

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto

Jeniffer Araújo Ribeiro

**Análise do perfil clínico, epidemiológico e da qualidade de vida da doença inflamatória
intestinal no paciente idoso, em centro de referência brasileiro**

Belo Horizonte – MG
2020

Jeniffer Araújo Ribeiro

ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO E DA QUALIDADE DE VIDA DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NO PACIENTE IDOSO, EM CENTRO DE REFERÊNCIA BRASILEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Medicina.

Orientadora: Professora Maria de Lourdes de Abreu Ferrari

Belo Horizonte - MG

2020

Ribeiro, Jeniffer Araújo.
R484a Análise do perfil clínico, epidemiológico e da qualidade de vida da Doença Inflamatória Intestinal no paciente idoso, em centro de referência brasileiro [manuscrito]. / Jeniffer Araújo Ribeiro. - - Belo Horizonte: 2020.
108f.: il.
Orientador (a): Maria de Lourdes de Abreu Ferrari.
Área de concentração: Ciências da Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Doenças Inflamatórias Intestinais. 2. Doença de Crohn. 3. Proctocolite. 4. Idoso. 5. Qualidade de Vida. 6. Dissertação Acadêmica. I. Ferrari, Maria de Lourdes de Abreu. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WI 420



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DO ADULTO

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANÁLISE DO PERFIL DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NO PACIENTE IDOSO, EM CENTRO DE REFERÊNCIA BRASILEIRO

JENIFFER ARAUJO RIBEIRO

Dissertação de Mestrado defendida e aprovada, no dia trinta de setembro de dois mil e vinte, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelas seguintes professoras:

Maria de Lourdes de Abreu Ferrari - Orientadora
UFMG

Maria Aparecida Camargos Bicalho
UFMG

Liliana Andrade Chebli
UFJF

Belo Horizonte, 30 de setembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Liliana Andrade Chebli**, Usuário Externo, em 30/09/2020, às 17:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Aparecida Camargos Bicalho**, Professora do Magistério Superior, em 30/09/2020, às 17:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria de Lourdes de Abreu Ferrari**, Membro de comissão, em 30/09/2020, às 17:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0263104 e o código CRC 841F7CF7.

Dedico a minha amada mãe, exemplo de devoção à família e ao próximo, bem como coragem para enfrentar os desafios que a vida nos impõe. Francine, irmã querida e companheira. Jânio, esposo amado, incentivador e cúmplice em todos os meus projetos.

AGRADECIMENTOS

Ao término de um período tão intenso e laborioso, a filáucia pela conclusão do trabalho não poderá jamais sobrepujar o dever de agradecimento àqueles que tanto contribuíram comigo.

À minha orientadora, Professora Lurdinha, pela grandeza em partilhar o amor ao conhecimento. Apoio e estímulo constante nos momentos de incerteza. E por ter compartilhado comigo esse desejo de realizar o curso de pós graduação pela UFMG e em minha área de atuação – a gastroenterologia, mesmo com todas as dificuldades e distância no caminho.

Ao Fernando, pelo auxílio e ensinamentos na estatística.

À Michele, pelo empenho e participação na coleta de dados e realização das entrevistas.

Aos colegas do Ambulatório de Intestino do HC- UFMG, pelo auxílio em dúvidas sobre o processo de construção do trabalho de mestrado.

Aos colegas do Ambulatório de Intestino do HU-UFJF, pela contribuição com dados da pesquisa.

Ao meu esposo, Jânio, amigos e familiares, sempre presentes, agradeço o apoio e estímulo, bem como a compreensão em muitas encontros e datas ausentes.

Milca e Cleyton, o apoio e amizade de vocês foram importantíssimos para a realização deste trabalho.

Aos professores Francisco Guilherme Cancela e Penna e Luciana Costa Faria pelas importantes sugestões para o aperfeiçoamento deste trabalho e condução da qualificação.

Aos pacientes dos ambulatórios de intestino do HC-UFMG e HU-UFJF, pela cordialidade e sinceridade ao responderem os questionários e ter compartilhado suas histórias. Que em um futuro breve os resultados deste trabalho possam refletir em terapias e cuidados melhores na assistência ao idoso com Doença Inflamatória Intestinal.

“Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como o sino que tine.

E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria.

E ainda que distribuísse toda a minha fortuna para sustento dos pobres, e ainda que entregasse o meu corpo para ser queimado, e não tivesse amor, nada disso me aproveitaria.”

Apóstolo Paulo, em 1ª Carta aos Coríntios 13:1-3

Resumo

Introdução: As doenças inflamatórias intestinais (DII), representadas principalmente, pela Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RCU), são doenças caracterizadas por processo inflamatório crônico e recidivante da mucosa gastrointestinal, de etiologia parcialmente conhecida, com pico de incidência nos grupos etários mais jovens. No entanto, a população idosa está crescendo e a incidência e prevalência das DII também nessa faixa etária. **Objetivos:** Avaliar o perfil epidemiológico, clínico, evolutivo e a qualidade de vida dos pacientes com idade igual ou superior a 60 anos. Tanto para aqueles que tiveram o diagnóstico após esta idade, quanto para os que envelheceram com DII. **Métodos:** Trata-se de estudo em duas vertentes, uma coorte histórica com avaliação dos prontuários dos pacientes com 60 anos ou mais, registrados nos Ambulatórios de Doenças Inflamatórias Intestinais do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG) e do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF). A outra consiste na avaliação da qualidade de vida por meio da aplicação de dois questionários (IBDQ e WHOQOL-bref). Foram analisados os aspectos demográficos, diagnósticos, fenótipo ao diagnóstico e localização da doença (classificação de Montreal para DC e RCU) ao diagnóstico e cada 5 anos, evolução da DC quanto ao surgimento de complicações (estenoses e fístulas), terapêutica clínica e cirúrgica. **Resultados:** Dos 173 pacientes analisados, houve equilíbrio quanto à DC, 90 casos (52%) e RCU, 83 (48%). Predominou o sexo feminino (63,6%). Não foram observadas diferenças na apresentação clínica, quanto às manifestações intestinais e extraintestinais entre os grupos. O paciente idoso com <60 anos ao diagnóstico, parece ter um curso mais agressivo inicialmente, comportamento penetrante foi observado ao diagnóstico em 30(33,8%) pacientes, mas aos 20 anos de doença, apenas em 3(11%). Prepondera o comportamento estenosante (B2), 42,7% na DC ao diagnóstico. Na RCU, houve predomínio de colite esquerda e pancolite (75%) e o tempo entre diagnóstico e internação foi menor. A evolução dos idosos foi menos agressiva, 85,6% dos casos tinha comorbidades. Polifarmácia predominou no grupo com ≥ 60 anos (74,4%). Aminossalicilatos foi a medicação mais utilizada (91,5%). A taxa de cirurgias foi semelhante nos dois grupos, mas a cirurgia ao diagnóstico foi mais comum nos mais idosos (80%). Houve predomínio de complicações no grupo com diagnóstico com <60 anos (56,9%), mas 51,8% com ≥ 60 anos necessitou internação ao diagnóstico. Quanto à qualidade de vida, nos 126 entrevistados, essa foi considerada boa, nos dois escores aplicados. Boa convivência com as DII foi observada em 78,6% dos pacientes avaliados pelo IBDQ e os fatores de maior impacto na qualidade de vida foram atividade da doença e presença de sintomas como fadiga, astenia e insônia. **Conclusões:** As pesquisas nessa faixa etária são escassas e a gestão das DII nesta população é complexa. Este trabalho contribuiu para o melhor conhecimento do perfil das DII na população idosa. Novos estudos tornam-se necessários para permitir a abordagem com protocolos mais específicos para essa população.

Palavras-chave: Doença Inflamatória Intestinal. Doença de Crohn. Retocolite Ulcerativa. Idoso. Qualidade de Vida.

Abstract

Introduction: Inflammatory bowel diseases (IBD), mainly represented by Crohn's Disease (CD) and Ulcerative Colitis (UC), are diseases characterized by a chronic and recurrent inflammatory process of the gastrointestinal mucosa, of partially known etiology, with a peak incidence in younger age groups. However, the elderly population is growing and the incidence and prevalence of IBD is also in this age group. **Objectives:** To evaluate the epidemiological, clinical, evolutionary profile and quality of life of patients aged 60 years or over. Both for those who were diagnosed after this age, and for those who aged with IBD. **Methods:** This is a two-pronged study, a historical cohort with an evaluation of the medical records of patients aged 60 years or older, registered at the Ambulatory of Inflammatory Bowel Diseases at the Alfa Institute of Gastroenterology, Hospital das Clínicas, Federal University of Minas Gerais (HC) / UFMG) and the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora (HU / UFJF). The other consists of assessing quality of life through the application of two questionnaires (IBDQ and WHOQOL-bref). Demographic aspects, diagnoses, phenotype at diagnosis and location of the disease were analyzed (Montreal classification for CD and UC) at diagnosis and every 5 years, evolution of CD as to the appearance of complications (strictures and fistulas), clinical and surgical therapy. **Results:** Of the 173 patients analyzed, there was balance in terms of CD, 90 cases (52%) and UC, 83 (48%). The female sex predominated (63.6%). There were no differences in clinical presentation, regarding intestinal and extraintestinal manifestations between groups. The elderly patient <60 years old at diagnosis, seems to have a more aggressive course initially, penetrating behavior was observed at diagnosis in 30 (33.8%) patients, but at 20 years of illness, only in 3 (11%). Predominant stricturing behavior (B2), 42.7% in CD at diagnosis. In the UC, there was a predominance of left colitis and pancolitis (75%) and the time between diagnosis and hospitalization was shorter. The evolution of the elderly was less aggressive, 85.6% of the cases had comorbidities. Polypharmacy predominated in the group aged ≥ 60 years (74.4%). Aminosalicylates was the most used medication (91.5%). The rate of surgery was similar in both groups, but surgery at diagnosis was more common in the elderly (80%). There was a predominance of complications in the group with diagnosis aged <60 years (56.9%), but 51.8% aged ≥ 60 years required admission to the diagnosis. As for the quality of life, in the 126 respondents, it was considered good, in the two scores applied. Good coexistence with IBD was observed in 78.6% of the patients evaluated by the IBDQ and the factors with the greatest impact on quality of life were disease activity and the presence of symptoms such as fatigue, asthenia and insomnia. **Conclusions:** Research in this age group is scarce and the management of IBD in this population is complex. This work contributed to a better understanding of the profile of IBD in the elderly population. New studies are necessary to allow the approach with more specific protocols for this population.

Keywords: Inflammatory Bowel Disease. Crohn's Disease. Colitis, Ulcerative. Elderly. Quality of Life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Frequência das principais comorbidades observadas nos 173 pacientes com DII ...	42
Figura 2. Box Plot: Mediana de tempo entre o diagnóstico e surgimento das manifestações extraintestinais na Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa	45
Figura 3. Intervalo de tempo entre o diagnóstico e o primeiro procedimento cirúrgico nos diferentes grupos.....	46
Figura 4. Comparação da evolução sobre novas complicações da DC em idosos com <60 anos ao diagnóstico	49
Figura 5. Comparação da evolução sobre novas complicações da DC em idosos com ≥60 anos ao diagnóstico	49
Figura 6. Distribuição de medicações para DII na população estudada (n=173)	52
Figura 7.Box plot: comparação entre os diferentes domínios avaliados pelo WHOQOL-bref nos 126 pacientes entrevistados	56
Figura 8. Box plot: comparação entre os diferentes domínios avaliados pelo IBDQ nos 126 pacientes entrevistados.....	57
Figura 9. Classificação geral do IBDQ para os 126 pacientes idosos com DII.....	58
Figura 10. Comparação do escore global pelo Inflammatory Bowel Disease (IBDQ) nos dois grupos estudados.....	59
Figura 11. Comparação entre a qualidade de vida no IBDQ e sexos	60
Figura 12. Gráfico de médias em relação aos aspectos do domínio intestinal do IBDQ.....	61
Figura 13. Gráfico de médias em relação aos aspectos do domínio emocional do IBDQ.....	62
Figura 14.Gráfico de médias em relação aos aspectos do domínio sistêmicos do IBDQ.....	63
Figura 15.Gráfico de médias em relação aos aspectos do domínio social do IBDQ.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1A. Classificação de Montreal - extensão da Retocolite Ulcerativa	31
Tabela 2A. Classificação de Montreal - gravidade da Retocolite Ulcerativa	31
Tabela 3A. Classificação de Montreal - comportamento e localização da Doença de Crohn .	32
Tabela 1. Características epidemiológicas e clínicas ao diagnóstico dos 173 pacientes estudados	42
Tabela 2. Distribuição das características gerais segundo a idade ao diagnóstico.....	43
Tabela 3. Frequência das manifestações extraintestinais observadas	43
Tabela 4. Dados dos procedimentos cirúrgicos nos dois grupos avaliados, levando-se em consideração o total das 60 cirurgias realizadas	46
Tabela 5. Comportamento evolutivo em relação às novas complicações dos 90 pacientes com Doença de Crohn ao longo dos 20 anos de acompanhamento	47
Tabela 6. Comportamento evolutivo da Doença de Crohn nos 20 pacientes com diagnóstico aos 60 anos ou mais	48
Tabela 7. Comportamento evolutivo da Doença de Crohn nos 69 pacientes com diagnóstico antes dos 60 anos	48
Tabela 8. Classificação de Montreal, quanto a evolução da localização da Doença de Crohn ao longo de 20 anos	50
Tabela 9. Evolução da extensão de acometimento colônico da amostra estudada nos 20 anos de acompanhamento	50
Tabela 10. Comportamento evolutivo da Retocolite Ulcerativa nos 23 pacientes com diagnóstico aos 60 anos ou mais.....	51
Tabela 11. Comportamento evolutivo da Retocolite Ulcerativa nos 61 pacientes com diagnóstico antes dos 60 anos.....	51
Tabela 12. Gravidade da Retocolite ulcerativa durante 20 anos de seguimento	51

Tabela 13. Associação do tratamento medicamentoso com a modificação do comportamento para os fenótipos complicados na Doença de Crohn	54
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

