

Aspectos sociodemográficos em pacientes com doenças inflamatórias intestinais em um centro de referência em Salvador- BA

Sociodemographic aspects in patients with inflammatory bowel diseases in a reference center in Salvador – BA

DOI:10.34117/bjdv7n3-799

Recebimento dos originais: 08/02/2021

Aceitação para publicação: 01/03/2021

Larissa do Prado Palmiro

Acadêmica do Curso de Medicina pela Universidade do Estado da Bahia
Instituição: Universidade do Estado da Bahia
Endereço: Rua Silveira Martins, 2555, Cabula, Salvador, Bahia - BA, Brasil
E-mail: larissapalmiro@gmail.com

Juliana Santana de Andrade

Acadêmica do Curso de Medicina pela Universidade do Estado da Bahia
Instituição: Universidade do Estado da Bahia
Endereço: Rua Silveira Martins, 2555, Cabula, Salvador, Bahia - BA, Brasil
E-mail: julisantandrade@gmail.com

Kelly Milessa Moraes de Sousa

Acadêmica do Curso de Medicina pela Universidade do Estado da Bahia
Instituição: Universidade do Estado da Bahia
Endereço: Rua Silveira Martins, 2555, Cabula, Salvador, Bahia - BA, Brasil
E-mail: kelmilessa@gmail.com

Adriano Gutemberg Neves Dias

Acadêmico do Curso de Medicina pela Universidade do Estado da Bahia
Instituição: Universidade do Estado da Bahia
Endereço: Rua Silveira Martins, 2555, Cabula, Salvador, Bahia - BA, Brasil
E-mail: adrianogutemberg_09@hotmail.com

Mariana Nery de Andrade

Acadêmica do Curso de Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Endereço: Rua Silveira Martins, 100, Cabula, Salvador, Bahia - BA, Brasil
E-mail: marianaandrade17.1@bahiana.edu.br

Neogelia Pereira De Almeida

Mestre em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia
Instituição: Preceptora da Residência Médica de Gastroenterologia do Hospital Geral Roberto Santos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
Endereço: Rua Direta do Saboeiro, s/n - Cabula, Salvador – BA, Brasil
E-mail:neoalmeida@yahoo.com.br

Flora Maria Lorenzo Fortes

Mestranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade do Estado da Bahia

Instituição: Professora de Clínica Médica e Gastroenterologia na Universidade Salvador-UNIFACS e Preceptora de Endoscopia Digestiva no Hospital Geral Roberto Santos
Endereço: Rua Direta do Saboeiro, s/n - Cabula, Salvador – BA, Brasil
E-mail: florafortes@gmail.com

Genoile Oliveira Santana

Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia
Instituição: Professora de Clínica Médica do curso de Medicina e da Pós Graduação de Ciências Farmacêuticas da Universidade do Estado da Bahia
Endereço: Rua Silveira Martins, 2555, Cabula, Salvador, Bahia - BA, Brasil
E-mail: genoile@uol.com.br

