

Perfil dos pacientes com doenças inflamatórias intestinais na região sudoeste do Distrito Federal

Profile of patients with inflammatory bowel diseases in the southwest region of the Federal District

Perfil de pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales en la región suroccidental del Distrito Federal

Renata Filardi Simiqueli Durante¹, Marjorie Thomaz Moreira², Heleno Ferreira Dias³, José Miguel Luz Parente⁴, Pâmela Michelle Ernesto de Oliveira⁵, Maria Liz Cunha de Oliveira⁶

Como citar: Durante RFS, Moreira MT, Dias HF, Parente JML, Oliveira PME, Oliveira MLC. Perfil dos pacientes com doenças inflamatórias intestinais na região sudoeste do Distrito Federal. 2022; 11(3): 370-9. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p370a379>

REVISA

1. Hospital Regional de Taguatinga, Serviço de Gastroenterologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-0826-3203>

2. Hospital Regional de Taguatinga, Serviço de Gastroenterologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-8574-8725>

3. Hospital Regional de Taguatinga, Serviço de Gastroenterologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7110-135x>

4. Universidade Federal do Piauí, Serviço de Gastroenterologia. Teresina, Piauí, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4563-2784>

5. Hospital Regional de Taguatinga, Serviço de Gastroenterologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4098-1387>

6. Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-graduação em gerontologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5945-1987>

Recebido: 15/04/2022
Aprovado: 14/06/2022

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil de pacientes com doença de Crohn e retocolite ulcerativa, em ambulatório. **Método:** estudo epidemiológico transversal, descritivo, com coleta de dados secundários. As informações foram coletadas por meio de prontuário eletrônico da rede pública de saúde. **Resultados:** selecionados 68 pacientes, dos quais 22 (32,4%) eram do sexo masculino e 46 (67,6%) feminino. Ao diagnóstico 48 (70,6%) pacientes apresentavam retocolite, e 20 (29,4%) Crohn. Nestes, o padrão mais encontrado (30%) foi de acometimento colônico, enquanto que na retocolite, a maioria (45,8%) apresentou pancolite. Os pacientes tiveram, em média, 10 meses de sintomas antes do diagnóstico. O medicamento mais utilizado nas doenças inflamatórias intestinais foi o aminossalicilato. Cerca de 9% foram submetidos à cirurgia. Nenhum paciente apresentou óbito. **Conclusão:** a maioria dos achados foram ao encontro dos estudos nacionais atuais. Porém, a heterogeneidade da doença e a carência de estudos, parecem ser os principais fatores para divergências.

Descritores: Doenças Inflamatórias Intestinais; Doença de Crohn; Colite Ulcerativa; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: to describe the profile of patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in an outpatient clinic. **Method:** cross-sectional, descriptive epidemiological study with secondary data collection. The information was collected through an electronic medical record of the public health network. **Results:** 68 patients were selected, of whom 22 (32.4%) were male and 46 (67.6%) were female. At diagnosis, 48 (70.6%) patients had colitis, and 20 (29.4%) Crohn's. In these, the most common pattern (30%) was colonic involvement, while in colitis, the majority (45.8%) presented pancolitis. Patients had, on average, 10 months of symptoms before diagnosis. The most widely used medicine in inflammatory bowel diseases was aminosalicylate. About 9% underwent surgery. No patient died. **Conclusion:** most of the findings were in line with current national studies. However, the heterogeneity of the disease and the lack of studies seem to be the main factors for divergences.