DII: doenças inflamatórias intestinais

DC: Doença de Crohn

RCU: Retocolite Ulcerativa

AINE: anti-inflamatório não esteroidal

CM: Classificação de Montreal

MEIs: manifestações extraintestinais

CACR: câncer colorretal

IMS: imunossupressores

PCR: proteína C reativa

FCAL: calprotectina fecal

TNF- α :fator de necrose tumoral alfa

IBP: inibidores da bomba de prótons

Anti TNF: anti fator de necrose tumoral

OMS: Organização Mundial da Saúde

WHOQOL-100: *World Health Organization Quality of Life-100*

WHOQOL-bref: *World Health Organization Quality of Life – bref*

IBDQ: *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*

SF-36v2: *Short Form Health Survey version 2*

IAG-HC/UFGM: Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Minas Gerais

HU-UFJF: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HAS: hipertensão arterial sistêmica

DM: diabetes mellitus

OSTEOART:ostearticulares

DRC: doença renal crônica

DAC: doença arterial coronariana

CEP: colangite esclerosante primária

CBP: colangite biliar primária

SCBID: supercrescimento bacteriano do intestino delgado

SIBDQ: *Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*

SF-12: *12-Item Short-Form Health Survey*

PCS-12: *physical component summary 12*

MCS-12: *mental component summary 12*

SUMÁRIO

1-TÍTULO: Análise do perfil da doença inflamatória intestinal no paciente idoso, em centro de referência brasileiro.	17
2- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	17
2.1 Perfil da Doença Inflamatória Intestinal no Idoso.....	17
2.2 Qualidade de vida no idoso com Doenças Inflamatórias Intestinais.....	21
2.3 Referências Bibliográficas	22
3- JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	29
3.1 Objetivo geral.....	29
3.2 Objetivos específicos.....	29
4- METODOLOGIA.....	30
4.1 Delineamento geral da pesquisa.....	30
4.2 Questionários de Qualidade Vida.....	33
4.3 Casuística e Pacientes	33
4.4 Análise Estatística	34
5-Artigo	35
5.1 Resumo	35
5.2 Abstract.....	36
5.3 Introdução	37
5.4 Pacientes e métodos.....	38
5.4.1 Questionários de Qualidade Vida	39
5.4.2 Análise Estatística.....	40
5.5 Resultados	41
5.5.1 Seleção dos pacientes.....	41
5.5.2 Características gerais dos pacientes	41
5.5.3 Procedimentos cirúrgicos	45
5.5.4 Perfil evolutivo das DII.....	46
5.5.5 Medicamentos.....	51
5.5.6 Complicações.....	55
5.5.7 Qualidade de vida dos pacientes do estudo.....	55
5.6 Discussão	64
5.6.1 Qualidade de vida no paciente idoso com DII.....	69
5.7 Conclusões	71
5.8 Considerações finais.....	72
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

7- APÊNDICES	79
7.1 Apêndice A: Termos de consentimento (TCLE).....	79
7.2 Apêndice B: Protocolo de Coleta de Dados.....	83
8-ANEXOS.....	88
8.1 Anexo A: Questionários de qualidade de vida.....	88
8.2 Anexo B: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	100

1-TÍTULO: Análise do perfil clínico, epidemiológico e da qualidade de vida da Doença Inflamatória Intestinal no paciente idoso, em centro de referência brasileiro

2- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

2.1 Perfil da Doença Inflamatória Intestinal no Idoso

As doenças inflamatórias intestinais (DII), representadas principalmente, pela Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RCU), são doenças caracterizadas por processo inflamatório crônico e recidivante da mucosa gastrointestinal, de etiologia parcialmente conhecida, com pico de incidência nos grupos etários mais jovens^{1,2}, ocorrendo predominantemente, da segunda a quarta décadas de vida³. No entanto, muitos estudos mostram um segundo pico de incidência entre 60 e 70 anos³. A incidência de DII está aumentando gradativamente ao redor do mundo⁴, sendo que nos países recém industrializados da Ásia e da América Latina, esta mostra-se crescente⁵.

Com o crescimento da população idosa no mundo, segundo dados divulgados em 2014 para a população dos Estados Unidos da América do Norte, indivíduos com mais de 65 anos representam a faixa etária de mais rápido crescimento, com previsão de aumento de 31% nessa década⁶. Associa-se a este fato, o aumento concomitante da incidência e prevalência das DII nessa faixa etária^{1, 7, 8}. Cabe ressaltar, que para um grande número de estudos, ≥ 60 anos é considerado o ponto de corte para se considerar o indivíduo com DII como idoso⁸⁻¹⁰.

As diferentes casuísticas têm demonstrado que 25-35% dos pacientes com DII tem mais de 60 anos. Destacam-se dois grupos de pacientes, aqueles que tem a doença diagnosticada aos 60 anos ou mais e que perfazem 15% das casuísticas e, no segundo grupo estão os indivíduos que tiveram o diagnóstico ainda jovens e que envelheceram com a doença, estes somam 20% dos casos^{11, 12}. A real incidência das DII nessa faixa etária é difícil de ser determinada em virtude da dificuldade diagnóstica¹³. O erro diagnóstico na apresentação da doença é mais comum no idoso, sendo esse de 60% em comparação aos 15% nos jovens^{14, 15}. Algumas características como a apresentação da doença por sintomas indolentes e o grande número de diagnósticos diferenciais contribuem para o atraso diagnóstico^{7, 14}. Aspectos relevantes observados nos estudos populacionais são a redução progressiva da incidência a cada década que se segue os 60 anos, sendo que apenas 10% dos casos são diagnosticados após 80 anos¹⁶ e a evolução menos agressiva das DII iniciadas mais tardiamente^{10, 17}.

O manejo desses pacientes é complexo e torna-se um desafio na prática médica. Várias condições interferem na abordagem do idoso com DII. Destacam-se as comorbidades clínicas, pois cerca de 20% dos pacientes acima de 65 anos tem mais de cinco doenças crônicas; a polifarmácia, aproximadamente 50% dos idosos com DII tomam mais de cinco medicamentos¹⁸, fato que reflete tanto na adesão ao tratamento, quanto na interação medicamentosa; as alterações fisiológicas observadas com o envelhecimento que influenciam a farmacocinética dos medicamentos, com repercussões significativas no metabolismo e clareamento dos fármacos, além do envelhecimento acarretar mudanças no sistema imunológico e na microbiota intestinal^{7, 14, 18}.

O diagnóstico diferencial é mais complexo devido ao maior número de condições que se assemelham às DII, como por exemplo colite isquêmica, diverticulite, enterocolite por anti-inflamatório não-esteroidal (AINE), dentre outros¹⁹.

A somatória dessas condições repercute na resposta à terapia, na susceptibilidade a infecção, na frequência e gravidade dos efeitos adversos dos medicamentos e no risco de malignidade; tonando a abordagem do idoso com DII uma situação especial^{7, 14, 18}.

As DII se desenvolvem em indivíduos geneticamente suscetíveis que respondem de forma anormal aos estímulos intestinais, representados principalmente pela microbiota intestinal e seus subprodutos¹³. Nos indivíduos com 60 anos ou mais, a genética tem um papel menos importante e a imunosenescência está associada a alterações na composição da microbiota intestinal que favorecem às DII^{13, 18, 20}. Charpentier C. et al¹⁰ relataram que na DC 16% dos pacientes com menos de 17 anos ao diagnóstico apresentavam histórico familiar de DII, característica identificada em 7% dos indivíduos com mais de 60 anos. Fato semelhante é observado para a RCU, onde 13% dos casos com menos de 17 anos apresentam história familiar de DII em comparação com apenas 3% das pessoas com mais de 60 anos. Em relação à microbiota, Van Tongeren et al²¹ observaram que idosos frágeis, ou seja, aqueles que apresentam maior vulnerabilidade, sendo mais suscetíveis a eventos deletérios como quedas, hospitalizações, descompensação de doenças de base e óbito, têm até 26 vezes menos anaeróbios e mais enterobactérias do que idosos saudáveis ou menos frágeis, propiciando um ambiente para o aparecimento das DII²¹.

A classificação fenotípica das DII tem grande importância na avaliação e acompanhamento evolutivo dessas entidades. A Classificação de Montreal (CM)²² aumenta a acurácia na caracterização dos subgrupos de acordo com as características fenotípicas, idade ao diagnóstico, localização e comportamento da doença. Os idosos com início tardio diferem daqueles com início precoce em muitos aspectos, incluindo localização e fenótipo da doença ao

diagnóstico, sintomas na apresentação e história natural da doença^{10, 23, 24}. Gower-Rousseau et al²⁵ e Quezada et al²⁶ observaram nos idosos com DC, frequência pouco superior do comportamento não-estenossante e não-penetrante (B1) em comparação aos jovens. Pacientes idosos também apresentaram maior probabilidade de ter doença colônica isolada (L2) na DC e de colite esquerda (E2) na RCU diferenciando-se do jovem, nos quais a colite extensa (E3) é mais observada^{17, 27}. Em estudo populacional realizado na Bretanha em 2004, a proporção de pacientes com comportamento B1 não foi maior entre os indivíduos diagnosticados após os 40 anos²⁸. Charpentier C. et al¹⁰ ao avaliarem 367 idosos, com idade ≥ 60 anos, demonstram que a evolução para a DC complicada após 15 anos de acompanhamento, foi de apenas 9%. A DC na população idosa predomina no sexo feminino e o sangramento é a manifestação clínica mais frequente, sendo que diarreia, dor abdominal e perda de peso são menos observados^{17, 29}. O aumento da idade ao diagnóstico associa-se a menor frequência de doença perianal e de manifestações extraintestinais (MEIs)^{8, 13, 29}.

Recente metanálise e revisão sistemática, que avaliou as características das DII no idoso, mostrou que na RCU a taxa de procedimento cirúrgico no primeiro e quinto anos após o diagnóstico foi maior na população idosa com diagnóstico mais tardio. Nesse estudo o corte foi de ≥ 50 anos, em relação aos diagnosticados mais jovens, enquanto na DC esta mostrou-se semelhante nas duas populações³⁰. Targownik et al³¹ verificaram que as taxa de colectomia precoce (≤ 90 dias a partir da data do diagnóstico) foram maiores em pacientes com idade > 65 anos (3,1%) em comparação com 1,6% daqueles com idade < 65 anos (HR 2,00 [IC95% 1,33 a 3,55]; $p = 0,0079$)³¹.

O maior número de comorbidades da população idosa, associa-se ao aumento da necessidade de cuidados médicos e hospitalizações, principalmente por infecção e complicações pós operatórias, bem como é descrito aumento da mortalidade hospitalar^{18, 32}. Entre os idosos com DII e à semelhança do que ocorre com a população idosa sem DII, as condições mais prevalentes são representadas pelas doenças cardiovascular, pulmonar crônica, diabetes e doença cerebrovascular³³. Estudo retrospectivo de caso-controle demonstrou que pacientes com DII acima de 50 anos experimentaram mais infecções oportunistas do que pacientes com DII com idade inferior a 24 anos (odds ratio [OR] 3,0; IC95% 1,2–7.2; $p = 0,05$)³⁴.

Devido a relação entre idade e câncer, os idosos com DII, possuem maior risco de malignidade. No entanto, as DII não parecem ser um fator adicional ao desenvolvimento de câncer colorretal (CACR) nessa faixa etária^{8, 29}. Análise retrospectiva que incluiu populações idosas e mais jovens com DII demonstra que os idosos apresentaram maior incidência de

neoplasias, sendo essa, em média de 3,56/ 100 indivíduos. O uso de corticosteroide em qualquer momento evolutivo, associou-se ao aumento de 35% no desenvolvimento de doença maligna³⁵. É necessário ter um olhar mais atento à prescrição de agentes imunossupressores (IMS) nesta população, especialmente com história prévia de câncer²⁹. Lewis et al³⁶ demonstraram que o uso de azatioprina em idosos deve ser avaliada de forma cuidadosa, pois o impacto do tratamento de manutenção das DII com essa medicação, aumentou menos de 0,01, a taxa ajustada em anos, na expectativa e qualidade de vida da população acima de 55 anos. Em contrapartida, a AZA associou-se ao maior risco de linfoma³⁶. Moram et al³⁷ demonstraram que pacientes acima de 65 anos que recebem IMS aumentaram o risco de câncer de pele não melanoma.

A propedêutica diagnóstica e de acompanhamento na população idosa é mais complexa. Além das limitações na realização de exames invasivos como colonoscopia, a especificidade de biomarcadores como proteína C reativa (PCR) e calprotectina fecal (FCAL), úteis na avaliação da atividade de doença não foram validados nessa população^{38, 39}. A presença de comorbidades e a própria desnutrição são condições que estão associadas ao baixo grau de inflamação crônica, com consequente aumento dos níveis de PCR, fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) e interleucina- 6. Outras situações como o uso mais frequente de medicamentos como os inibidores da bomba de prótons (IBP) e AINE, também são fatores que se associam à elevação dos marcadores de atividade inflamatória⁴⁰.

A abordagem terapêutica torna-se um desafio, pois não existem diretrizes ou consensos que orientam o tratamento das DII nesta faixa da população^{7, 13, 14}. Pacientes com mais de 65 anos são frequentemente excluídos dos ensaios terapêuticos, principalmente com imunossupressores^{10, 41}, gerando maior dificuldade na extrapolação de dados e experiências para a população idosa¹⁴.

A resposta ao tratamento geralmente se assemelha a observada nos indivíduos jovens; no entanto, a velocidade desta parece ser mais lenta^{42, 43}. A busca pelo equilíbrio entre os riscos e benefícios da terapêutica deve ser o alvo, levando-se em consideração o maior risco do uso de drogas como imunossupressores e biológicos, mas em contrapartida a subutilização dos mesmos, com controle inadequado da inflamação é responsável pelo maior número de complicações e cirurgias. Em estudo de coorte húngaro¹⁷, com acompanhamento de 11 anos, os autores demonstraram que tanto a azatioprina (42,6% vs 28,6%, valor de $p < 0,001$), quanto os esteroides sistêmicos (39,8% vs 17%, valor de $p < 0,001$) foram mais utilizados no adulto jovem com DC do que na população idosa⁷. A coorte francesa EPIMAD²⁵, corrobora as conclusões da Hungria, descrevendo taxas reduzidas de prescrição de medicamentos

imunomoduladores em pacientes idosos (probabilidade cumulativa de 27% em DC e 15% na RCU aos 10 anos de seguimento), além de taxas mais altas de aminossalicilatos (probabilidade cumulativa de 80% em DC e 84% em RCU).

