015. Disponível em: <<http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/inflammatory-bowel-disease-ibd/inflammatory-bowel-disease-ibd-portuguese>>. Acesso em: 18 jun. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 483**, de 01 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 22 jun. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 966**, de 02 de outubro de 2014. Doença de Crohn: protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/06/Publica----o-out2014-Doen--a-Crhon-portaria-n-966-de-02-out-2014.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2017.
- CASELLAS, Francesc et al. Patient preferences for inflammatory bowel disease treatment objectives. **Dig Liver Dis**, Barcelona, v. 49, n. 2, p. 152-156, 2016.
- CASTRO, Francisca D. D. et al. Lower levels of vitamin D correlate with clinical disease activity and quality of life in inflammatory bowel disease. **Arq. Gastroenterol**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 260-265, 2015.
- COELHO, Maria Isabel Dias. **Qualidade de vida e doença inflamatória intestinal: avaliação de um grupo de doentes na consulta de doença inflamatória intestinal do Centro Hospitalar Cova da Beira**. 2010. 59 f. Dissertação (Mestrado) - Curso Magalhães de

Medicina, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2010. Disponível em: <www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=9e867724e8964691>. Acesso em: 22 jun. 2017.

COHEN, B. L. et al. Fatigue is highly associated with poor health-related quality of life, disability and depression in newly-diagnosed patients with inflammatory bowel disease, independent of disease activity. **Aliment Pharmacol Ther**, New York, v. 39, n. 8, p. 811-822, 2014.

COOPER, Harris M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. **RER**, Washington, DC, v. 52, n. 2, p. 291-302, 1982.

DAHLHAMER, James M. et al. Prevalence of inflammatory bowel disease among adults aged ≥ 18 years — United States, 2015. **MMWR**, Atlanta, v. 65, n. 42, p. 1166-1169, 28 out. 2016.

DE BOER, Angela G.E.M. et al. Employment status, difficulties at work and quality of life in inflammatory bowel disease patients. **Eur J Gastroenterol Hepatol**, Amsterdam, v. 28, n. 10, p. 1130-1136, 2016.

DEVLEN, Jennifer et al. The burden of inflammatory bowel disease: a patient-reported qualitative analysis and development of a conceptual model. **Inflamm Bowel Dis**, Boston, v. 20, n. 3, p. 545-552, 2014.

DÍAZ-SIBAJA, Miguel Ángel et al. Tratamiento psicológico protocolizado en grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales: efectos sobre la calidad de vida. **Clínica y Salud**, Madrid, v. 19, n. 2, p.231-247, jul. 2008.

FREITAS, Thiago H. et al. Associations of sense of coherence with psychological distress and quality of life in inflammatory bowel disease. **World J. Gastroenterol**, Ioannina, Grécia, v. 21, n. 21, p. 6713-6727, 2015a.

FREITAS, Thiago H. et al. Religious coping and its influence on psychological distress, medication adherence, and quality of life in inflammatory bowel disease. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.37, n. 3, p. 219-227, 2015b.

GAUSS, Annika et al. Quality of life is related to fecal calprotectin concentrations in colonic Crohn disease and ulcerative colitis, but not in ileal Crohn disease. **Medicine**, Heidelberg, v. 95, n. 16, p. 1-12, 2016.

GENERAL ASSEMBLY OF VIRGINIA. Emenda nº 59,1-550, de 09 de janeiro de 2013, **Restroom Access Act**. Disponível em: <<http://lis.virginia.gov/cgi-bin/legp604.exe?131+ful+HB1375+pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

GUYATT, Gordon et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. **Gastroenterology**, Bethesda (EUA), v. 96, n. 3, p. 804-10, 1989.

HOU, Jason K. et al. Assessment of disease specific knowledge and health-related quality of life among United States military veterans with inflammatory bowel disease. **World J. Gastroenterol**, Houston, v. 21, n. 19, p. 6001-6007, 2015.

KIM, Eun S. et al. Predictive factors of impaired quality of life in Korean patients with inactive inflammatory bowel disease: association with functional gastrointestinal disorders and mood disorders. **J. Clin. Gastroenterol**, Gyeongju, 47, n. 4, p. 38-44, 2013.

KIM, Isaacs. Doenças inflamatórias do trato gastrointestinal. In: RUNGE, Marschall; GREGANTI, Andrew. **Netter Medicina Interna**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. Cap. 60. p. 436-445.

KIM, Young S. et al. Impact of inflammatory bowel disease on daily life: an online survey by the Korean Association for the Study of Intestinal Diseases. **Intest. Res**, Seoul, v. 15, n. 3, p. 338-344, 2017.

LESNOVSKA, Katarina P. et al. What do patients need to know? Living with inflammatory bowel disease. **J Clin Nurs**, Linköping, SWE, v. 23, n. 11-12, p. 1718-1725, 2014.

LICHTENSTEIN, Gary R. Doença inflamatória intestinal. In: GOLDMAN, Lee; SCHAFER, Andrew I. **Goldman Cecil Medicina**. 24. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. Cap. 143. p. 1043-1051.

LONG, Millie D. et al. Risk factors for depression in the elderly inflammatory bowel disease population. **J. Crohn's Colitis**, Chapel Hill, USA, v. 8, n. 2, p. 113-119, 2014.