RESUMO

Introdução: As doenças inflamatórias intestinais são um grupo de doenças crônicas do trato gastrointestinal de evolução imprevisível e com possíveis recidivas que representam um grave problema de saúde. As clássicas são a Doença de Crohn e a Retocolite Ulcerativa, além da Colite não classificada, quando não é possível firmar o diagnóstico entre as formas clássicas. Aspectos sociodemográficos são a descrição de dados reais com a finalidade de delinear o perfil dos pacientes e detectar as possíveis alterações biopsicossociais a fim de promover uma assistência mais específica e, por conseguinte, conduta terapêutica mais adequada, proporcionando redução do tempo de hospitalização além de melhor qualidade de vida. **Objetivo:** Descrever os aspectos sociodemográficos em pacientes com doenças inflamatórias intestinais em um ambulatório de DII em um centro de referência da Bahia. **Método:** Estudo observacional, analítico e transversal realizado de junho/2018 a julho/2019, com aplicação de questionário e revisão de prontuários em centro de referência em DII em Salvador- BA. Foram realizadas análises da média, desvio padrão e frequência. **Resultados:** Foram entrevistados 235 pacientes com DII, sendo 35,3% (n=83) portadores de DC, 62,6% (n=147) de RCU e 2,1% de CNC. De todos os pacientes da amostra, 60,9% (n=143) eram do sexo feminino; 80,4% (n=189) residiam em zona urbana, 54,9% (n=129) da amostra era autodeclarada parda, seguido de 37% (n=87) autodeclarados negros. A média de idade geral foi de 45 anos (DP±14), 43,4% (n=102) da população afirmou ser casada e 27,7% (n=65) não tinham filhos. A religião mais prevalente foi católica com 46,8% (n=110) seguida da religião evangélica com 37,9% (n=89). Em relação à escolaridade, 44,7% (n=105) da população tinha ensino médio completo. 39,1% (n=92) afirmaram ter a renda familiar em até um salário mínimo e 27,7% (n=65) da amostra afirmou estar desempregado seguido de 23,8% (n=56) que alegou aposentadoria. 73,2% (n=172) negaram tabagismo, seguido de 25,1% (n=59) de tabagismo progressivo. O tempo de doença médio foi de 124 meses (DP±94). Analisando o fenótipo da doença, encontrou-se que 3% (n=7) tiveram diagnóstico com idade menor que 16 anos, 62,6% (n=147) com idade entre 17 e 40 anos e 34,5% (n=81) maior que 40 anos. Em relação à RCU, 46,3% (n=68) tiveram localização colite extensa, 38,8% (n=57) colite esquerda e apenas 15% (n=22) proctite. Já na DC, em relação à localização, 48,2% (n=40) tinham doença ileocolônica; 34,9% (n=29) colônica e 16,9% (n=14) ileal (L1); no que diz respeito ao comportamento, 55,4% (n=46) foram classificados como não estenosante e não penetrante (B1), 25,3% (n=21) como estenosante (b2) e 19,3% (n=16) como penetrante (b3); ademais, 33,7% (n=28) possuem associação com doença perianal e apenas 8,4% (n=7) mostraram envolvimento do TGS. As medicações mais utilizadas no momento atual foram: para RCU e CNC: Mesalazina supositório 41,9% (n=98) 60% (n=3), para DC: Azatioprina 30,3% (n=71), sendo o tratamento biológico com infliximabe e/ou adalimumabe presente em 18%

(n=43) de toda a amostra. Conclusão: Foi observada uma predominância nos perfis com diagnóstico de RCU, sexo feminino, etnia quase totalitária não-branca, procedente de zona urbana, casado, com apenas um filho, católico, escolaridade média completa, com renda familiar mensal inferior à dois salários-mínimos, desempregado com a maioria fechando o diagnóstico entre 17 e 40 anos. Fenotipicamente, a DC com maior frequência foi a com localização ileocolônica (L1), de comportamento inflamatório (B1) com mais de um terço dos pacientes apresentando doença perianal e menos de 10% com comprometimento de trato gastrointestinal alto. Já a extensão mais predominante nos pacientes com RCU foi colite extensa. Sobre os medicamentos, a azatioprina é a mais utilizada para tratamento de DC, seguindo dos imunobiológicos. Na RCU e CNC, a mesalazina tanto oral, como supositório dominam nas prescrições terapêuticas.

Palavras chaves: Doença inflamatória intestinal, aspectos sociodemográficos, doença de Crohn, retocolite ulcerativa, colite não classificada.