Descriptors Inflammatory Bowel Diseases; Crohn's disease; Ulcerative colitis; Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil de los pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en un ambulatorio. **Método:** estudio epidemiológico descriptivo transversal con recolección de datos secundarios. La información fue recolectada a través de una historia clínica electrónica de la red de salud pública. **Resultados:** Se seleccionaron 68 pacientes, de los cuales 22 (32,4%) eran hombres y 46 (67,6%) eran mujeres. En el momento del diagnóstico, 48 (70,6%) pacientes tenían colitis y 20 (29,4%) enfermedad de Crohn. En estos, el patrón más común (30%) fue la afectación colónica, mientras que en la colitis, la mayoría (45,8%) presentó pancolitis. Los pacientes tenían, en promedio, 10 meses de síntomas antes del diagnóstico. El medicamento más utilizado en las enfermedades inflamatorias intestinales fue el aminossalicilato. Alrededor del 9% se sometió a cirugía. Ningún paciente murió. **Conclusión:** la mayoría de los hallazgos estuvieron en línea con los estudios nacionales actuales. Sin embargo, la heterogeneidad de la enfermedad y la falta de estudios parecen ser los principales factores de divergencias.

Descritores: Enfermedades Inflamatorias Intestinales; Enfermedad de Crohn; Colitis ulcerosa; Epidemiología.

Introdução

A doença inflamatória intestinal (DII) é representada pela doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa (RCU), com características próprias de comportamento e progressão. É uma inflamação crônica imunomediada, desencadeada pela convergência de fatores epigenéticos e ambientais (tabagismo, dieta ocidental e infecções prévias).¹⁻²

A DC tem maior incidência entre a segunda e quarta décadas de vida. A RCU, no entanto, tem padrão bimodal, com maior incidência entre a segunda e terceira décadas e entre 60 e 80 anos.³ São mais comuns no norte da Europa e América.⁴ No entanto, há uma tendência de aumento da incidência em regiões como: Ásia, Europa Oriental e América do Sul.² O Brasil ainda é considerado um país de baixa incidência e prevalência, embora seja evidente o crescimento no volume de consultas e internações por essas doenças.⁵⁻⁶ O país é responsável por um dos maiores aumentos de incidência dentro da América Latina, com aumento percentual anual de novos casos de 11,1% na DC e 14,9% na RCU, de 1988 a 2012.⁶⁻⁷

A DII representa um importante problema de saúde pública. Por seu curso clínico crônico e exacerbações frequentes, há interferência no desempenho escolar, profissional, prejuízo na qualidade de vida e aumento de custos dos sistemas de saúde.⁸

Pacientes com DC diagnosticados antes dos 20 anos têm expectativa de vida reduzida em torno de 7 a 13 anos. Embora o risco de morte relacionado à RCU seja pequeno, o risco acrescido de câncer colorretal neste espectro da DII é sabidamente maior, com taxa de incidência de 1,58/1000 pacientes/ano.⁸ Assim, na tentativa de minimizar os impactos da doença e aprimorar sua assistência, há uma tendência mundial de criar serviços especializados para o atendimento adequado desses pacientes.⁹

Estudos epidemiológicos de DII em países industrializados são limitados, devido à falta de sistemas de vigilância e registros em bancos de dados confiáveis e unificados, comum em muitos países ocidentais. Outro fator a ser considerado é a necessidade de organização dos sistemas de saúde em países de dimensões continentais e com problemas econômicos associados, como o Brasil, o que dificulta registros adequados, resultando em poucos estudos a serem realizados e publicados.¹⁰

Este estudo tem como objetivo avaliar o perfil epidemiológico das DII na população atendida em um ambulatório terciário da região sudoeste do Distrito Federal, no período de 2013 a 2020.

Método

Estudo epidemiológico transversal, descritivo, com delineamento de tendência temporal, baseado na coleta de dados secundários, em serviço realizado no ambulatório do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF). O ambulatório é referência

para a Região de Saúde Sudoeste (população estimada de 763.247 habitantes – IBGE, 2014) e abrange os municípios de Taguatinga, Águas Claras, Arniquireiras, Samambaia, Vicente Pires e Recanto das Emas. Taguatinga é a terceira cidade mais populosa do Distrito Federal (DF), com 222.598 habitantes (dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios, 2016).