LÖNNFORS, Sanna et al. IBD and health-related quality of life — Discovering the true impact. **J. Crohn's Colitis**, Brussels, BEL, v. 8, n. 10, p. 1281-1286, 2014.

LOPEZ CORTES, R. et al. Quality of life in patients with inflammatory bowel diseases. **An. Sist. Sanit. Navar**, Pamplona, ESP, v. 39, n. 1, p. 123-131, 2016.

MAGALHÃES, Joana et al. Qualidade de vida dos doentes com doença inflamatória intestinal: importância dos fatores clínicos, demográficos e sociais. **Arq. Gastroenterol**, São Paulo, v. 51, n. 3, p.192-197, jun.set. 2014.

MATSUMOTO, Takayuki et al. Internet-orientated assessment of QOL and actual treatment status in Japanese patients with inflammatory bowel disease: The 3I survey. **J. Crohn's Colitis**, Tokyo, v. 9, n. 6, p. 477-482, 2015.

MCQUAID, Kenneth R. Trato alimentar: doenças do cólon e reto. In: TIERNEY JUNIOR, Lawrence M. et al. **Diagnóstico e tratamento 2004: um livro médico LANGE**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004. Cap. 14. p. 571-674.

NORTON, Christine; DIBLEY, Lesley B.; BASSETT, Paul. Faecal incontinence in inflammatory bowel disease: associations and effect on quality of life. **Journal Of Crohn's And Colitis**, London, v. 7, n. 8, p. 302-311, 2013.

OSTERMAN, Mark T.; LICHTENSTEIN, Gary R. Colites ulcerativas. In: FELDMAN, Mark; FRIEDMAN, Lawrence S.; BRANDT, Lawrence J. **Sleisenger & Fordtran Tratado Gastrointestinal e doenças do fígado**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. Cap. 112. p. 2017-2056.

PONTES, Rose Meire Albuquerque et al. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal: tradução para o português e validação do questionário. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 41, n. 2, p.137-143, jun. 2004.

RAMOS, Alexis et al. IBD-related work disability in the community: prevalence, severity and predictive factors. A cross-sectional study. **UEG Journal**, Barcelona, v. 3, n. 4, p. 335-342, 2015.

ROCHELLE, Tina L; FIDLER, Helen. The importance of illness perceptions, quality of life and psychological status in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. **J. Health Psychol**, Kowloon, Hong Kong, v. 18, n. 7, p. 972-983, 2013.

SANDS, Bruce; A.SIEGEL, Corey. Doença de Cronh. In: FELDMAN, Mark; FRIEDMAN, Lawrence S.; BRANDT, Lawrence J. **Sleisenger & Fordtran Tratado Gastrointestinal e Doenças do Fígado**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. Cap. 111. p. 1983-2016.

SARLO, Roberta Soares; BARRETO, Carolina Ribeiro; DOMINGUES, Tânia Arena Moreira. Compreendendo a vivência do paciente portador de doença de Crohn. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 629-635, 2008.

SMELTZER, Suzane C. et al. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOUZA, Mardem Machado de et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 4, p.479-484, 2011.

TABIBIAN, Anilga et al. Predictors of health-related quality of life and adherence in crohn's disease and ulcerative colitis: implications for clinical management. **Dig Dis Sci**, New York, v. 60, n. 5, p. 1366-1374, 2015.

TAKAHARA, Ikuko et al. Prevalence of restless legs syndrome in patients with inflammatory bowel disease. **Dig Dis Sci**, Nagasaki, v. 62, n. 3, p. 761-767, 2017.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med**, Bethesda, USA, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/027795369500112K>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

TIFERES, Dario; JAYANTHI, Shiri; LIGUORI, Adriano. Cólon, Reto e Apêndice. In: SILVA, C. Isabela S. et al. **Gastrointestinal - Série Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem**, Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. Cap. 6. p. 203-252

TORKI, Mehdi et al. Vitamin D deficiency associated with disease activity in patients with inflammatory bowel diseases. **Dig Dis Sci**, Isfaha, IRI v. 60, n. 10, p. 3085-3091, 2015.

TSOUKKA, Maria et al. Estimation of quality of life in Cypriot patients with inflammatory bowel disease. **World J. Gastroenterol**, Pleasanton, USA, v. 23, n. 1, p. 121-126, 2017.

YOO, Suhyeon et al. Fatigue severity and factors associated with high fatigue levels in Korean patients with inflammatory bowel disease. **Gut and Liver**, Seoul, 8, n. 2, p. 148-153, 2014.

ZHANG, Clarence K. et al. The influence of depression on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. **Inflamm Bowel Dis**, New Haven, USA, v. 19, n. 8, p. 1732-1739, 2013.

APÊNDICE A – Formulário para avaliação dos dados

Título				
Revista				
Ano		Volume		Número
País do estudo:				
Autor(es)				
Objetivo				
Metodologia				
Resultados				
Conclusão/ recomendações				

Fonte: Giacometti, 2018

APÊNDICE B – Quadro Sinóptico

Artigo	Autor e Ano	Objetivo	Tipo de estudo
01			
02			
03			
04			
05			

Fonte: Giacometti, 2018