ABSTRACT

Introduction: Inflammatory bowel diseases are a group of chronic diseases of the gastrointestinal tract with unpredictable evolution and possible relapses that represent a serious health problem. The classical ones are Crohn's disease and ulcerative colitis, and unclassified colitis, when it is not possible to make a diagnosis among the classical forms. Sociodemographic aspects are the description of real data with the purpose of outlining the profile of patients and detecting possible biopsychosocial alterations in order to promote a more specific assistance and, consequently, a more adequate therapeutic conduct, providing a reduction in hospitalization time and a better quality of life. **Objective:** To describe sociodemographic aspects in patients with inflammatory bowel diseases at an IBD outpatient clinic in a reference center in Bahia. **Method:** Observational, analytical, and cross-sectional study conducted from June/2018 to July/2019, with application of a questionnaire and review of medical records in a reference center for IBD in Salvador- BA. Analyses of mean, standard deviation and frequency were performed. **Results:** 235 patients with IBD were interviewed, 35.3% (n=83) with CD, 62.6% (n=147) with CRU and 2.1% with CNC. Of all patients in the sample, 60.9% (n=143) were female; 80.4% (n=189) resided in urban areas, 54.9% (n=129) of the sample was self-reported brown, followed by 37% (n=87) self-reported black. The overall mean age was 45 years (SD±14), 43.4% (n=102) of the population claimed to be married, and 27.7% (n=65) had no children. The most prevalent religion was Catholic with 46.8% (n=110) followed by Evangelical with 37.9% (n=89). Regarding education, 44.7% (n=105) of the population had complete high school education. 39.1% (n=92) said their family income was up to one minimum wage and 27.7% (n=65) of the sample said they were unemployed followed by 23.8% (n=56) who claimed retirement. 73.2% (n=172) denied smoking followed by 25.1% (n=59) of prior smoking. The mean duration of illness was 124 months (SD±94). Analyzing the disease phenotype, it was found that 3% (n=7) were diagnosed under the age of 16 years, 62.6% (n=147) aged between 17 and 40 years, and 34.5% (n=81) older than 40 years. Regarding UCR, 46.3% (n=68) had extensive colitis location, 38.8% (n=57) left colitis and only 15% (n=22) proctitis. As for CD, regarding location, 48.2% (n=40) had ileocolonic disease; 34.9% (n=29) colonic and 16.9% (n=14) ileal (L1); Regarding behavior, 55.4% (n=46) were classified as non-stenosing and non-penetrating (B1), 25.3% (n=21) as stenosing (b2) and 19.3% (n=16) as penetrating (b3); furthermore, 33.7% (n=28) have an association with perianal disease and only 8.4% (n=7) showed TGS involvement. The most used medications at the current time were: for RCU and CNC: Mesalazine suppository 41.9% (n=98) 60% (n=3), for CD: Azathioprine 30.3% (n=71), with biological treatment

with infliximab and/or adalimumab present in 18% (n=43) of the entire sample. Conclusion: It was observed a predominance in the profiles with a diagnosis of UCR, female, almost total non-white ethnicity, coming from urban area, married, with only one child, catholic, complete average education, with monthly family income lower than two minimum wages, unemployed with the majority closing the diagnosis between 17 and 40 years. Phenotypically, the most frequent CD was ileocolonic (L1), with inflammatory behavior (B1), with more than one third of the patients presenting perianal disease and less than 10% with upper gastrointestinal tract involvement. The most prevalent extension in patients with RCU, on the other hand, was extensive colitis. Regarding drugs, azathioprine is the most widely used for CD treatment, followed by immunobiologicals. In RCU and CNC, both oral and suppository mesalazine dominate in therapeutic prescriptions.

Keywords: Inflammatory bowel disease, sociodemographic aspects, Crohn's disease, ulcerative rectocolitis, unclassified colitis.

1 INTRODUÇÃO (TEMA/OBJETIVOS/HIPÓTESES/JUSTIFICATIVA)

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são um grupo de doenças crônicas do trato gastrointestinal de evolução imprevisível e com possíveis recidivas que representam um grave problema de saúde, de ocorrência global, que tem chamado a atenção da comunidade científica à sua crescente incidência¹.

As clássicas são a Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU), diagnosticadas conforme suas características clínicas, endoscópicas radiológicas e histológicas. Além disso, alguns pacientes são portadores de colite não classificada (CNC), no qual não é possível firmar o diagnóstico definitivo das formas clássicas de DII².

Acredita-se que essas doenças tenham etiopatogenia multifatorial, com participações de fatores genéticos, ambientais, microbiota intestinal e reposta imune³. Apesar de não haver um achado isolado que possibilite um diagnóstico patognomônico definitivo entre elas, a resposta imune de cada uma afeta diferentes segmentos do trato gastrointestinal. Na RCU ocorre uma reação inflamatória difusa, caracterizada pela presença de abscessos nas criptas intestinais e infiltrado celular na lâmina própria, que acomete geralmente as regiões mucosa e submucosa do cólon e reto, tendo como principais sintomas diarreia, enterorragia, tenesmo, eliminação de muco e dor abdominal hipogástrica^{4,5}. Recidivas sintomáticas e remissões são frequentes e permanecem de semana até meses. Pode resultar em friabilidade difusa e erosões com sangramento⁶.

A DC, diferentemente, é mais abrangente em todo segmento intestinal, sendo mais frequente no íleo terminal e cólon, gerando uma inflamação crônica transmural, se caracterizando por lapsos de zonas saudáveis entre as regiões afetadas. Possui como

sintomas mais típicos crises de diarreia, febre, dor abdominal recorrente, geralmente, periumbilical e emagrecimento. Na evolução do quadro clínico, podem surgir complicações locais e sistêmicas⁴.