A amostra foi definida de forma não probabilística, por conveniência, constituída por pacientes maiores de 18 anos, residentes no Distrito Federal, acometidos por doença de Crohn ou retocolite ulcerativa, no período de 2013 a 2020. Foram excluídos menores de idade, os diagnosticados com malignidade, colite indeterminada, pacientes onde houve perda de seguimento e com dados incompletos do prontuário. Os dados foram obtidos pelo sistema TrakCare®, versão 2015, implantado na SES-DF em 2013.

O estudo investigou as seguintes variáveis: idade, sexo, raça, diagnóstico (DC ou RCU), tempo desde os sintomas até o diagnóstico, extensão da doença (escala de Montreal), local de residência, medicamentos em uso corrente e tratamento cirúrgico. Utilizou-se o software Microsoft® Excel 2010 para tabulação e análise dos dados. Foram calculadas medidas descritivas de posição e dispersão para as variáveis quantitativas, além do cruzamento dessas variáveis pelo teste exato de Fisher. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) aprovou este estudo sob o número 4.394.787.

Resultados

Entre janeiro de 2013 e dezembro de 2020, foram selecionados 88 pacientes com diagnóstico de DII. Destes, 3 (três) residiam fora do DF, 4 (quatro) tinham diagnóstico de colite indeterminada, 10 (dez) dados incompletos do prontuário e 3 (três) perderam seguimento, portanto, foram excluídos. Permaneceram no estudo 68 pacientes, com média de idade de 42,3 anos, variando de 18 a 82 anos. A média de idade ao diagnóstico na DC foi de 44,9 anos (desvio padrão $\pm 14,9$ anos), enquanto nos com RCU foi de 41,6 (desvio padrão $\pm 15,5$). Para ambos houve heterogeneidade na distribuição etária, e para RCU a variabilidade foi maior. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra.

A Tabela 2 identifica a distribuição percentual dos pacientes de acordo com o fenótipo da doença, padronizado pela classificação de Montreal. Na retocolite foi considerada a extensão da doença, enquanto na DC a idade ao diagnóstico, local de acometimento do trato gastrointestinal e comportamento (inflamatório, penetrante ou estenosante). Para DC, 30% dos pacientes apresentaram o padrão “A3L2B1”, enquanto na RCU, 45,8% apresentaram o padrão “E3”.

Em relação ao tempo de sintomas antes do diagnóstico, os pacientes tinham, em média, 10 meses de sintomas até o diagnóstico. Separadamente, os pacientes com DC apresentaram 11,4 meses de sintomas (desvio padrão $\pm 10,7$ e coeficiente de variação 93,8%), enquanto para retocolite essa média foi de 9,3 meses (desvio padrão $\pm 7,1$ e coeficiente de variação 76,2%). As informações sobre a dispersão temporal dos sintomas antes do diagnóstico ilustraram a alta variabilidade desses dados.

O medicamento mais utilizado em pacientes com RCU foi o aminossalicilato em 97,9% dos casos, seguido pela azatioprina em 29,1%. Nenhum paciente fazia uso de terapia imunobiológica, mesmo os pacientes com pancolite. Nos pacientes com DC, os aminossalicilatos também corresponderam a terapêutica mais frequente e usada em 65% dos pacientes, sendo 45% em associação com azatioprina e os 20% restantes na forma de monoterapia. Todos os pacientes em uso de aminossalicilato como monoterapia tinham padrão de acometimento colônico (estabelecido pela classificação de Montreal), enquanto os em terapia combinada com azatioprina apresentavam distribuição equivalente entre os padrões de acometimento de delgado, colônico ou ileocolônico. Poucos fizeram uso de imunobiológicos, 20% do total de indivíduos com DC, três em uso de adalimumabe e apenas um em uso de infliximabe. A Tabela 3 ilustra a distribuição do uso de medicamentos na RCU e na DC - de acordo com a extensão da doença e com a localização de acometimento pela doença e fenótipo, respectivamente. Apenas 9% dos pacientes da amostra foram operados (uma colectomia direita por condição semioclusiva, duas colectomias subtotais por neoplasia, uma colectomia total por megacólon tóxico e duas drenagens por abscesso perianal). Nenhum paciente teve morte relacionada à DII como desfecho.