De acordo com dados retrospectivos e de base populacional, agentes biológicos na população idosa com DII raramente são utilizados, chegando a 2% em pacientes com RCU e 6% em pacientes com DC aos cinco anos após o diagnóstico, em comparação com 7% e 20% na população adulta jovem^{9, 44}. No estudo TREAT⁴⁵, a idade avançada foi associada ao maior risco de infecções graves e mortalidade em pacientes com DII durante a terapia com anti-fator de necrose tumoral- alfa (anti-TNF-alfa). Cottone et al⁴⁶ relataram que pacientes idosos tratados com terapia biológica, infliximabe (n = 2475) ou adalimumabe (n = 604) tiveram risco aumentado de infecções, malignidade e mortalidade quando comparado ao grupo mais jovem (13% vs 2,6%, 3% vs 0% e 10% vs 1% respectivamente) ou a doentes idosos tratados com outras drogas. Por outro lado, a não utilização dessas medicações pode levar a um subtratamento com piores resultados na condução da doença e aumento da morbimortalidade¹⁴.

2.2 Qualidade de vida no idoso com Doenças Inflamatórias Intestinais

Outro aspecto relevante e que deve ser enfatizado é reconhecer o impacto das DII na qualidade de vida do idoso, que, na maioria das vezes já possui várias comorbidades^{47- 49}. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como "a percepção de um indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"⁵⁰. Percepção negativa de doença incurável favorece o aparecimento da depressão e ainda mais a deterioração do estado clínico do paciente⁴⁹. Meta-análise recente envolvendo pacientes com DII demonstra que a qualidade de vida foi pior durante a atividade da doença e em pacientes com DC⁵¹.

A qualidade de vida está associada à aceitação da doença e adaptação à nova situação de vida. Nos pacientes com doença DC, esta é determinada por marcadores de atividade da doença, como a incapacidade para o trabalho, sintomas intestinais, número de recidivas, tratamento com terapia biológica e hospitalização⁵².

A correlação entre melhora sintomática e remissão endoscópica, difere entre pacientes com DC e RCU, sendo esta mais evidente na RCU⁵³. A cicatrização da mucosa é o objetivo terapêutico atual, por seu impacto na história natural das DII. No entanto, para o paciente a remissão dos sintomas, principalmente na ausência do uso de corticoterapia, é importante por

apresentar estreita ligação com melhora de desempenho e consequentemente da qualidade de vida^{53,54}.

Ferramentas para mensuração da qualidade de vida são fundamentais. Análise realizada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS demonstrou que é possível desenvolver medidas de qualidade de vida que são aplicáveis e válidas. São exemplos, o questionário “*World Health Organization Quality of Life-100*” (WHOQOL-100)^{50, 55} e sua versão abreviada, o “*World Health Organization Quality of Life – Bref*” (WHOQOL-bref), esse último validado no Brasil em 2000, é composto por 26 questões, que facilita sua aplicação e é utilizado para quantificar a qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas⁵⁶.

O “*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*” (IBDQ) é um instrumento desenvolvido na “MC Master University”⁵⁷, com validação mundial e brasileira em 2004^{58, 59}, que tem o objetivo de avaliar a percepção, o bem estar e interferência das DII nos âmbitos sistêmico, social e psicológico⁶⁰.

Chrobak-Bień et al⁴⁹ utilizando-se da versão dois do “*Short Form Health Survey*” (SF-36v2), que é também um questionário de qualidade de vida validado, entrevistaram 50 pacientes oriundos de centros especializados em cirurgia colorretal e gastroenterologia. Os autores concluíram que pacientes idosos foram mais capazes de se adaptarem às situações difíceis causadas pelas DII. Outros fatores impactaram em melhor qualidade de vida foram a ausência de cirurgias prévias e grau de escolaridade de nível superior. Minagawa et al.⁶¹ avaliaram 224 idosos com faixa etária de 65 anos ou mais, com RCU, submetidos proctocolectomia total com anastomose ileoanal e bolsa ileal. Esses autores concluíram que mesmo após longo período pós cirurgia (15 anos ou mais) e apresentando complicações cirúrgicas como escape fecal, a qualidade de vida se manteve boa em relação ao pré operatório e pós operatório recente⁶¹.

2.3 Referências Bibliográficas

1. Ha CY, Katz S. Clinical outcomes and management of inflammatory bowel disease in the older patient. *Curr Gastroenterol Rep.* 2013;15(2):310.
2. Ananthakrishnan AN, Donaldson T, Lasch K, Yajnik V. Management of Inflammatory Bowel Disease in the Elderly Patient: Challenges and Opportunities. *Inflamm Bowel Dis.* 2017;23(6):882-93.
3. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology.* 2012;142(1):46-54.e42; quiz e30.
4. Kaplan GG. The global burden of IBD: from 2015 to 2025. *Nat Rev Gastro Hepat.* 2015;12(12):720-7.

5. Kaplan GG, Ng SC. Globalisation of inflammatory bowel disease: perspectives from the evolution of inflammatory bowel disease in the UK and China. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2016;1(4):307-16.
6. Ortman JM, Velkoff VA, Hogan H. An aging nation: the older population in the United States: Washington, DC: United States Census Bureau, Economics and Statistics Administration, US Department of Commerce; 2014.
7. Nimmons D, Limdi JK. Elderly patients and inflammatory bowel disease. *World J Gastrointest Pharmacol Ther*. 2016;7(1):51-65.
8. Sturm A, Maaser C, Mendall M, Karagiannis D, Karatzas P, Ipenburg N, et al. European Crohn's and Colitis Organisation Topical Review on IBD in the Elderly. *J Crohns Colitis*. 2017;11(3):263-73.
9. Everhov AH, Halfvarson J, Myrelid P, Sachs MC, Nordenvall C, Soderling J, et al. Incidence and Treatment of Patients Diagnosed With Inflammatory Bowel Diseases at 60 Years or Older in Sweden. *Gastroenterology*. 2018;154(3):518-28.e15.
10. Charpentier C, Salleron J, Savoye G, Fumery M, Merle V, Laberrenne JE, et al. Natural history of elderly-onset inflammatory bowel disease: a population-based cohort study. *Gut*. 2014;63(3):423-32.
11. Jeurig SF, van den Heuvel TR, Zeegers MP, Hameeteman WH, Romberg-Camps MJ, Oostenbrug LE, et al. Epidemiology and Long-term Outcome of Inflammatory Bowel Disease Diagnosed at Elderly Age-An Increasing Distinct Entity? *Inflamm Bowel Dis*. 2016;22(6):1425-34.
12. Nguyen GC, Sheng L, Benchimol EI. Health Care utilization in elderly onset inflammatory bowel disease: a population-based study. *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21(4):777-82.
13. Taleban S, Colombel JF, Mohler MJ, Fain MJ. Inflammatory bowel disease and the elderly: a review. *Journal of Crohn's & Colitis*. 2015;9(6):507-15.
14. Katz S, Pardi DS. Inflammatory bowel disease of the elderly: frequently asked questions (FAQs). *American J Gastroenterol*. 2011;106(11):1889-97.
15. Wagtmans MJ, Verspaget HW, Lamers CB, van Hogezaand RA. Crohn's disease in the elderly: a comparison with young adults. *J Clinical Gastroenterol*. 1998;27(2):129-33.
16. He W, Goodkind D, Kowal PR. An Aging World : 2015: United States Census Bureau; 2016.
17. Lakatos PL, David G, Pandur T, Erdelyi Z, Mester G, Balogh M, et al. IBD in the elderly population: results from a population-based study in Western Hungary, 1977-2008. *J Crohns Colitis*. 2011;5(1):5-13.
18. Ha CY, Katz S. Clinical implications of ageing for the management of IBD. *Nat Rev Gastro Hepat*. 2014;11(2):128-38.
19. Shepherd NA. Pathological mimics of chronic inflammatory bowel disease. *Am J Clin Pathol*. 1991;44(9):726-33.
20. Schiffrin EJ, Morley JE, Donnet-Hughes A, Guigoz Y. The inflammatory status of the elderly: the intestinal contribution. *Mutat Res*. 2010;690(1-2):50-6.
21. Van Tongeren SP, Slaets JP, Harmsen HJ, Welling GW. Fecal microbiota composition and frailty. *Appl Environ Microbiol*. 2005;71(10):6438-42.
22. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel JF. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut*. 2006;55(6):749-53.
23. Gisbert JP, Chaparro M. Systematic review with meta-analysis: inflammatory bowel disease in the elderly. *Aliment Pharma Ther*. 2014;39(5):459-77.
24. Ruel J, Ruane D, Mehandru S, Gower-Rousseau C, Colombel JF. IBD across the age spectrum: is it the same disease? *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2014;11(2):88-98.

25. Gower-Rousseau C, Vasseur F, Fumery M, Savoye G, Salleron J, Dauchet L, et al. Epidemiology of inflammatory bowel diseases: new insights from a French population-based registry (EPIMAD). *Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver*. 2013;45(2):89-94.
26. Quezada SM, Steinberger EK, Cross RK. Association of age at diagnosis and Crohn's disease phenotype. *Age Ageing*. 2013;42(1):102-6.
27. Stepaniuk P, Bernstein CN, Targownik LE, Singh H. Characterization of inflammatory bowel disease in elderly patients: A review of epidemiology, current practices and outcomes of current management strategies. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2015;29(6):327-33.
28. Heresbach D, Alexandre JL, Bretagne JF, Cruchant E, Dabadie A, Dartois-Hoguin M, et al. Crohn's disease in the over - 60 age group: a population based study. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2004;16(7):657-64.
29. Tran V, Limketkai BN, Sauk JS. IBD in the Elderly: Management Challenges and Therapeutic Considerations. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019;21(11):60.
30. Ananthakrishnan AN, Shi HY, Tang W, Law CC, Sung JJ, Chan FK, et al. Systematic Review and Meta-analysis: Phenotype and Clinical Outcomes of Older-onset Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis*. 2016;10(10):1224-36.
31. Targownik LE, Singh H, Nugent Z, Bernstein CN. The epidemiology of colectomy in ulcerative colitis: results from a population-based cohort. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(8):1228-35.
32. Ananthakrishnan AN, McGinley EL. Infection-related hospitalizations are associated with increased mortality in patients with inflammatory bowel diseases. *J Crohns Colitis*. 2013;7(2):107-12.
33. Juneja M, Baidoo L, Schwartz MB, Barrie A, Regueiro M, Dunn M, et al. Geriatric inflammatory bowel disease: phenotypic presentation, treatment patterns, nutritional status, outcomes, and comorbidity. *Digest Dis Sci*. 2012;57(9):2408-15.
34. Toruner M, Loftus EV, Jr., Harmsen WS, Zinsmeister AR, Orenstein R, Sandborn WJ, et al. Risk factors for opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2008;134(4):929-36.
35. Khan N, Vallarino C, Lissos T, Darr U, Luo M. Risk of Malignancy in a Nationwide Cohort of Elderly Inflammatory Bowel Disease Patients. *Drug Aging*. 2017;34(11):859-68.
36. Lewis JD, Schwartz JS, Lichtenstein GR. Azathioprine for maintenance of remission in Crohn's disease: benefits outweigh the risk of lymphoma. *Gastroenterology*. 2000;118(6):1018-24.
37. Moran GW, Lim AW, Bailey JL, Dubeau MF, Leung Y, Devlin SM, et al. Review article: dermatological complications of immunosuppressive and anti-TNF therapy in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharm Ther*. 2013;38(9):1002-24.
38. Velissaris D, Pantzaris N, Koniari I, Koutsogiannis N, Karamouzos V, Kotroni I, et al. C-Reactive Protein and Frailty in the Elderly: A Literature Review. *J Clin Med Res*. 2017;9(6):461-5.
39. LeBlanc J-F, Wiseman D, Lakatos PL, Bessissow T. Elderly patients with inflammatory bowel disease: Updated review of the therapeutic landscape. *World J Gastroenterol*. 2019;25(30):4158-71.
40. Bressler B, Panaccione R, Fedorak RN, Seidman EG. Clinicians' guide to the use of fecal calprotectin to identify and monitor disease activity in inflammatory bowel disease. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2015;29(7):369-72.
41. Travis S. Is IBD different in the elderly? *Inflamm Bowel Dis*. 2008;14 Suppl 2:S12-3.
42. Arnott I, Rogler G, Halfvarson J. The Management of Inflammatory Bowel Disease in Elderly: Current Evidence and Future Perspectives. *Inflamm Intestinal Dis*. 2018;2(4):189-99.