O termo colite não classificada é utilizado para pacientes com apresentação clínica de DII, com inflamação restrita ao cólon, sem envolvimento do intestino delgado, quando os resultados de exames endoscópicos não forem conclusivos e não houver características de DC ou RCU determinantes na biopsia⁷.

De forma geral, nas DII ocorre uma relevante correlação da gravidade com a extensão das lesões⁴. A classificação mais aplicada e que faz uso de parâmetros clínicos reprodutíveis e características epidemiológicas das DII é a de Montreal. Ela permite correlacionar fenótipos da doença com a situação clínica e com o prognóstico, a fim de obter terapêutica mais adequada a cada paciente⁸. Nela são utilizados os seguintes parâmetros para descrição: idade do diagnóstico, localização e comportamento das doenças^{2,9}.

O tratamento das DII objetiva reduzir a inflamação com conseqüente reparo das lesões, que resulta em alívio dos sintomas atuais, menor frequência de recidivas e melhor qualidade de vida. Para que as necessidades dos pacientes, a terapia inclui prescrição de medicamentos e dietas individualizadas. A Portaria 1318/2002, do Ministério da Saúde, prevê a distribuição de medicamentos de alto custo para os pacientes que preenchem os critérios de inclusão¹⁰.

Aspectos sociodemográficos são a descrição de dados reais, com o objetivo de analisar o ambiente físico e social no qual se vive o paciente. Entre os padrões que compõe esse ambiente, pode se destacar: nível educacional, renda salarial, idade, zona de procedência, entre outros. Sua finalidade é delinear o perfil dos pacientes e detectar as possíveis alterações biopsicossociais a fim de promover uma assistência multiprofissional humanizada baseada em evidências, afinal a ignorância sobre o tema é o que mais contribui para o atraso no diagnóstico e aumento na morbidade desses pacientes⁴.

Estudos internacionais demonstram que, nos países desenvolvidos e nos em desenvolvimento, devido ao estilo de vida ocidental¹¹, há uma predominância de DII em pessoas jovens, raça branca, moradores de áreas urbanas, de classes econômicas mais altas, fumantes e parentes de primeiro grau de outros indivíduos acometidos¹⁰.

Nos estados nordestinos, assim como em todo o Brasil, há um número pequeno de estudos sobre os aspectos sociodemográficos dos pacientes de DII^{3,4,10} devido às deficiências dos sistemas de registro de dados, já que não faz parte do rol de doenças de

notificação compulsória, bem como pela impossibilidade do acesso as informações fora do sistema público de saúde⁴.

Levando em consideração as características sociodemográficas, clínicas e evolutivas dos pacientes com DII, a carência de dados a respeito do assunto no estado da Bahia representa uma lacuna de informação no manejo adotado pelo sistema de saúde e seus profissionais. Portanto, este estudo objetivou-se em caracterizar os pacientes previamente diagnosticados com DII em um centro de referência baiano para auxílio específico e, por conseguinte, conduta terapêutica mais adequada, proporcionando redução do tempo de hospitalização além de melhor qualidade de vida³.

2 MÉTODOS (SUJEITOS/INSTRUMENTOS/PROCEDIMENTOS)

Foram coletados e analisados, na forma de aplicação de questionário e revisão dos respectivos prontuários, os dados de 235 pacientes com diagnóstico de DII acompanhados no ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) atendidos entre os meses de junho de 2018 e julho de 2019. Todos os dados coletados dos questionários e prontuários foram registrados em um banco de dados específico.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê De Ética Em Pesquisa do HGRS sob o parecer nº 2545780. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e assinado pelos pacientes antes da aplicação dos questionários, bem como revisão dos prontuários.

Os critérios de inclusão foram: pacientes portadores de DII com idade superior a 18 anos na data da entrevista e em condições de responder ao questionário do estudo. O critério de exclusão consistiu em: pacientes sem condições de responder ao questionário.