Tabela 1- Características sociodemográficas dos pacientes com DII. Brasília, 2013-2020.

Variáveis	N (%)
Sexo	
Masculino	22 (32,4%)
Feminino	46 (67,6%)
Sexo por tipo de doença	
Doença de Crohn(DC)	
Masculino	8 (40%)
Feminino	12 (60%)
Retocolite Ulcerativa (RCU)	
Masculino	14 (29,2%)
Feminino	34 (70,8%)
Raça declarada	
Branços	16 (23,5%)
Pardos	42 (61,8%)
Pretos	10 (14,7%)
Tipo de doença	
Doença de Crohn	20 (29,4%)
Retocolite Ulcerativa	48 (70,6%)
Local de residência no Distrito Federal por tipo de doença	
Doença de Crohn	
Águas Claras	1 (5%)
Ceilândia	4 (20%)
Recanto das Emas	1 (5%)
Riacho Fundo	1 (5%)
Samambaia	2 (10%)

Santa Maria	1 (5%)
Taguatinga	10 (50%)
Retocolite Ulcerativa	
Ceilândia	13 (27,1%)
Cruzeiro	1 (2,1%)
Gama	1 (2,1%)
Guará	1 (2,1%)
Recanto das Emas	4 (8,3%)
Riacho Fundo	1 (2,1%)
Samambaia	9 (18,7%)
Taguatinga	18 (37,5%)
Distribuição por faixa etária (em anos) por tipo de doença	
Doença de Crohn	
nov/20	2 (10%)
21-30	-
31-40	3 (15%)
41-50	6 (30%)
51-60	4 (20%)
61-70	2 (10%)
71-80	3 (15%)
81-90	-
Retocolite Ulcerativa	
nov/20	3 (6,3%)
21-30	6 (12,5%)
31-40	5 (10,4%)
41-50	11 (22,9%)
51-60	9 (18,7%)
61-70	10 (20,8%)
71-80	3 (6,3%)
81-90	1 (2,1%)

Tabela 2. Percentual de pacientes segundo extensão e/ou fenótipo da doença (Classificação de Montreal) e diagnóstico. Brasília, 2013-2020.

Idade ao diagnóstico*	Doença de Crohn
A1	-
A2	30%
A3	70%
Total	100%
Acometimento da doença*	Doença de Crohn
L1	30%
L2	45%
L3	25%
Total	100%
Fenótipo da doença*	Doença de Crohn
B1	67%
B2	19%
B3	14%
Total	100%
Extensão da doença**	Retocolite Ulcerativa
E1	22,90%
E2	31,30%

E3 45,80%
Total 100%

*Classificação de Montreal na DC - Idade ao diagnóstico (A1 <16 anos; A2 17-40 anos; A3 >40 anos); localização (L1 íleo terminal; L2 cólon; L3 ileocolônica; L4 trato gastrointestinal alto); comportamento (B1 inflamatório; B2 estenosante; B3 fistulizante); p = Modificador doença perianal (p), acrescentado a B1-B3, se doença perianal concomitante; **Classificação de Montreal adaptada (extensão) na RCU - E1: doença limitada ao reto; E2: até flexura esplênica; E3: proximal à flexura esplênica.

Tabela 3- Distribuição dos medicamentos na RCU e DC* - Segundo extensão da doença na RCU (n/ %); e na DC - de acordo com a localização/fenótipo (n/ %). Brasília, 2013-2020.