43. Vavricka SR, Rogler G. Treatment of severe ulcerative colitis: differences in elderly patients? *Dig Dis (Basel, Switzerland)*. 2009;27(3):315-21.
44. Kim M, Katz S, Green J. Drug Management in the Elderly IBD Patient. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2015;13(1):90-104.
45. Lichtenstein GR, Feagan BG, Cohen RD, Salzberg BA, Diamond RH, Chen DM, et al. Serious infections and mortality in association with therapies for Crohn's disease: TREAT registry. *Clin Gastroenterol Hepatol: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*. 2006;4(5):621-30.
46. Cottone M, Kohn A, Daperno M, Armuzzi A, Guidi L, D'Inca R, et al. Advanced age is an independent risk factor for severe infections and mortality in patients given anti-tumor necrosis factor therapy for inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*. 2011;9(1):30-5.
47. Wiestler M, Kockelmann F, Kück M, Kerling A, Tegtbur U, Manns MP, et al. Quality of Life Is Associated With Wearable-Based Physical Activity in Patients With Inflammatory Bowel Disease: A Prospective, Observational Study. *Clin Transl Gastroenterol*. 2019;10(11):e00094-e.
48. Liu R, Tang A, Wang X, Shen S. Assessment of Quality of Life in Chinese Patients With Inflammatory Bowel Disease and their Caregivers. *Inflamm Bowel Dis*. 2018.
49. Chrobak-Bien J, Gawor A, Paplaczynk M, Malecka-Panas E, Gasiorska A. Analysis of factors affecting the quality of life of those suffering from Crohn's disease. *Polski Przegląd Chirurgiczny*. 2017;89(4):16-22.
50. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569-85.
51. Knowles SR, Keefer L, Wilding H, Hewitt C, Graff LA, Mikocka-Walus A. Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analyses-Part II. *Inflamm Bowel Dis*. 2018;24(5):966-76.
52. Van der Have M, van der Aalst KS, Kaptein AA, Leenders M, Siersema PD, Oldenburg B, et al. Determinants of health-related quality of life in Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Crohns Colitis*. 2014;8(2):93-106.
53. Jharap B, Sandborn WJ, Reinisch W, D'Haens G, Robinson AM, Wang W, et al. Randomised clinical study: discrepancies between patient-reported outcomes and endoscopic appearance in moderate to severe ulcerative colitis. *Aliment Pharm Ther*. 2015;42(9):1082-92.
54. Vasudevan A, Gibson PR, van Langenberg DR. Time to clinical response and remission for therapeutics in inflammatory bowel diseases: What should the clinician expect, what should patients be told? *World J Gastroenterol*. 2017;23(35):6385-402.
55. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
56. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34:178-83.
57. Mitchell A, Guyatt G, Singer J, Irvine EJ, Goodacre R, Tompkins C, et al. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol*. 1988;10(3):306-10.
58. Guyatt G, Mitchell A, Irvine EJ, Singer J, Williams N, Goodacre R, et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 1989;96(3):804-10.
59. Irvine EJ, Feagan B, Rochon J, Archambault A, Fedorak RN, Groll A, et al. Quality of life: a valid and reliable measure of therapeutic efficacy in the treatment of inflammatory

- bowel disease. Canadian Crohn's Relapse Prevention Trial Study Group. *Gastroenterology*. 1994;106(2):287-96.
60. Pontes RMA, Miszputen SJ, Ferreira-Filho OF, Miranda C, Ferraz MB. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal: tradução para o português e validação do questionário "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire" (IBDQ). *Arq Gastroenterol*. 2004;41:137-43.
 61. Minagawa T, Ikeuchi H, Kuwahara R, Horio Y, Sasaki H, Chohno T, et al. Functional Outcomes and Quality of Life in Elderly Patients after Restorative Proctocolectomy for Ulcerative Colitis. *Digestion*. 2019:1-6.
 62. Group TW. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-8.
 63. 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:5a-36a.
 64. Calixto RP, Flores C, Francesconi CF. Inflammatory bowel disease: Impact on scores of quality of life, depression and anxiety in patients attending a tertiary care center in Brazil. *Arq Gastroenterol*. 2018;55(3):202-7.
 65. Meyer ALM. Qualidade de vida no seguimento tardio de doentes portadores de Retocolite ulcerativa submetidos a proctocolectomia com conservação esfíncteriana há mais de dez anos. São Paulo. Dissertação. (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo.2009.
 66. Tilio MSG, Arias LB, Camargo MG, Oliveira PSP, Panzetti NV, Ayrizono MLS, et al. Quality of life in patients with ileal pouch for ulcerative colitis. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*. 2013;33:113-7.
 67. Kedia S, Limdi JK, Ahuja V. Management of inflammatory bowel disease in older persons: evolving paradigms. *Intest Res*. 2018;16(2):194-208.
 68. Greenwald DA, Brandt LJ. Inflammatory bowel disease after age 60. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2003;6(3):213-25.
 69. Lin WC, Tung CC, Lin HH, Lin CC, Chang CW, Yen HH, et al. Elderly Adults with Late-Onset Ulcerative Colitis Tend to Have Atypical, Milder Initial Clinical Presentations but Higher Surgical Rates and Mortality: A Taiwan Society of Inflammatory Bowel Disease Study. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(10):e95-e7.
 70. Tinetti ME, Bogardus ST, Jr., Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med*. 2004;351(27):2870-4.
 71. Ananthakrishnan AN, Binion DG. Treatment of ulcerative colitis in the elderly. *Dig Dis*. (Basel, Switzerland). 2009;27(3):327-34.
 72. Qato DM, Alexander GC, Conti RM, Johnson M, Schumm P, Lindau ST. Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. *Jama*. 2008;300(24):2867-78.
 73. Parian A, Ha CY. Older age and steroid use are associated with increasing polypharmacy and potential medication interactions among patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21(6):1392-400.
 74. Hwang SW, Kim JH, Im JP, Ye BD, Koo HS, Huh KC, et al. Influence of age at diagnosis on the clinical characteristics of Crohn's disease in Korea: Results from the CONNECT study. *J Gastroenterology Hepatol*. 2017;32(10):1716-22.
 75. Saad AM, Czul F, Sakuraba A, Rubin DT, Cohen RD. Age of Diagnosis is Associated with Disease Presentation and Therapeutic Complications in Patients with Crohn's Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2016;22(5):1027-31.

76. Langholz E, Munkholm P, Davidsen M, Nielsen OH, Binder V. Changes in extent of ulcerative colitis: a study on the course and prognostic factors. *Scand J Gastroenterol.* 1996;31(3):260-6.
77. De Carvalho EB. Modificação do comportamento da doença de Crohn baseada na classificação de Montreal, em centro de referência brasileiro para tratamento de doenças intestinais, no período de 20 anos de acompanhamento. (Dissertação de Mestrado). Belo Horizonte: UFMG; 2012.
78. Bautista MC, Otterson MF, Zadvornova Y, Naik AS, Stein DJ, Venu N, et al. Surgical outcomes in the elderly with inflammatory bowel disease are similar to those in the younger population. *Digest Dis Sci.* 2013;58(10):2955-62.
79. Desai A, Zator ZA, de Silva P, Nguyen DD, Korzenik J, Yajnik V, et al. Older age is associated with higher rate of discontinuation of anti-TNF therapy in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2013;19(2):309-15.
80. Janke KH, Klump B, Gregor M, Meisner C, Haeuser W. Determinants of life satisfaction in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2005;11(3):272-86.
81. Velonias G, Conway G, Andrews E, Garber JJ, Khalili H, Yajnik V, et al. Older Age and Health-related Quality of Life in Inflammatory Bowel Diseases. *Inflamm Bowel Dis.* 2017;23(2):283-8.
82. Perera LP, Bhandari S, Liu R, Guilday C, Zadvornova Y, Saeian K, et al. Advanced Age Does Not Negatively Impact Health-Related Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease. *Digest Dis Sci.* 2018;63(7):1787-93.
83. Del Val JH. Old-age inflammatory bowel disease onset: a different problem? *World J Gastroenterol.* 2011;17(22):2734-9.
84. Canavan C, Abrams KR, Hawthorne B, Drossman D, Mayberry JF. Long-term prognosis in Crohn's disease: factors that affect quality of life. *Aliment Pharm Ther.* 2006;23(3):377-85.
85. Pallis AG, Vlachonikolis IG, Mouzas IA. Assessing health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease, in Crete, Greece. *BMC Gastroenterol.* 2002;2(1):1.
86. Hjortswang H, Strom M, Almer S. Health-related quality of life in Swedish patients with ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol.* 1998;93(11):2203-11.
87. Casellas F, Arenas JI, Baudet JS, Fabregas S, Garcia N, Gelabert J, et al. Impairment of health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a Spanish multicenter study. *Inflamm Bowel Dis.* 2005;11(5):488-96.
88. Cohen D, Bin CM, Fayh APT. Assessment of quality of life of patients with inflammatory bowel disease residing in Southern Brazil. *Arq Gastroenterol.* 2010;47(3):285-9.
89. Raghu Subramanian C, Triadafilopoulos G. Care of inflammatory bowel disease patients in remission. *Gastroenterol Rep (Oxf).* 2016;4(4):261-71.
90. Rubin GP, Hungin AP, Chinn DJ, Dwarakanath D. Quality of life in patients with established inflammatory bowel disease: a UK general practice survey. *Aliment Pharm Ther.* 2004;19(5):529-35.
91. Jayasinghe UW, Proudfoot J, Barton CA, Amoroso C, Holton C, Davies GP, et al. Quality of life of Australian chronically-ill adults: patient and practice characteristics matter. *Health Qual Life Out* 2009;7:50.
92. Webb E, Blane D, McMunn A, Netuveli G. Proximal predictors of change in quality of life at older ages. *J Epidemiol Commun H.* 2011;65(6):542-7.
93. Pizzi LT, Weston CM, Goldfarb NI, Moretti D, Cobb N, Howell JB, et al. Impact of chronic conditions on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2006;12(1):47-52.

94. Han PD, Burke A, Baldassano RN, Rombeau JL, Lichtenstein GR. Nutrition and inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin N*. 1999;28(2):423-43, ix.
95. Han SW, McColl E, Steen N, Barton JR, Welfare MR. The inflammatory bowel disease questionnaire: a valid and reliable measure in ulcerative colitis patients in the North East of England. *Scand J Gastroenterol*. 1998;33(9):961-6.
96. Tomazoni EI, Benvegnu DM. Symptoms of anxiety and depression, and quality of life of patients with crohn's disease. *Arq Gastroenterol*. 2018;55(2):148-53.

3- JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

O presente estudo justifica-se pela relevância do tema. As DII têm sido cada vez mais diagnosticadas na população idosa. O melhor conhecimento do perfil de apresentação e evolução, bem como da resposta ao tratamento, medicamentos utilizados e seus efeitos adversos, a influência na qualidade de vida e a morbimortalidade das DII na população com idade igual ou superior a 60 anos, impacta numa abordagem diferenciada nessa população. Apesar do número crescente de estudos internacionais que visam caracterizar as DII no idoso, não existem estudos na população idosa brasileira.

3.1 Objetivo geral

O estudo tem como objetivo avaliar o perfil clínico e epidemiológico, bem como a qualidade de vida dos pacientes com DII, com idade igual ou superior a 60 anos, tanto para pacientes que tiveram o diagnóstico após esta idade, quanto naqueles que envelheceram com DII.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever as características epidemiológicas dos pacientes estudados.
- Descrever as características clínicas, enfatizando o comportamento, localização, extensão da doença, segundo a CM ao diagnóstico.
- Avaliar a evolução da DC quanto ao surgimento de complicações (estenoses e fístulas) e modificação da extensão da localização da doença a cada cinco anos subsequentes o diagnóstico.
- Avaliar a evolução da RCU quanto ao surgimento de complicações e a modificação da extensão da doença a cada cinco anos.
- Avaliar a frequência de uso dos diferentes grupos de medicamentos e suas indicações.
- Avaliar a frequência de intervenções cirúrgicas, tipos de cirurgias e internações no período de acompanhamento.
- Comparar as características epidemiológicas, clínicas e evolutivas dos pacientes que envelheceram com DII (diagnóstico antes dos 60 anos), com aqueles que manifestaram a doença aos 60 anos ou mais.
- Analisar o perfil de qualidade de vida da população idosa com DII utilizando os questionários WHOQOL-bref e IBDQ.

4- METODOLOGIA

4.1 Delineamento geral da pesquisa

O estudo foi realizado no Ambulatório de Intestino do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Minas Gerais (IAG-HC/UFMG) em colaboração com o Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) e foi desenvolvido em duas etapas. Na primeira, realizou-se uma coorte histórica com avaliação retrospectiva dos prontuários dos pacientes idosos com DII, registrados nos ambulatórios participantes e na segunda aplicaram-se dois questionários para avaliação da qualidade de vida. O “*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*” IBDQ⁶⁰, que consiste de 32 questões voltadas para qualidade de vida do paciente com DII e o “*World Health Organization Quality of Life – abbreviated version*” WHOQOL-bref⁶², questionário proposto pela Organização Mundial de Saúde, abreviado e validado com 26 questões, que avalia a qualidade de vida em idosos com diferentes doenças crônicas (Anexo A).

Foram analisados separadamente os seguintes aspectos:

- Dados demográficos: sexo, data de nascimento, naturalidade, raça auto referida, escolaridade, peso, altura e história de tabagismo.
- Dados do diagnóstico das DII: idade do paciente ao diagnóstico, manifestação da doença (intestinal e extraintestinal), método do diagnóstico (clínico, laboratorial, métodos de imagem e cirúrgico).
- Classificação de Montreal^{22, 63} para RCU e DC (Tabelas 1A, 2A e 3A) ao diagnóstico. Perfil evolutivo da DC quanto ao surgimento de complicações (estenoses e fistulas) e modificação da extensão da localização da doença a cada cinco anos subsequentes o diagnóstico. Perfil evolutivo da RCU e DC quanto à extensão e localização das doenças ao diagnóstico e a cada cinco anos.
- Terapêutica clínica adotada durante a evolução da doença: - corticosteroides: tempo de uso contínuo, corticodependência, corticoresistência; aminossalicilatos, imunossuppressores e terapia biológica: tempos de uso, indicações e motivos de suspensão.
- Terapêutica cirúrgica: intervenções cirúrgicas as quais o paciente foi submetido e tempo de ocorrência.
- Internações hospitalares: causas de internações hospitalares relacionadas com o tempo de ocorrência e condutas durante a internação.

Tabela 1A. Classificação de Montreal - extensão da Retocolite Ulcerativa

Extensão		Anatomia
E1	Proctite ulcerativa	Acometimento limitado ao reto
E2	Colite esquerda ou distal	Acometimento ultrapassa o reto, mas não a flexura esplênica
E3	Colite extensa ou pancolite	Acometimento se estende além da flexura esplênica

(Satsangi J et al, 2006)*¹

Tabela 2A. Classificação de Montreal - gravidade da Retocolite Ulcerativa

Gravidade		Definição
S0	Remissão clínica	Assintomático
S1	RCU leve	Quatro ou menos evacuações/dia (com ou sem sangue), ausência de qualquer sinal sistêmico da doença e marcador inflamatório normal (VHS)
S2	RCU moderada	Mais de quatro evacuações/dia, mas com mínimos sinais de toxicidade sistêmica.
S3	RCU grave	Pelo menos seis evacuações/dia, frequência cardíaca de pelo menos 90 batimentos por minuto, temperatura de pelo menos 37,5° C, hemoglobina menor que 10,5 g/dL, e VHS de pelo menos 30 mm/h.

(Satsangi J et al, 2006)*¹

¹ 22. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel JF. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. Gut. 2006;55(6):749-53.

Tabela 3A. Classificação de Montreal - comportamento e localização da Doença de Crohn

Idade ao diagnóstico (A)	A1: 16 anos ou menos	
	A2: 17 - 40 anos	
	A3: > 40 anos	
Localização (L)	L1: íleo terminal	L1 + L4*: íleo + TGI superior
	L2: cólon	L2 + L4: cólon + TGI superior
	L3: íleocólon	L3 + L4 :ileocólon + TGI superior
	L4: trato GI superior	superior
Comportamento (B)	B1: não estenosante, não penetrante	B1p#: não estenosante, não penetrante + fistula perianal
	B2: estenosante	B2p: estenosante + fistula perianal
	B3: penetrante	B3p: penetrante + fistula perianal

(Satsangi J et al, 2006)*¹

* Modificador trato gastrointestinal superior (L4) permite a classificação da localização de L4 com L1 a L3.