As variáveis sociodemográficas estudadas foram gênero, procedência, idade, etnia/cor, estado civil, religião, número de filhos, escolaridade, renda familiar mensal, ocupação, tabagismo e carga tabágica, tempo de doença (que compreende dos primeiros sintomas até o diagnóstico) e tratamento medicamentoso específico para DII no momento da entrevista. As variáveis correspondentes ao fenótipo da doença foram categorizadas por idade, localização da doença e comportamento da doença (de acordo com a classificação de Montreal^{12,13}). O parâmetro idade considerou o momento em que o diagnóstico foi definitivamente estabelecido e categorizado em menor ou igual à 16 anos (A1), entre 17 e 40 anos (A2) ou mais de 40 anos (A3). A localização topográfica significou o local de maior extensão anatômica da doença em qualquer período. As categorias possíveis

estabelecidas por Montreal são: íleo terminal (L1), significando que a doença está limitada ao terço inferior do intestino delgado, com ou sem o envolvimento do ceco; cólon (L2), na situação de acometimento de região entre o ceco e o reto; ileocólica (L3), com presença de achados em íleo terminal e em qualquer região entre o cólon ascendente e o reto); e do trato gastrointestinal superior (L4), significando acometimento em qualquer localização superior ao íleo terminal, exceto boca). Nas situações em que houveram comprometimento proximal (L4) e distal (L1, L2 ou L3) concomitantemente, a categoria L4 foi adicionada como um modificador^{8,14}. O comportamento da doença da DC foi classificado como inflamatório (não estenosante e não penetrante) (B1), estenosante (B2) e penetrante (B3). A presença do modificador da doença perianal também foi observada. A extensão da doença na RCU foi classificada como proctite ulcerativa (E1), RCU esquerda (E2) e RCU extensa (E3)¹⁵. Os dados clínicos de todos os pacientes foram confirmados por revisão dupla de todas as ileocolonoscopias anexadas aos prontuários médicos.

Foram realizadas as análises da média e desvio padrão das variáveis numéricas e, da frequência para as variáveis categóricas, utilizando o pacote estatístico SPSS versão 21.0. Foi utilizado o *qui*-quadrado para avaliar associação entre variáveis categóricas.

3 RESULTADOS PROPOSTOS/ALCANÇADOS

Foram entrevistados 235 pacientes com DII, sendo 35,3% (n=83) diagnosticados com DC, 62,6% (n=147) com RCU e 2,1% (n=5) com CNC.

De todos os pacientes da amostra, 60,9% (n=143) eram do sexo feminino e 39,1% (n=92) do sexo masculino. A média de idade geral foi de 45 anos (DP±14).

Mais da metade dos entrevistados, 54,9% (n=129), se autodeclarou parda, seguido de 37% (n=87) negra, 6,0% (n=14) branca, 1,3% (n=3) amarela e 0,9% (n=2) indígena.

Em relação à procedência, 80,4% (n=189) residiam em zona urbana e 19,6% (n=46) em zona rural.

A análise do estado civil demonstrou que 43,4% (n=102) da amostra afirmou ser casada, 38,3% (n=90) solteira, 7,7% (n=18) em união estável, 7,2% (n=17) divorciada e 3,4% (n=8) viúva, sendo que 27,7% (n=65) afirmou não ter filhos, 25,5% (n=60) ter apenas um filho, 23,4% (n=55) dois filhos, 21,3% (n=50) três ou mais filhos e 2,1% (n=5) optaram por não declarar o número de filhos.

Em relação a religião, a mais prevalente foi a católica com 46,8% (n=110) seguida da religião evangélica com 37,9% (n=89), 1,7% (n=4) afirmaram seguir a religião espíritas e 5,1% (n=12) da amostra afirmou seguir outras religiões, 8,5% (n=20) não informaram.

Em relação à escolaridade, 44,7% (n=105) da população tinha ensino médio completo, 20% (n=47) tinha o ensino fundamental incompleto, 11,1% (n=26) tinha ensino superior completo, 7,2% (n=17) completou o ensino fundamental, 6,4% (n=15) possuía o ensino médio incompleto, 6,0% (n=14) não chegaram a completar o ensino superior, 3,4% (n=8) foram somente alfabetizados e 0,9% (n=2) era analfabeto, 0,4% (n=1) não informou.

Quanto à renda familiar mensal, 39,1% (n=92) afirmaram ser em até um salário mínimo, 30,6% (n=72) de um a dois salários mínimos, 11,9% (n=28) de mais de dois a três salários mínimos, 6,8% (n=16) de mais de três a cinco salários mínimos, 3,4% (n=8) de mais de cinco a dez salários mínimos e 4,3% (n=10) se declararam sem renda, 3,8% (n=9) não souberam informar.