Retocolite Ulcerativa (48/70,6%)						
	Medicamento Extensão da doença (n/%)					
	Retite (11/22,9%)	Colite esquerda (15/31,3%)			Pancolite (22/45,8%)	
Aminossalicilato oral	10/91%	15/100%			22/100%	
Monoterapia	3/30%	6/40%			6/27,3%	
Associado	7/70%	8/53,3%			6/27,3%	
aminossalicilato tópico						
Azatioprina	1/9,1%	1/9,7%			12/54,5%	
Monoterapia	0	0			0	
Associado	1/100%	1/100%			12/100%	
Imunobiológico	-**	-			-	
Doença de Crohn (20/29,4%)						
Medicamento	Localização (n/%)			Comportamento (n/%)		
	L1	L2	L3	B1	B2	B3
Aminossalicilato oral monoterapia	-	4/100%	-	4/100%	-	-
Aminossalicilato oral associado azatioprina	3/33,3%	3/33,3%	3/33,3%	8/89,9%	1/10,1%	-
Azatioprinamonoterapia	1/33,3%	2/66,7%	-	1/33,3%	1/33,3%	1/33,3%
Imunobiológico	2/50%	1/25%	1/25%	1/25%	1/25%	2/50%

*RCU - Retocolite Ulcerativa; DC - Doença de Crohn./ ** Dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

Discussão

Neste estudo, a RCU foi mais prevalente que a DC, achado que corresponde ao encontrado em estudos nacionais⁷ Parente et al. (2015) observaram diagnóstico de RCU em 60,3%, em comparação com 39,7% que tinham DC.¹¹

Houve predominância do sexo feminino com percentual de 67,6%, porém equilíbrio poderia ter ocorrido com o aumento da amostra.^{7,11} A causa do maior percentual de acometimento em mulheres é complexa, mas talvez possa estar relacionada a sua maior entrada em empregos no setor industrial e, com isso, maior exposição aos fatores de risco ambientais envolvidos nas DII. Além disso, a população de mulheres geralmente ainda procura atendimento médico mais cedo.¹²

Da distribuição étnica, 76,5% eram pretos ou pardos e 23,5% brancos. É possível que esses achados reflitam a miscigenação étnica brasileira. Segundo o

IBGE (2021) 54,8% da população brasileira se declara preta ou parda. No entanto, estudos internacionais relatam maior prevalência em caucasianos, em comparação com negros e asiáticos.¹³

O perfil etário foi discretamente superior ao apresentado na maior parte dos estudos epidemiológicos nacionais, mas bastante semelhante ao estudo de Campo Grande, onde a média encontrada foi de 46,01 anos.¹²

A extensão mais comum na RCU foi pancolite (45,8%), seguida de colite esquerda (31,3%) e proctite (22,9%). Esses dados apresentam divergência com alguns estudos da literatura. Parente et al. (2015) observaram predominância de colite esquerda, seguida de proctite e pancolite. No entanto, para Arantes et al (2017), a maioria dos pacientes apresentou pancolite (40,6%), seguida de colite esquerda (35,6%) e proctite (23,8%).¹¹⁻¹² Esses resultados refletem a heterogeneidade na apresentação da DII, que merece mais estudos para melhor definir a extensão diagnóstica predominante em nosso país.

Em relação ao fenótipo na DC, 45% apresentavam envolvimento de intestino grosso, 30% intestino delgado e 25% acometimento ileocecal. Semelhante, Arantes et al (2017) observou 78% de acometimento colônico e 37% do intestino delgado.¹¹⁻¹²

Como a RCU tem sintomas previsíveis, há menos atraso no diagnóstico, em torno de 2 a 4 meses.¹⁴⁻¹⁵ Na DC ocorre o inverso devido à sua apresentação heterogênea e insidiosa.¹⁴ Na maioria dos países em desenvolvimento, esse atraso é superior a 18 meses. Estudos mostram mudança no curso da doença quando há diagnóstico precoce (menos de 18 meses) e início rápido do tratamento.¹⁶ Observamos um tempo médio de sintomas antes do diagnóstico de 10 meses, sendo que na DC foi de 11,4 meses e na RCU de 9,3 meses. A duração média dos sintomas na RCU foi superior ao esperado na literatura. Embora os pacientes com DC tenham sido diagnosticados precocemente, a pequena amostra em nosso estudo não permite uma associação positiva.