Modificador doença perianal (p) acrescentado a categoria comportamento da doença B1 a B3 se houver acometimento perianal concomitante.

Critérios de Inclusão: Foram incluídos pacientes com idade \geq 60 anos, em acompanhamento nos referidos ambulatorios, que aceitaram participar do estudo e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Foi solicitada a dispensa da assinatura do TCLE para aqueles que não se encontravam em acompanhamento e que tiveram apenas os dados retrospectivos registrados no protocolo da pesquisa (Apêndice B).

Critérios de exclusão: Foram excluídos pacientes com seguimento inadequado, dados incompletos no prontuário e que se recusaram a participar do estudo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais/ UFMG sob o Parecer nº 2.980.487 e Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora/ UFJF sob o Parecer nº 3.132.561 (Anexo B).

4.2 Questionários de Qualidade Vida

No estudo foram utilizados dois questionários de qualidade de vida, validados para a população brasileira, um específico para DII (IBDQ), embora não específico para idoso e o WHOQOL-bref, para qualidade de vida geral, que tem grande utilidade para análise de idosos com doenças crônicas.

O IBDQ contém 32 itens, abrangendo quatro domínios: 1) sintomas intestinais, 2) sintomas sistêmicos, 3) problemas sociais, 4) aspectos emocionais. É apresentado na forma de múltipla escolha, com sete alternativas: escore 1 - pior qualidade de vida e 7 - melhor qualidade de vida (Anexo B). A soma de todos os domínios resulta na pontuação total, classificando a qualidade de vida: ≤ 100 pontos - baixo; 101 a 150 pontos - regular; 151 a 199 pontos - bom; e ≥ 200 pontos – excelente^{59,60,64}. Para a avaliação qualitativa da soma de cada domínio do IBDQ, foi adaptada a metodologia proposta por Meyer⁶⁵, calculando a média do escore de 1 a 7 de cada alternativa do domínio nos entrevistados, bem como realizada a comparação entre os domínios, tanto do IBDQ como WHOQOL-bref, para verificar quais aspectos mais incomodavam o paciente. Os escores dos domínios do IBDQ foram convertidos para uma escala de 0 a 100 para serem equiparáveis. Tilio et al⁶⁶ realizaram o cálculo das médias de cada questão dos domínios do IBDQ e reclassificaram os resultados como satisfatório para as pontuações 5, 6 e 7, regular 4 e insatisfatório 1,2,3.

O questionário WHOQOL-bref é constituído de 26 questões. As perguntas 1 e 2 referem-se à qualidade de vida geral e as respostas seguem uma escala de Likert, com valores de 1 a 5 e quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. As 24 questões seguintes, chamadas facetas, fazem referência a quatro domínios que são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Em cada domínio soma-se os valores da entrevista de cada faceta (de 1 a 5). Esse valor é dividido pelo número de questões, calculando-se a média, que é expressa em valores que vão de 1 até 5^{50, 56}. Para facilitar a análise do resultado, o domínio não foi multiplicado por quatro, essa multiplicação pode ser feita para equiparar o WHOQOL-bref ao WHOQOL-100 e foi realizada a classificação por média de cada domínio: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5,0).

4.3 Casuística e Pacientes

Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos, com o diagnóstico de DC ou RCU determinado por critérios clínicos, imaginológicos, endoscópicos e histológicos com

idade igual ou superior a 60 anos por ocasião da inclusão na pesquisa. Os pacientes foram selecionados a partir da casuística dos ambulatórios de referência em DII das instituições participantes.

Um total de 734 pacientes com DII estão registrados no Ambulatório de Intestino do Instituto Alfa, sendo que destes 191 (26%) preenchem o critério de inclusão para o estudo. No ambulatório da UFJF são aproximadamente 150 pacientes com o critério requerido. Em 17 pacientes do HU/UFJF a coleta de dados e a aplicação dos questionários foram realizadas por outro pesquisador.

Enfatiza-se que a despeito da Organização Mundial da Saúde considerar como idoso indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, para efeito de avaliação nas DII a literatura tem considerado o limite de 60 anos ou mais.

4.4 Análise Estatística

As análises estatísticas foram realizadas por meio dos programas SPSS para Windows versão 18.0 e 24.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Para os gráficos e tabelas foram usados excel 2019 para Windows e SPSS. Variáveis numéricas foram avaliadas quanto à normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk e comparadas entre si utilizando-se o teste t de Student ou Mann-Whitney. Para comparação entre as variáveis categóricas, foram utilizados o qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando apropriado.

Para a comparação de medianas de mais de 2 grupos, como para os domínios de qualidade de vida, utilizou-se o teste de Friedman com a associação entre os pares e complementação com o Teste de Wilcoxon. Após correção de Bonferroni, o nível de significância ficou calculado em 0,0083, evitando o erro tipo alfa. Para a comparação de medianas entre esses quatro grupos do escore geral de qualidade de vida do IBDQ utilizou-se o teste Jonckheere-Terpstra.

As características em estudo, inclusive o tempo de acompanhamento, foram descritas por frequências e porcentagens para as características das diversas variáveis categóricas. As características numéricas foram descritas por medidas de tendência central (média e mediana), bem como pelas medidas de dispersão (desvio-padrão) para as análises quantitativas e por gráficos de Box-Plot. O nível de significância adotado para o valor de p foi $< 0,05$.

5-Artigo

Análise do perfil clínico, epidemiológico e da qualidade de vida da Doença Inflamatória Intestinal no paciente idoso, em centro de referência brasileiro.

5.1 Resumo

Introdução: As doenças inflamatórias intestinais (DII), representadas principalmente, pela Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RCU), são doenças caracterizadas por processo inflamatório crônico e recidivante da mucosa gastrointestinal, de etiologia parcialmente conhecida, com pico de incidência nos grupos etários mais jovens. No entanto, a população idosa está crescendo e a incidência e prevalência das DII também nessa faixa etária. **Objetivos:** Avaliar o perfil epidemiológico, clínico, evolutivo e a qualidade de vida dos pacientes com idade igual ou superior a 60 anos. Tanto para aqueles que tiveram o diagnóstico após esta idade, quanto para os que envelheceram com DII. **Métodos:** Trata-se de estudo em duas vertentes, uma coorte histórica com avaliação dos prontuários dos pacientes com 60 anos ou mais, registrados nos Ambulatórios de Doenças Inflamatórias Intestinais do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG) e do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF). A outra consiste na avaliação da qualidade de vida por meio da aplicação de dois questionários (IBDQ e WHOQOL-bref). Foram analisados os aspectos demográficos, diagnósticos, fenótipo ao diagnóstico e localização da doença (classificação de Montreal para DC e RCU) ao diagnóstico e cada 5 anos, evolução da DC quanto ao surgimento de complicações (estenoses e fístulas), terapêutica clínica e cirúrgica. **Resultados:** Dos 173 pacientes analisados, houve equilíbrio quanto à DC, 90 casos (52%) e RCU, 83 (48%). Predominou o sexo feminino (63,6%). Não foram observadas diferenças na apresentação clínica, quanto às manifestações intestinais e extraintestinais entre os grupos. O paciente idoso com <60 anos ao diagnóstico, parece ter um curso mais agressivo inicialmente, comportamento penetrante foi observado ao diagnóstico em 30(33,8%) pacientes, mas aos 20 anos de doença, apenas em 3(11%). Prepondera o comportamento estenosante (B2), 42,7% na DC ao diagnóstico. Na RCU, houve predomínio de colite esquerda e pancolite (75%) e o tempo entre diagnóstico e internação foi menor. A evolução dos idosos foi menos agressiva, 85,6% dos casos tinha comorbidades. Polifarmácia predominou no grupo com ≥ 60 anos (74,4%). Aminossalicilatos foi a medicação mais utilizada (91,5%). A taxa de cirurgias foi semelhante nos dois grupos, mas a cirurgia ao diagnóstico foi mais comum nos mais idosos (80%). Houve predomínio de complicações no grupo com diagnóstico com <60 anos (56,9%), mas 51,8% com ≥ 60 anos necessitou internação ao diagnóstico. Quanto à qualidade de vida, nos 126 entrevistados, essa foi considerada boa, nos dois escores aplicados. Boa convivência com as DII foi observada em 78,6% dos pacientes avaliados pelo IBDQ e os fatores de maior impacto na qualidade de vida foram atividade da doença e presença de sintomas como fadiga, astenia e insônia. **Conclusões:** As pesquisas nessa faixa etária são escassas e a gestão das DII nesta população é complexa. Este trabalho contribuiu para o melhor conhecimento do perfil das DII na população idosa. Novos estudos tornam-se necessários para permitir a abordagem com protocolos mais específicos para essa população.

Palavras-chave: Doença Inflamatória Intestinal. Doença de Crohn. Retocolite Ulcerativa. Idoso. Qualidade de Vida.

5.2 Abstract

Introduction: Inflammatory bowel diseases (IBD), mainly represented by Crohn's Disease (CD) and Ulcerative Colitis (UC), are diseases characterized by a chronic and recurrent inflammatory process of the gastrointestinal mucosa, of partially known etiology, with a peak incidence in younger age groups. However, the elderly population is growing and the incidence and prevalence of IBD is also in this age group. **Objectives:** To evaluate the epidemiological, clinical, evolutionary profile and quality of life of patients aged 60 years or over. Both for those who were diagnosed after this age, and for those who aged with IBD. **Methods:** This is a two-pronged study, a historical cohort with an evaluation of the medical records of patients aged 60 years or older, registered at the Ambulatory of Inflammatory Bowel Diseases at the Alfa Institute of Gastroenterology, Hospital das Clínicas, Federal University of Minas Gerais (HC) / UFMG) and the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora (HU / UFJF). The other consists of assessing quality of life through the application of two questionnaires (IBDQ and WHOQOL-bref). Demographic aspects, diagnoses, phenotype at diagnosis and location of the disease were analyzed (Montreal classification for CD and UC) at diagnosis and every 5 years, evolution of CD as to the appearance of complications (strictures and fistulas), clinical and surgical therapy. **Results:** Of the 173 patients analyzed, there was balance in terms of CD, 90 cases (52%) and UC, 83 (48%). The female sex predominated (63.6%). There were no differences in clinical presentation, regarding intestinal and extraintestinal manifestations between groups. The elderly patient <60 years old at diagnosis, seems to have a more aggressive course initially, penetrating behavior was observed at diagnosis in 30 (33.8%) patients, but at 20 years of illness, only in 3 (11%). Predominant stricturing behavior (B2), 42.7% in CD at diagnosis. In the UC, there was a predominance of left colitis and pancolitis (75%) and the time between diagnosis and hospitalization was shorter. The evolution of the elderly was less aggressive, 85.6% of the cases had comorbidities. Polypharmacy predominated in the group aged ≥ 60 years (74.4%). Aminosalicylates was the most used medication (91.5%). The rate of surgery was similar in both groups, but surgery at diagnosis was more common in the elderly (80%). There was a predominance of complications in the group with diagnosis aged <60 years (56.9%), but 51.8% aged ≥ 60 years required admission to the diagnosis. As for the quality of life, in the 126 respondents, it was considered good, in the two scores applied. Good coexistence with IBD was observed in 78.6% of the patients evaluated by the IBDQ and the factors with the greatest impact on quality of life were disease activity and the presence of symptoms such as fatigue, asthenia and insomnia. **Conclusions:** Research in this age group is scarce and the management of IBD in this population is complex. This work contributed to a better understanding of the profile of IBD in the elderly population. New studies are necessary to allow the approach with more specific protocols for this population.

Keywords: Inflammatory Bowel Disease. Crohn's Disease. Colitis, Ulcerative. Elderly. Quality of Life.

5.3 Introdução

As doenças inflamatórias intestinais (DII), representadas principalmente, pela Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RCU), são doenças caracterizadas por processo inflamatório crônico e recidivante da mucosa gastrointestinal, de etiologia parcialmente conhecida, com pico de incidência nos grupos etários mais jovens^{1,2}, ocorrendo predominantemente, da segunda a quarta décadas de vida³. No entanto, muitos estudos mostram um segundo pico de incidência entre 60 e 70 anos³. A incidência de DII está aumentando gradativamente ao redor do mundo⁴, sendo que nos países recém industrializados da Ásia e da América Latina, esta mostra-se crescente⁵.

As diferentes casuísticas têm demonstrado que 25-35% dos pacientes com DII tem mais de 60 anos. Destacam-se dois grupos de pacientes, aqueles que têm a doença diagnosticada aos 60 anos ou mais e que perfazem 15% das casuísticas e, no segundo grupo estão os indivíduos que tiveram o diagnóstico ainda jovens e que envelheceram com a doença, estes somam 20% dos casos^{11,12}. A real incidência das DII nessa faixa etária é difícil de ser determinada em virtude da dificuldade diagnóstica¹³. O erro diagnóstico na apresentação da doença é mais comum no idoso, sendo esse de 60% em comparação aos 15% nos jovens^{14, 15}. Devido a algumas características como a apresentação da doença por sintomas indolentes e o grande número de diagnósticos diferenciais contribuem para o atraso diagnóstico^{7,14}.

O manejo desses pacientes é complexo e torna-se um desafio na prática médica. Destacam-se as comorbidades clínicas, cerca de 20% dos pacientes acima de 65 anos tem mais de cinco doenças crônicas; a polifarmácia, aproximadamente 50% dos idosos com DII tomam mais de cinco medicamentos¹⁸, fato que reflete tanto na adesão ao tratamento, quanto na interação medicamentosa; as alterações fisiológicas observadas com o envelhecimento que influenciam a farmacocinética dos medicamentos, além do envelhecimento acarretar mudanças no sistema imunológico e na microbiota intestinal^{7, 14, 18}.

O diagnóstico diferencial é mais complexo devido ao maior número de condições que se assemelham às DII, como por exemplo colite isquêmica, diverticulite, enterocolite por anti-inflamatório não-esteroidal (AINE), dentre outros¹⁹.