Na análise da ocupação foi constatado que 27,7% (n=65) da amostra alegou desemprego, seguido de 23,8% (n=56) como aposentado ou pensionista, 20,4% (n=48) remuneração com carteira assinada, 16,6% (n=39) afirmou ser autônomo, 4,3% (n=10) dona de casa, 3,4 (n=8) funcionário público e também 3,4% (n=8) estudante, 0,4% (n=1) não declarou.

Sobre tabagismo, 73,2% (n=172) se declararam não fumantes, seguido de 25,1% (n=59) de tabagismo progressivo e apenas 1,7% (n=4) fumantes atuais. A carga tabágica média foi de 13 anos-maço (DP±18).

O tempo de doença médio foi de 124 meses (DP±94).

No que tange à idade ao diagnóstico, 3% (n=7) dos pacientes tiveram diagnóstico com menos de 16 anos, 62,6% (n=147) entre 17 e 40 anos e 34,5% (n=81) com mais de 40 anos.

Em relação à extensão da RCU, 46,3% (n=68) tiveram colite extensa, 38,8% (n=57) colite esquerda e apenas 15% (n=22) proctite.

Já na DC, a localização foi 48,2% (n=40) ileocolônica, 34,9% (n=29) colônica e 16,9% (n=14) ileal; no que diz respeito ao comportamento, 55,4% (n=46) foram classificados como não estenosante e não penetrante, 25,3% (n=21) como estenosante e 19,3% (n=16) como penetrante; ademais, 33,7% (n=28) possuem associação com doença perianal e apenas 8,4% (n=7) mostraram envolvimento do TGS como modificador, nenhum caso de localização apenas em TGS (L4) foi relatado nesse estudo.

De acordo com o uso de medicamentos, 41,7% (n=98) estavam em uso de mesalazina supositório, 31,9% (n=75) de mesalazina oral, 30,2% (n=71) de azatioprina, 22,1% (n=52) de sulfassalazina, 8,9% (n=21) em uso de infliximabe, 8,1% (n=19) em uso de adalimumabe, 6,0% (n=14) de prednisona, 0,4% (n=1) de budesonida, 0,4% (n=1) de

metotrexato e também 0,4% (n=1) em uso de tacrolimo, 0,4% (n=1) não informou sob qual medicamento estava em uso.

4 CONCLUSÃO

Foi observada uma predominância nos perfis com diagnóstico de RCU, sexo feminino, etnia quase totalitária não-branca, procedente de zona urbana, casado, com apenas um filho, católico, escolaridade média completa, com renda familiar mensal inferior à dois salários-mínimos, desempregado com a maioria fechando o diagnóstico entre 17 e 40 anos.

Fenotipicamente, a DC com maior frequência foi a com localização ileocolônica (L1), de comportamento inflamatório (B1) com mais de um terço dos pacientes apresentando doença perianal e menos de 10% com comprometimento de trato gastrointestinal alto. Já a extensão mais predominante nos pacientes com RCU foi colite extensa.