A monoterapia foi o esquema mais utilizado na RCU e o principal fármaco utilizado o aminossalicilato, constituindo a primeira linha de tratamento nos casos leves a moderados.¹⁶ Seu uso está bem estabelecido no tratamento de manutenção da doença.¹⁷⁻¹⁸ A grande utilização dessa classe de fármacos, mesmo em pacientes com pancolite (onde, pela extensão e gravidade, é mais comum o uso de outras classes terapêuticas - imunossupressores e imunobiológicos) pode ser explicado pelo fato de o local do estudo não ser um centro de referência em DII e, portanto, ter pacientes com perfil de gravidade mais baixo.

A medicação mais utilizada no tratamento da DC também foi o aminossalicilato, seguido do imunossupressor (azatioprina). Esse medicamento tem seu uso bem estabelecido na manutenção da doença de Crohn moderada a grave, tanto no do intestino delgado quanto no cólon.¹⁹⁻²⁰ O início de ação (12-16 semanas) inviabiliza seu uso isolado em induzir a remissão do quadro da doença e, portanto, há uma importante associação entre imunossupressores e corticosteroides.²¹⁻²² Nosso estudo não

conseguiu registrar o número de pacientes que usaram corticosteróides. Houve um alto percentual de pacientes em uso de aminossalicilatos, que não são recomendados em pacientes com DC. Estes não se mostraram superiores ao placebo, nem para induzir e/ou manter a remissão, bem como não atuam na gênese transmural da doença.²² O perfil dos especialistas da instituição, não atuando no cenário das DII, pode explicar esse resultado.

O baixo número de pacientes submetidos à cirurgia (cerca de 9% do total) pode ter ocorrido devido à pequena amostra do seguimento, o que impossibilita estabelecer associações com fenótipo e tempo de atraso diagnóstico. Essas e outras divergências em nosso estudo também eram esperadas pela heterogeneidade da doença e por seu amplo espectro.

Conclusão

A RCU foi mais prevalente e o padrão de extensão mais comum da doença foi a pancolite, enquanto na DC foi o acometimento ileocolônico. As mulheres e os pacientes pretos ou pardos foram os mais acometidos, com média de idade de 42,3 anos. A monoterapia com aminossalicilatos foi o esquema terapêutico mais utilizado tanto para DC, quanto na RCU. A terapia combinada mais utilizada na DC foi a de imunossupressor (azatioprina) com aminossalicilato oral e na RCU foi a tópica com salicilato sistêmico. A maioria dos pacientes estava assintomática na última consulta.

O desenho metodológico representa uma limitação, pois determina um momento na qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico, mas que podem mudar ao longo do tempo. Assim, o monitoramento contínuo do banco de dados e estudos prospectivos devem ser realizados para caracterizar o comportamento desta doença, em longo prazo.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Guan Q. A Comprehensive Review and Update on the Pathogenesis of Inflammatory Bowel Disease. *J Immunol Res.* 2019;2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31886308/>
2. Flynn S, Eisenstein S. Inflammatory Bowel Disease Presentation and Diagnosis. *Surg Clin North Am.* 2019;99(6):1051-62. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31676047/>