As somatória dessas condições repercutem na resposta à terapia, na susceptibilidade a infecção, na frequência e gravidade dos efeitos adversos dos medicamentos e no risco de malignidade; tornando a abordagem do idoso com DII uma situação especial^{7, 14, 18}.

Outro aspecto relevante e que deve ser enfatizado é reconhecer o impacto das DII na qualidade de vida do idoso, que, na maioria das vezes já possui várias comorbidades^{47- 49}. A

percepção negativa de doença incurável favorece o aparecimento da depressão e ainda mais a deterioração do estado clínico do paciente⁴⁹.

Ferramentas para mensuração da qualidade de vida são fundamentais. Os questionários validados, “*World Health Organization Quality of Life – Bref*” (WHOQOL-bref), composto por 26 questões, utilizado para quantificar a qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas⁵⁶ e o “*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*” (IBDQ), instrumento desenvolvido na “*McMaster University*”⁵⁷, que tem o objetivo de avaliar a percepção, o bem estar e interferência das DII nos âmbitos sistêmico, social e psicológico⁶⁰, são exemplos de ferramentas efetivas para avaliação da qualidade de vida no idoso.

Esse estudo objetiva conhecer o perfil de apresentação e evolução, bem como resposta ao tratamento e o impacto na qualidade de vida das DII na população com idade ≥ 60 anos, tanto para os pacientes que tiveram o diagnóstico após esta idade, quanto naqueles que envelheceram com DII, em centro de referência brasileiro.

5.4 Pacientes e métodos

Trata-se de coorte histórica em duas etapas: avaliação retrospectiva dos prontuários dos pacientes idosos com DII, registrados nos ambulatórios participantes e na segunda aplicou-se dois questionários para avaliação da qualidade de vida. O “*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*” IBDQ⁶⁰, que consiste de 32 questões voltadas para qualidade de vida do paciente com doença inflamatória intestinal e o “*World Health Organization Quality of Life – abbreviated version*” WHOQOL-bref⁶², questionário proposto pela Organização Mundial de Saúde, abreviado e validado com 26 questões, que avalia a qualidade de vida em idosos com diferentes doenças crônicas. O estudo foi realizado no Ambulatório de Intestino do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Minas Gerais (IAG-HC/UFMG) em colaboração com o Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF).

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com o diagnóstico de DC ou RCU determinado por critérios clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos com idade igual ou superior a 60 anos por ocasião da inclusão na pesquisa e que aceitaram participar do estudo. Os pacientes foram selecionados a partir da casuística dos ambulatórios de referência em DII das instituições participantes. Foram excluídos pacientes com seguimento inadequado e com dados incompletos no prontuário.

Foram analisados separadamente os seguintes aspectos:

- Dados demográficos: sexo, data de nascimento, raça, peso, altura e história de tabagismo.
- Dados do diagnóstico das DII: idade do paciente ao diagnóstico, manifestação da doença (intestinal e extraintestinal), método do diagnóstico (clínico, laboratorial, métodos de imagem e cirúrgico).
- Classificação de Montreal^{22, 63} para RCU e DC ao diagnóstico e a cada 5 anos.
- Terapêutica clínica adotada durante a evolução da doença: - corticosteroides: tempo de uso contínuo, corticodependência, corticoresistência; aminossalicilatos, imunossupressores e terapia biológica: tempos de uso, indicações e motivos de suspensão.
- Terapêutica cirúrgica: intervenções cirúrgicas as quais o paciente foi submetido e tempo de ocorrência.
- Internações hospitalares: causas de internações hospitalares relacionadas com o tempo de ocorrência e condutas durante a internação.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais/ UFMG sob o Parecer nº 2.980.487 e Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora/ UFJF sob o Parecer nº 3.132.561. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da coleta de dados. Para aqueles que não se encontravam em acompanhamento e que tiveram apenas os dados retrospectivos registrados no protocolo de pesquisa houve dispensa da assinatura do TCLE pelos Comitês de Ética.

5.4.1 Questionários de Qualidade de Vida

No estudo foram utilizados dois questionários de qualidade de vida validados, um específico para DII (IBDQ) e o WHOQOL-bref, para qualidade de vida geral, que tem grande utilidade para análise de idosos com doenças crônicas.

O IBDQ contém 32 itens, abrangendo quatro domínios: 1) sintomas intestinais, 2) sintomas sistêmicos, 3) problemas sociais, 4) aspectos emocionais. É apresentado na forma de múltipla escolha, com sete alternativas: escore 1 - pior qualidade de vida e 7 - melhor qualidade de vida (Anexo B). A soma de todos os domínios resulta na pontuação total, classificando a qualidade de vida: ≤ 100 pontos - baixo; 101 a 150 pontos - regular; 151 a 199 pontos - bom; e ≥ 200 pontos – excelente^{59, 60, 64}. Para a avaliação qualitativa da soma de cada domínio do IBDQ, foi adaptada a metodologia proposta por Meyer⁶⁵, calculando a média do escore a 1 a 7 de cada alternativa do domínio nos entrevistados, bem como realizada a comparação entre os domínios,

tanto do IBDQ como WHOQOL-bref, para verificar quais aspectos mais incomodavam o paciente. Tilio et al⁶⁶ realizaram o cálculo das médias de cada questão dos domínios do IBDQ e reclassificaram os resultados como satisfatório para as pontuações 5, 6 e 7, regular 4 e insatisfatório 1,2,3.

O questionário WHOQOL-bref é constituído de 26 questões. As perguntas 1 e 2 referem-se à qualidade de vida geral e as respostas seguem uma escala de Likert, com valores de 1 a 5 e quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. As 24 questões seguintes, chamadas facetas, fazem referência a quatro domínios que são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Em cada domínio soma-se os valores da entrevista de cada faceta (de 1 a 5). Esse valor é dividido pelo número de questões, calculando-se a média, que é expressa em valores que vão de 1 até 5^{50, 56}. Para facilitar a análise do resultado, o domínio não foi multiplicado por quatro, essa multiplicação pode ser feita para equiparar o WHOQOL-bref ao WHOQOL-100 e foi realizada a classificação por média de cada domínio: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5,0).

5.4.2 Análise Estatística

As análises estatísticas foram realizadas por meio dos programas SPSS para Windows versão 18.0 e 24.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Para os gráficos e tabelas foram usados excel 2019 para Windows e SPSS. Variáveis numéricas foram avaliadas quanto à normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk e comparadas entre si utilizando-se o teste t de Student ou Mann-Whitney. Para comparação entre as variáveis categóricas, foram utilizados o qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando apropriado.

Para a comparação de medianas de mais de 2 grupos, como para os domínios de qualidade de vida, utilizou-se o teste de Teste de Friedman com a associação entre os pares e complementação com o Teste de Wilcoxon. Após correção de Bonferroni, o nível de significância ficou calculado em 0,0083, evitando o erro tipo alfa. Para a comparação de medianas entre esses quatro grupos do escore geral de qualidade de vida do IBDQ utilizou-se o teste Jonckheere-Terpstra.

As características em estudo, inclusive o tempo de acompanhamento, foram descritas por frequências e porcentagens para as características das diversas variáveis categóricas e da obtenção de medidas de tendência central (média e mediana), bem como pelas medidas de

dispersão (desvio-padrão) para as análises quantitativas. O nível de significância adotado para o valor de p foi $< 0,05$.

5.5 Resultados

5.5.1 Seleção dos pacientes

Dos 188 pacientes selecionados para inclusão na primeira fase do estudo, 15 foram excluídos devido ao preenchimento incompleto de prontuários. Ao todo, 173 pacientes foram incluídos no estudo longitudinal retrospectivo. Sendo, 156 do IAG-HC/UFMG e 17 do HU/UFJF. Para a segunda etapa da pesquisa, entrevistas de avaliação da qualidade de vida, foram incluídos 126 pacientes que foram atendidos nos ambulatórios de DII.

5.5.2 Características gerais dos pacientes

As características gerais dos 173 pacientes com DII e idade ≥ 60 anos, estão sumarizadas na Tabela 1. Houve equilíbrio quanto à DC, 90 casos (52%) e RCU, 83 (48%). Houve predomínio do sexo feminino (63,6%). Em 130 pacientes (75,1%) a doença foi diagnosticada antes dos 60 anos, enquanto 43(24,9%), tiveram o diagnóstico com 60 anos ou mais. A idade média à inclusão foi de 68,6 anos (desvio padrão $\pm 7,68$) com limites de 60 a 91 anos. A cor predominante foi branca 90(52%) e 6,9% da amostra era tabagista ou ex-tabagista, com carga tabágica média de 12 maços/ano (desvio padrão $\pm 9,88$). A maior porcentagem dos pacientes (85,6%) tinha comorbidades, sendo que 67(40,11%) desses, possuíam três ou mais. A distribuição das principais comorbidades está representada na Figura 1.

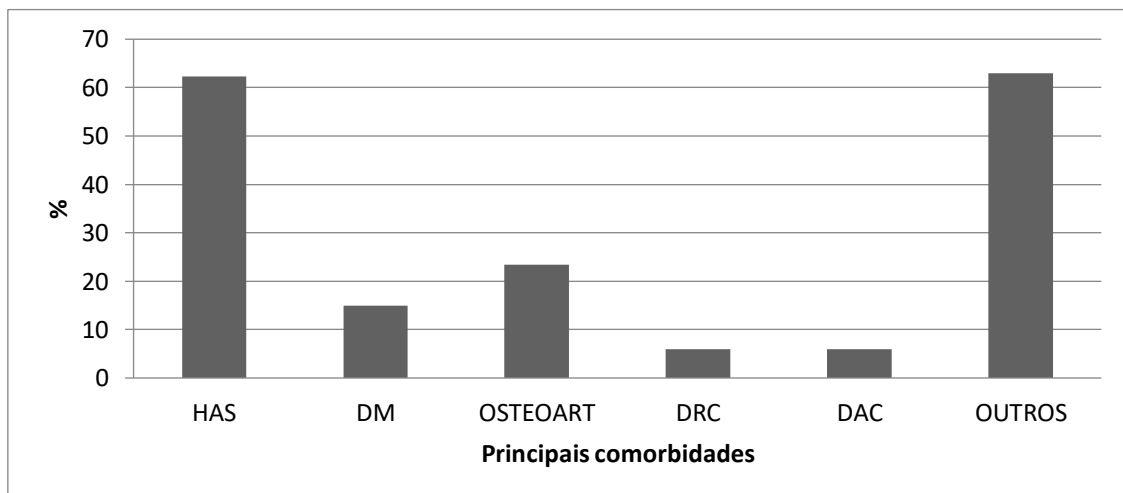
As manifestações clínicas na população total também estão descritas na Tabela 1. Na população com mais de 60 anos ao diagnóstico predominaram: dor abdominal em 29(67,4%), emagrecimento em 27(62,8%) e hematoquezia em 26 (60,5%) pacientes. Ao comparar as manifestações clínicas entre os diagnósticos de RCU e DC no grupo total de pacientes idosos, é possível observar que não houve diferença significativa entre a diarreia, 80% na DC e 90,4% na RCU (p-valor: 0,057), mas outras manifestações predominaram na DC: emagrecimento (64,4%) (p-valor 0,031), sintomas sistêmicos (25,8%) (p-valor 0,038) e outros sintomas (35,2%) (p-valor 0,001). A hematoquezia foi manifestação que prevaleceu na RCU, 72 (86,7%) pacientes dos 83 pacientes com RCU (p-valor $<0,001$).

Tabela 1. Características epidemiológicas e clínicas ao diagnóstico dos 173 pacientes estudados

Variáveis	Grupo total n=173*(100%)**	DC*** n=90*(100%)	RCU*** n=83*(100%)
Idade ao diagnóstico			
< 60 anos	130(75,1)	69(76,7)	61(73,5)
≥ 60 anos	43 (24,9)	21(23,3)	22(26,5)
Gênero			
Feminino	110(63,6)	64(71,1)	46(55,4)
Masculino	63(36,4)	26(28,9)	37(44,6)
Raça/cor			
Branca	90 (57,3)	50(61)	40(53,3)
Preta	16(10,2)	7(8,5)	9(12)
Parda	51(32,5)	25(30,5)	26(34,7)
Tabagismo	12(6,9)	11(12,2)	1(1,2)
Comorbidades	143(85,6)	76(87,4)	67(85,8)
Manifestações clínicas			
Diarreia	147(85,0)	72(80)	75(90,4)
Hematoquezia	102(59,0)	30 (33,3)	72(86,7)
Emagrecimento	98(56,6)	58(64,4)	40(48,2)
Dor abdominal	115(66,5)	65(72,2)	50(60,2)
Sistêmicas (febre astenia, inapetência)	34(19,8)	23(25,8)	11(13,2)
Manifestações extraintestinais	27(15,6)	14(15,5)	13(15,7)

*os totais variam devido às perdas de informações ** as porcentagens são relativas ao total de cada coluna

***DC= Doença de Crohn/ RCU= Retocolite Ulcerativa



*HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes mellitus; OSTEOART: osteoarticulares;
DRC: doença renal crônica; DAC: doença arterial coronariana

Figura 1. Frequência das principais comorbidades observadas nos 173 pacientes com DII

A comparação das características demográficas e gerais dos grupos com diagnóstico <60 anos e ≥ 60 anos não mostrou diferença significativa, conforme demonstrado na Tabela 2. No entanto, ao se avaliar o número de comorbidades, 55,6% dos pacientes com mais de cinco comorbidades pertenciam ao grupo com diagnóstico aos 60 anos ou mais.

Tabela 2. Distribuição das características gerais segundo a idade ao diagnóstico

Variáveis	Idade ao diagnóstico		Valor-p**
	< 60 anos n =130(100%)*	≥ 60 anos n=43 (100%)*	
Diagnóstico			0,630
Doença de Crohn	69 (53,1)	21 (48,8)	
Retocolite ulcerativa	61 (46,9)	22 (51,2)	
Gênero			0,810
Feminino	82 (63,1)	28 (65,1)	
Masculino	48 (36,9)	15 (34,9)	
Raça/cor			0,541
Branca	71 (59,7)	19 (50,0)	
Preta	12 (10,1)	04 (10,5)	
Parda	36 (30,3)	15 (39,5)	
Tabagismo	09 (6,9)	03 (7,0)	0,990
Comorbidades	106 (84,8)	37 (88,1)	0,598
Manifestações Clínicas			
Diarreia	108 (83,1)	39 (90,7)	0,225
Hematoquezia	76 (58,5)	26 (60,5)	0,817
Emagrecimento	71 (54,6)	27 (62,8)	0,348
Dor abdominal	86 (66,2)	29 (67,4)	0,877
Outras manifestações clínicas	36 (28,3)	06 (14,0)	0,059
Manifestações extraintestinais	21 (16,2)	06 (14,0)	0,730

*O percentual refere-se ao n° total por idade e podem variar devido perda de informações

**Teste Qui-quadrado

O total de 27 (15,6%) pacientes apresentaram MEIs, sendo que em 15 (55,5%) casos estas foram diagnósticas durante o acompanhamento clínico e em 12 (44,5%) elas estavam presentes ao diagnóstico. As principais MEIs estão sumarizadas na Tabela 3.