Sobre os medicamentos, a azatioprina é a mais utilizada para tratamento de DC, seguindo dos imunobiológicos. Na RCU e CNC, a mesalazina tanto oral, como supositório dominam nas prescrições terapêuticas.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio do Programa de Iniciação Científica da Universidade do Estado da Bahia (PICIN/UNEB), da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Mota SE *et al.* *Extra-intestinal manifestations Crohn disease and ulcerative rectocolitis: prevalence and correlation with diagnosis, extension, activity, disease evolution time.* Revista Brasileira de Coloproctologia. 27. 349-363.
2. Cecil RL, Goldman L, Ausiello DA. Cecil: tratado de medicina interna. 23ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. Pág 1198.
3. Salviano FN, Burgos MGPA, Santos EC. *Socioeconomic and nutritional profile of patients with inflammatory bowel disease at a university hospital.* Arq Gastroenterol. 2007;44(2):99-106.
4. Oliveira FM; Emerick APC, Soares EG. *Epidemiology aspects of inflammatory bowel disease in the east region of Minas Gerais State.* 2010. Ciência & saúde coletiva. 15 Suppl 1. 1031-7. 10.1590
5. Lobo, Patrícia *et al.* Eight weeks of Curcuma longa L. supplementation improves disease activity and quality of life in Ulcerative Colitis patients: a pilot study. 2020. Brazilian Journal of Development. 34279-34289. 10.34117/bjdv6n6-103.
6. Biondo-simões MLP, Mandelli KK, Pereira MAC, Faturi JL. *Opções terapêuticas para as doenças inflamatórias intestinais: revisão.* Rev bras Coloproct, 2003;23(3):172-182.
7. Maranhão D *et al.* *Características e diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais.* 2015; 103(1): 9-15
8. Bechara CS, Filho AL, Ferrari MLA, Andrade DAR, Luz MMP, Silva RG. *Caracterização de pacientes operados por doença de Crohn pela classificação de Montreal e identificação de fatores preditores de sua recorrência cirúrgica.* Rev. Col. Bras. Cir. vol.42 no.2 Rio de Janeiro. 2015.
9. Farrokhyar F, Swarbrick ET, Irvine EJ. *A critical review of epidemiological studies in inflammatory bowel disease.* Scand J Gastroenterol 2001; 36(1):2-15.
10. Souza MM, Belasco AGS, Nascimento JEA. *Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal do estado de Mato Grosso.* Rev bras. coloproctol., Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 324-328. 2008.
11. Zaltman C. *Doença inflamatória intestinal: qual a relevância da doença no Brasil?* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 992-993. 2007.
12. Yang SK, Loftus EV, Jr., Sandborn WJ. *Epidemiology of inflammatory bowel disease in Asia.* Inflamm Bowel Dis 2001;7:260-70.
13. Yang SK, Hong WS, Min YI, *et al.* *Incidence and prevalence of ulcerative colitis in the Songpa-Kangdong District, Seoul, Korea, 1986-1997.* J Gastroenterol Hepatol 2000;15:1037-42.
14. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, Arnott ID, Bernstein CN, Brant SR, *et al.* *Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology.* Can J Gastroenterol. 2005;19 Suppl A:5-36A.
15. Park, Sang Hyoung *et al.* *The 30-Year Trend Analysis in the Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease in the Songpa-Kangdong District, Seoul, Korea, 1986-2015,* Gastroenterology, Volume 156, Issue 6, S-398.
16. Santana GO, *et al.* *Application of the Vienna classification for Crohn's disease to a single center from Brazil.* Arq. Gastroenterol., São Paulo, v. 45, n. 1, p. 64-68. 2008.
17. da Silva BC, Lyra AC, Mendes CM, *et al.* *The Demographic and Clinical Characteristics of Ulcerative Colitis in a Northeast Brazilian Population.* Biomed Res Int. 2015:359130.

18. Macintyre S, Der G, Norrie J. *Are there socioeconomic differences in responses to a commonly used self-report measure of chronic illness?* International journal of epidemiology. 34. 1284-90. 2006.
19. Victoria CR, Sasaki LY, Nunes HRC. Incidência e prevalência das doenças inflamatórias intestinais na região centro-oeste do Estado de São Paulo. *Arq Gastroenterol.* 2009;46(1): 20-25.
20. Souza MHL, Troncon LEA, Rodrigues CM, Viana CFG, Onofre PHC, Monteiro RA, Passos ADC, Martinelli ALC, Meneghelli U. *Trends in the occurrence (1980-1999) and clinical features of Crohn's disease and ulcerative colitis in a university hospital in southeastern Brazil.* *Arq Gastroenterol* 2002;39(2):98-105.
21. Parente JM, Coy CS, Campelo V, et al. *Inflammatory bowel disease in an underdeveloped region of Northeastern Brazil.* *World J Gastroenterol.* 2015;21(4):1197–1206.
22. Salgado VCL, et al. *Crohn's disease environmental factors in the developing world: A case-control study in a statewide catchment area in Brazil.* *World Journal of Gastroenterology.* 2017; 23. 5549.
23. Delmondes LM, et al. *Clinical and Sociodemographic Aspects of Inflammatory Bowel Disease Patients.* *Gastroenterology Research.* 2015; 8. 207-215.
24. Elia PP, Fogaça HS, Barros RGGR, Zaltman C, Elia CSC. *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.* *Arq Gastroenterol.* 2007;44(4):332-9.
25. Martins AL, Volpato RA, Zago-Gomes M. *The prevalence and phenotype in Brazilian patients with inflammatory bowel disease.* *BMC Gastroenterol* (2018) 18: 87.