3. Mak WY, Zhao M, Ng SC, Burisch J. The epidemiology of inflammatory bowel disease: East meets west. *J Gastroenterol Hepatol*. 2020;35(3):380-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31596960/>
4. Selinger CP, Ochieng AO, George V, Leong RW. The Accuracy of Adherence Self-report Scales in Patients on Thiopurines for Inflammatory Bowel Disease: A Comparison with Drug Metabolite Levels and Medication Possession Ratios. *Inflamm Bowel Dis*. 2019;25(5):919-24. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30265299/>
5. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Ulcerative colitis. *Lancet*. 2017;389(10080):1756-70. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27914657/>
6. Zaltman C, Parra RS, Sasaki LY, Santana GO, de Lourdes Abreu Ferrari M, Miszputen SJ, et al. Real-world disease activity and sociodemographic, clinical and treatment characteristics of moderate-to-severe inflammatory bowel disease in Brazil. *World J Gastroenterol*. 2021;27(2):208-23. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33510560/>
7. Kotze PG, Underwood FE, Damião AOMC, Ferraz JGP, Saad-Hossne R, Toro M, et al. Progression of Inflammatory Bowel Diseases Throughout Latin America and the Caribbean: A Systematic Review. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2020;18(2):304-12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.06.030>
8. Calderón M, Minckas N, Nuñez S, Ciapponi A. Inflammatory Bowel Disease in Latin America: A Systematic Review. *Value Heal Reg Issues*. 2018;17:126-34. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29936359/>
9. Kleinubing-Júnior H, Pinho M de SL, Ferreira LC, Bachtold GA, Merki A. Perfil dos pacientes ambulatoriais com doenças inflamatórias intestinais. *ABCD Arq Bras Cir Dig (São Paulo)*. 2011;24(3):200-3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/9fcn7WSgF4qYnMYV88BCqwb/abstract/?lang=pt>
10. Quaresma AB, Kaplan GG, Kotze PG. The globalization of inflammatory bowel disease: The incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in Brazil. *Curr Opin Gastroenterol*. 2019;35(4):259-64. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30973356/>
11. Parente JML, Coy CSR, Campelo V, Parente MPPD, Costa LA, Da Silva RM, et al. Inflammatory bowel disease in an underdeveloped region of Northeastern Brazil. *World J Gastroenterol*. 2015;21(4):1197-206. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4306164/>
12. Arantes JAV, dos Santos CHM, Delfino BM, da Silva BA, de Souza RMM, de Souza TMM, et al. Epidemiological profile and clinical characteristics of patients with intestinal inflammatory disease. *J Coloproctology* [Internet]. 2017;37(4):273-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2017.06.004>
13. Salgado VCL, Luiz RR, Boéchat NLF, Leão IS, Do Carmo Schorr B, Parente JML, et al. Risk factors associated with inflammatory bowel disease: A multicenter case-control

study in Brazil. *World J Gastroenterol.* 2020;26(25):3611–24. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7366056/>

14.Sairenji T, Collins KL, Evans D V. An Update on Inflammatory Bowel Disease. *Prim Care - Clin Off Pract* [Internet]. 2017;44(4):673–92. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.07.010>

15.Lee DW, Koo JS, Choe JW, Suh SJ, Kim SY, Hyun JJ, et al. Diagnostic delay in inflammatory bowel disease increases the risk of intestinal surgery. *World J Gastroenterol.* 2017;23(35):6474–81. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5643273/>

16.Roda G, Chien Ng S, Kotze PG, Argollo M, Panaccione R, Spinelli A, et al. Crohn's disease. *Nat Rev Dis Prim* [Internet]. 2020;6(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-020-0156-2>

17.Cai Z, Wang S, Li J. Treatment of Inflammatory Bowel Disease: A Comprehensive Review. *Front Med.* 2021;8(December):1–24. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34988090/>

18.Murray A, Nguyen TM, Parker CE, Feagan BG, MacDonald JK. Oral 5-aminosalicylic acid for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;2020(8). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32856298/>

19.Fossmark R, Olaisen M, Martinsen TC, Melberg HO. Factors associated with the persistence of oral 5-aminosalicylic acid monotherapy in ulcerative colitis: a nationwide Norwegian cohort study. *Therap Adv Gastroenterol.* 2021;14:1–10. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34262610/>

20.Sandborn WJ, Feagan BG, Lichtenstein GR. Medical management of mild to moderate Crohn's disease: Evidence-based treatment algorithms for induction and maintenance of remission. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007;26(7):987–1003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17877506/>

21.Ak A, Zhang D, Gordon M, Jk M, Ak A, Zhang D, et al. remission in Crohn ' s disease (Review). 2016; Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27681657/>

22.Seyedian SS, Nokhostin F, Malamir MD. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. *J Med Life.* 2019;12(2):113–22. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31406511/>

Autor de correspondência

Renata Filardi Simiqueli Durante
Hospital Regional de Taguatinga
QNC, Área Especial 24. CEP: 72120-970. Taguatinga.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
renata.filardi80@gmail.com