Tabela 3. Frequência das manifestações extraintestinais observadas

Manifestações extraintestinais	Total n=27 (100%)	DC n=14 (%)**	RCU n=13 (%)**
Articulares	19 (70,4)	10 (71,4)	09 (69,2)
Artrite periférica	16 (59,3)	08(57,1)	08(61,5)
Espondiloartropatia axial	03 (11,1)	02(14,3)	01(7,7)
Hepatobiliares	04 (14,8)	02(14,3)	02(15,4)
CEP*	01 (3,7)	01(7,1)	00(0,0)
CBP*	02 (7,4)	01(7,1)	01(7,7)
Colecistopatia	01 (3,7)	00(0,0)	01(7,7)
Cutâneas	03 (11,1)	02(14,3)	01(7,7)
Pioderma gangrenoso	02 (7,4)	01(7,1)	01(7,7)
Eritema nodoso	01 (3,7)	01(7,1)	00(0,0)
Oftalmológicas	01 (3,7)	00(0,0)	01(7,7)

*CEP: colangite esclerosante primária; CBP: colangite biliar primária.

** os percentuais foram calculados considerando-se o total de MEIs para cada doença.

Não se observou diferença significativa na frequência de MEIs entre os pacientes com DC ou RCU (15,6% e 15,7%, respectivamente). Quanto a idade ao diagnóstico, esta também se mostrou semelhante nos dois grupos avaliados ($p=0,730$). Entretanto, vale ressaltar que do total de 27 pacientes que evoluíram com MEIs, 21 deles tiveram o diagnóstico antes dos 60 anos. As manifestações articulares preponderaram nos pacientes com diagnóstico antes dos 60 anos, 18 (94,7%) casos (p -valor de 0,004), enquanto as hepatobiliares, em número de três, foram mais observadas nos pacientes ≥ 60 anos, (p -valor 0,028). A mediana de tempo entre o diagnóstico e o desenvolvimento de MEIs está representada na Figura 2.

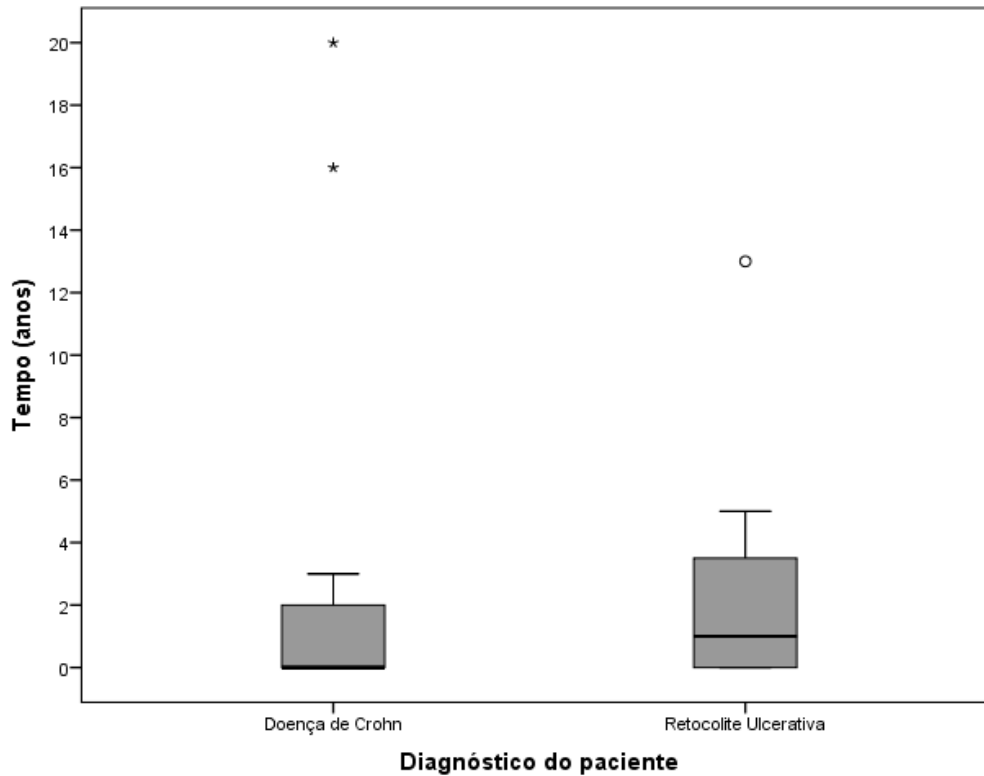


Figura 2.Box Plot: Mediana de tempo entre o diagnóstico e surgimento das manifestações extraintestinais na Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa

5.5.3 Procedimentos cirúrgicos

Um total de 60 cirurgias foram realizadas, sendo que 51,7% ocorreram por ocasião do diagnóstico. Foram 50(38,5%) procedimentos nos 130 pacientes com diagnóstico abaixo de 60 anos e 10(23,3%) nos 43 pacientes com idade ≥ 60 anos ao diagnóstico (p-valor 0,069). Naqueles com ≥ 60 anos ao diagnóstico, 8(80%) procedimentos foram realizados ao diagnóstico. A frequência das cirurgias foram: 24 (40%) pacientes, o maior número, realizaram cirurgias envolvendo o intestino delgado ou válvula ileocecal, 15(25%) e 9(15%) respectivamente, seguidos por hemicolectomia direita em 9(15%), colectomia subtotal em 8(13,3%), proctocolectomia em 7(11,7%) e fistulectomia com colocação de setons em 5(8,3%), hemicolectomia esquerda em 2(3,3%), correção de fístula enterovesical em 2(3,3%) e drenagem de abscesso perianal em 2(3,3%) e perianal em 1(1,7%).

As características dos procedimentos cirúrgicos nos pacientes com idade ao diagnóstico < 60 e ≥ 60 anos quanto ao número total de cirurgias, estão sumarizadas na Tabela 4.

Tabela 4. Dados dos procedimentos cirúrgicos nos dois grupos avaliados, levando-se em consideração o total das 60 cirurgias realizadas

Características das cirurgias	Diagnóstico < 60 anos*	Diagnóstico ≥ 60 anos*
	n=60(%)**	
Total de cirurgia	50(83,3)	10(16,7)
Cirurgia: ao diagnóstico	23 (38,3)	08(13,3)
Cirurgia: (01- 05 anos)	17 (28,3)	02(3,3)
Cirurgia: (05 -20 anos)	10 (16,7)	00(0)
Tipos de cirurgia mais comuns	Ressecção de delgado/ileocecal 22 (36,7)	Proctocolectomia com anastomose por bolsa ileal-anal 04(6,7%)

*Idade ao diagnóstico

**n= número de cirurgias % = porcentagem relativa ao número total de cirurgias

Na avaliação dos 173 casos estudados, a média de tempo entre o diagnóstico e a necessidade de cirurgia foi de três anos (desvio padrão ± 5,07). A relação entre a idade ao diagnóstico e necessidade cirúrgica nos dois grupos. está representada na Figura 3.

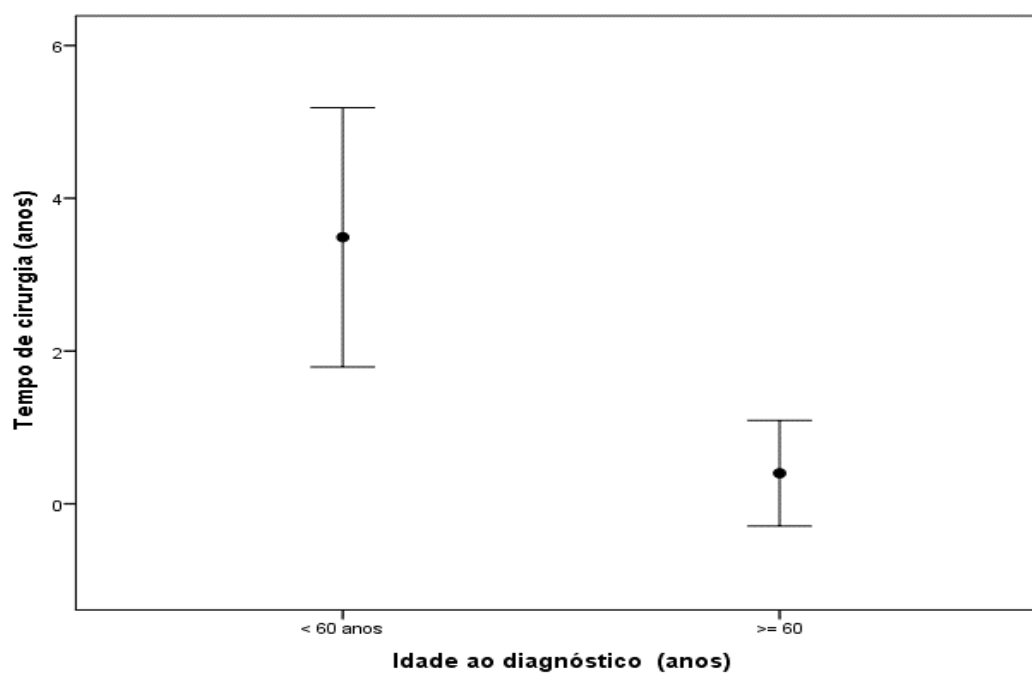


Figura 3. Intervalo de tempo entre o diagnóstico e o primeiro procedimento cirúrgico nos diferentes grupos

5.5.4 Perfil evolutivo das DII

A Classificação de Montreal (CM) foi utilizada para observar o perfil fenotípico da DC e RCU ao diagnóstico (T0). Para conhecer o padrão evolutivo da DC na amostra estudada no decorrer dos 20 anos, optou-se por verificar o aparecimento de complicações da doença aos 5, 10, 15, e 20 anos. Os pacientes que ao diagnóstico foram classificados como B1, doença não complicada, foram avaliados quanto ao aparecimento de complicações, fístulas e estenoses. Aqueles que iniciaram a doença com os perfis complicados (B2 e B3), foram avaliados quanto ao aparecimento ou não de novas fístulas ou estenoses.

A doença se manifestou (T0) em 21 pacientes com a forma não complicada, isto é não estenosante e não penetrante (B1), sendo que um deles tinha doença perianal associada (B1p). A forma complicada no T0 foi observada em 68 casos, sendo o comportamento estenosante (B2) em 38, três com fístulas perianal e penetrante (B3) em 30 pacientes, destes 50% com acometimento perianal. O acompanhamento evolutivo evidenciou que após cinco e 10 anos, os pacientes reduziram o número de novas complicações. Vale salientar que o comportamento complicado - penetrante foi observado ao diagnóstico em 30(33,8%) pacientes, mas aos 20 anos, apenas 3 (11%) apresentavam novas fístulas. A doença estenosante manteve-se estável ao longo das duas décadas observadas (Tabela 5).

Tabela 5. Comportamento evolutivo em relação às novas complicações dos 90 pacientes com Doença de Crohn ao longo dos 20 anos de acompanhamento

Comportamento da doença	Tempo (anos)					Valor-p
	0	5	10	15	20	
	n=89* n (%)	n=77 n (%)	n=65 n(%)	n=50 n (%)	n=26 n (%)	
Doença não complicada	21 (23,6)	23 (29,9)	27(41,5)	23(46,0)	12(46,2)	0,013
Doença complicada - estenoses	38 (42,7)	34 (44,1)	25(38,5)	22(44,0)	11(42,3)	
Doença complicada - fístulas	30(33,7)	20 (26,0)	13 (20,0)	05(10,0)	03 (11,5)	

*o número difere do total de 90 pacientes ao diagnóstico devido um paciente não ter sido diagnosticado como Crohn no T0.

Ao se comparar o comportamento da doença complicada ao diagnóstico com a chance de desenvolvimento de novas complicações, fistulas ou estenoses, ao longo do período estudado, observou-se que nos cinco primeiros anos essa se manteve estável com OR: 0,68 IC95% (0,34 -1,37) (p:0,279). Porém, aos 10 anos houve redução de 59% [OR: 0,41 IC95% (0,20-0,82) (p:0,012) na chance de se desenvolver novas complicações, enquanto aos 20 anos esta foi reduzida em 69%, [OR: 0,31 IC95% (0,12 -0,80)] (p:0,015).

Procurou-se avaliar o perfil evolutivo quanto ao aparecimento de novas complicações nos dois grupos estudados, pacientes com início de doença antes e após os 60 anos. Os dados estão sumarizados nas Tabelas 6 e 7 e representados nas Figuras 4 e 5. Os pacientes com ≥ 60 anos foram representados graficamente apenas durante 10 anos de seguimento, devido ao número muito reduzido nos tempos (T=15 e T=20).

Tabela 6. Comportamento evolutivo da Doença de Crohn nos 20 pacientes com diagnóstico aos 60 anos ou mais

Comportamento da doença	Tempo (anos)					Valor-p
	0	5	10	15	20	
	n=20 n (%)	n=13 n (%)	n=07 n (%)	n=04 n (%)	n=0 n (%)	
Não complicada	04(20,0)	05 (38,5)	04(57,1)	01 (25,0)	00 (0,0)	0,544*
Complicada- Estenoses	11(55,0)	06 (46,2)	03 (42,9)	03(75,0)	00 (0,0)	
Complicada- Fístulas	05(25,0)	02 (15,4)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	

*o valor de p refere-se à comparação da evolução de doença não complicada e complicada.

Tabela 7. Comportamento evolutivo da Doença de Crohn nos 69 pacientes com diagnóstico antes dos 60 anos

Comportamento da doença	Tempo (anos)					Valor-p
	0	5	10	15	20	
	n=69 n (%)	n=64 n (%)	n=58 n (%)	n=46 n (%)	n=25 n (%)	
Não complicada	16 (23,5)	18 (28,1)	23 (39,7)	22 (48,9)	12 (50,0)	0,020*
Complicada- Estenoses	27 (39,7)	26 (40,6)	22 (37,9)	19 (42,2)	10 (41,7)	
Complicada- Fístulas	26 (36,8)	20 (31,3)	13 (22,4)	05 (8,9)	03 (8,3)	

*o valor de p refere-se à comparação da evolução de doença não complicada e complicada.

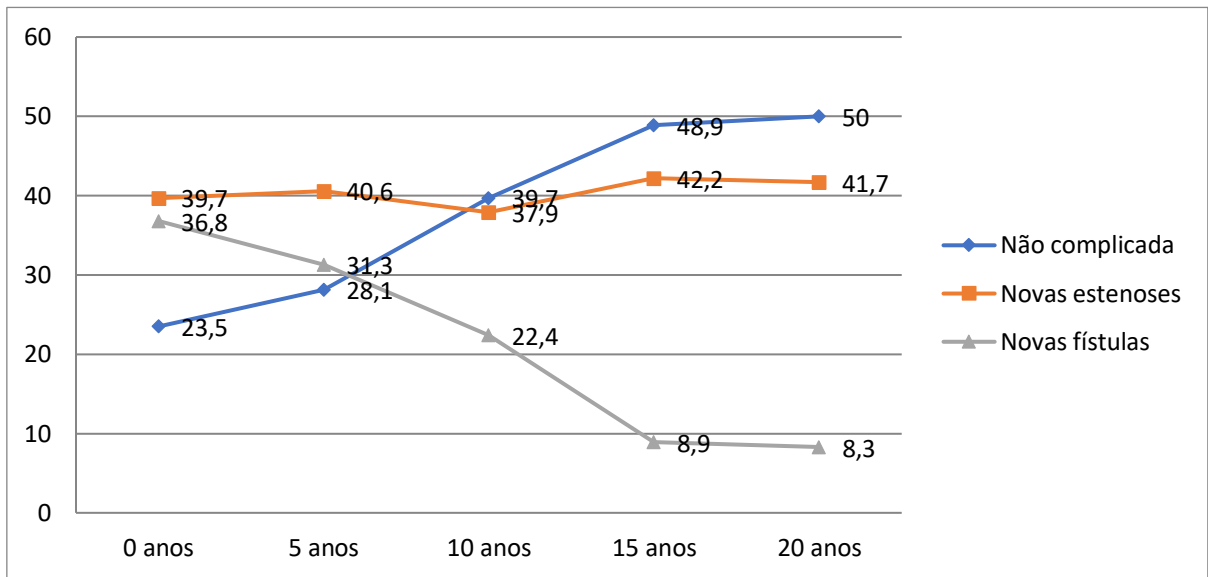


Figura 4. Comparação da evolução sobre novas complicações da DC em idosos com <60 anos ao diagnóstico

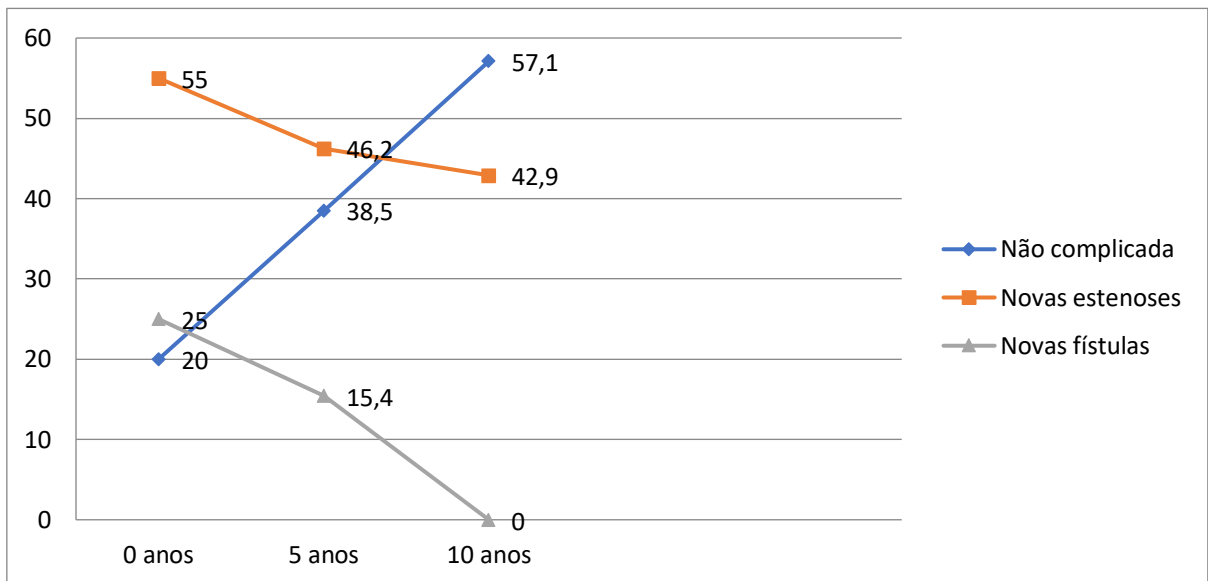


Figura 5. Comparação da evolução sobre novas complicações da DC em idosos com ≥ 60 anos ao diagnóstico

Em relação à localização da doença ao diagnóstico houve predomínio do comprometimento ileocolônico (40,4%), seguido da forma colônica (29,0%) e ileal (27,0%). O perfil evolutivo ao longo dos 20 anos está demonstrado na Tabela 8.

Tabela 8. Classificação de Montreal, quanto a evolução da localização da Doença de Crohn ao longo de 20 anos

	Tempo de duração da doença (em anos)					
	0	3	5	10	15	20
	n=89	n=84	n=77	n=65	n=50	n=26
Localização	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
L1	24 (27,0)	24 (28,6)	26 (33,7)	27 (41,5)	21 (42,0)	10 (38,5)
L2	26 (29,0)	23 (27,3)	18 (23,4)	11 (16,9)	08 (16,0)	04 (15,4)
L3	36 (40,4)	34 (40,5)	31 (40,3)	25 (38,5)	21 (42,0)	12 (46,1)
L4	01 (1,2)	01 (1,2)	01 (1,3)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
L1 + L4	01 (1,2)	01 (1,2)	01 (1,3)	02 (3,1)	00 (0,0)	00 (0,0)
L3 + L4	01 (1,2)	01 (1,2)	0 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)

O perfil fenotípico da RCU quanto à extensão do acometimento colônico segundo a classificação de Montreal está descrito na Tabela 9. Ao diagnóstico, houve predomínio de colite esquerda e pancolite (75%), seguido da proctite em 25% dos casos. Houve pouca modificação da extensão ao longo dos 20 anos.

Tabela 9. Evolução da extensão de acometimento colônico da amostra estudada nos 20 anos de acompanhamento

Extensão da doença	Tempo (anos)					Valor-p
	0	5	10	15	20	
	n=84*	n=71	n=62	n=46	n=40	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
E1	21 (25,0)	17 (23,9)	16 (25,8)	10 (21,7)	08 (20,0)	0,998
E2	32 (38,1)	30 (42,3)	25 (40,3)	20 (43,5)	16 (40,0)	
E3	31 (36,9)	24 (33,8)	21 (33,9)	16 (34,8)	16 (40,0)	

*o número difere do total de 83 pacientes ao diagnóstico devido um paciente ter sido diagnosticado como RCU no T0 e com evolução diagnosticado como Crohn.

Na RCU, também se observou o perfil evolutivo da extensão da doença nos dois grupos estudados, pacientes com início de doença antes e após os 60 anos. Além de analisar a evolução da gravidade dos pacientes em relação à presença de sintomas, atividade de doença, ou ausência dos mesmos. Os dados estão descritos nas Tabelas 10, 11 e 12.

Tabela 10. Comportamento evolutivo da Retocolite Ulcerativa nos 23 pacientes com diagnóstico aos 60 anos ou mais

Extensão da doença	Tempo (anos)					Valor-p
	0	5	10	15	20	
	n=23 n (%)	n=16 n (%)	n=12 n (%)	n=6 n (%)	n=3 n (%)	
E1	04(17,4)	01 (6,3)	01(8,3)	00 (0,0)	00 (0,0)	0,962
E2	12(52,2)	09 (56,3)	07 (58,3)	05 (83,3)	02 (66,7)	
E3	07(30,4)	06 (37,5)	04 (33,4)	01 (16,7)	01 (33,3)	

Tabela 11. Comportamento evolutivo da Retocolite Ulcerativa nos 61 pacientes com diagnóstico antes dos 60 anos.

Extensão da doença	Tempo (anos)					Valor-p
	0	5	10	15	20	
	n=61 n (%)	n=57 n (%)	n=53 n (%)	n=40 n (%)	n=38 n (%)	
E1	17(27,9)	17 (29,8)	16(30,2)	10 (25,0)	8 (21,1)	0,991
E2	21(34,4)	21 (36,8)	18(34,0)	15 (37,5)	15(39,5)	
E3	23(37,7)	19 (33,3)	19 (35,8)	15 (37,5)	15 (39,5)	

Tabela 12. Atividade da Retocolite ulcerativa durante 20 anos de seguimento

Gravidade da doença	Tempo (anos)					Valor-p
	0	5	10	15	20	
	n=81 n (%)	n=71 n (%)	n=62 n (%)	n=46 n (%)	n=40 n (%)	
Atividade da doença	81(100,0)	47 (66,2)	26 (41,9)	15 (32,6)	07 (17,5)	<0,001
Remissão clínica*	0 (0,0)	24 (33,8)	36 (58,1)	31 (67,4)	33 (82,5)	

*ausência de sintomas clínicos, sem avaliação de critérios laboratoriais

5.5.5 Medicamentos

A polifármacia, definida nesta pesquisa, como o uso de cinco ou mais medicamentos, como em outros estudos,¹⁸ foi observada em 86 (54,1%) de 159 pacientes da amostra, nos outros pacientes houve perda dessa informação. Entre os 116 casos com diagnóstico <60 anos,

54(46,6%) faziam uso de mais de cinco medicamentos. Enquanto, dentre os 43 com diagnóstico ≥ 60 anos, 32 (74,4%) tinham história de polifarmácia (p-valor: 0,002).

A frequência acumulada da medicação utilizada para o tratamento específico das DII está demonstrada na Figura 6.

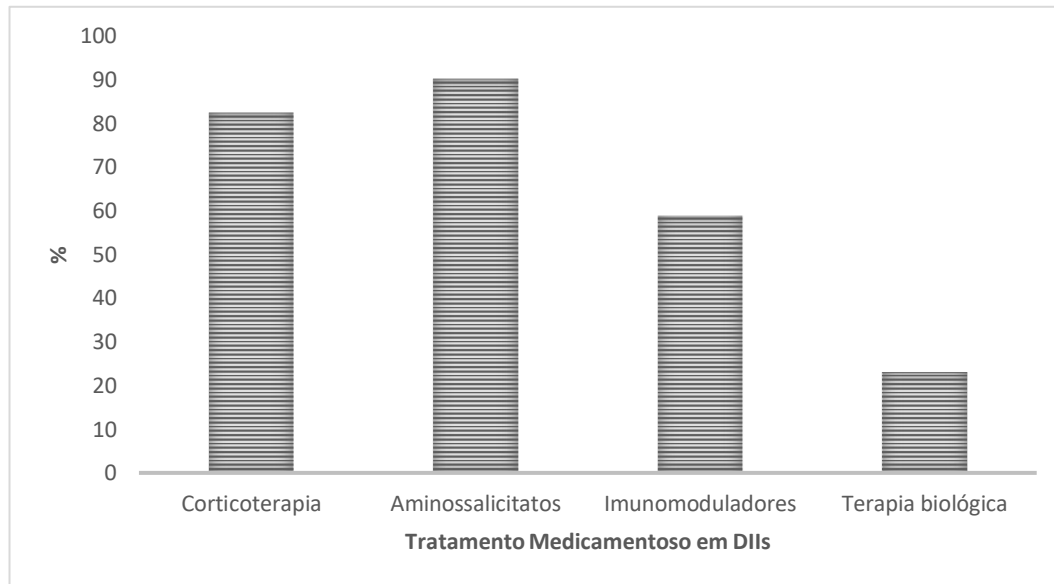


Figura 6. Distribuição de medicações para DII na população estudada (n=173)

Os corticosteroides foram utilizados em 136 (82,4%) de 165 pacientes ao diagnóstico. Não se observou diferença entre os grupos com idade < 60 anos (83,2%) e ≥ 60 (80%) (p-valor:0,432). Aos 10 anos de doença, 24 (20,2%) de 119 pacientes com idade < 60 anos necessitavam corticoide, enquanto apenas dois (5,1%) de 39 pacientes do grupo com ≥ 60 anos (p-valor 0,028). Os pacientes com <60 anos realizaram em média três a quatro cursos de corticoide, enquanto os pacientes com ≥ 60 anos, um curso. Em relação aos efeitos colaterais, 14,3% ocorreram nos pacientes com <60 anos e 17,9% nos mais idosos ao diagnóstico. O tempo médio de uso contínuo de corticoide foi três anos (desvio padrão $\pm 3,06$) para os pacientes com <60 anos e um ano e meio (desvio padrão $\pm 1,18$) para aqueles com idade de ≥ 60 anos (p-valor: 0,05).

Em relação aos aminossalicilatos, o uso foi semelhante nos dois grupos, em 119(91,5%) dos pacientes com diagnóstico <60 anos e 37(86%) dos pacientes ≥ 60 anos, com predomínio de mesalazina (55,1%). A azatioprina foi indicada em 92 (92,9%) dos 99 pacientes que usaram imunossupressores, mesmo que suspensa após um período de tempo. O maior número de usuários da azatioprina esteve entre pacientes com idade inferior a 60 anos ao diagnóstico, sendo que os imunossupressores em geral foram indicados em 83(63,8%) dos pacientes com

<60 anos e apenas 16 (37,2%) dos pacientes com ≥ 60 anos ao diagnóstico (p-valor: 0,003). As principais indicações para o uso de imunomodulador foram: corticodependência ou corticoresistência em 75 pacientes e doença complicada estenosante ou penetrante em 24 pacientes, não houve diferença em relação às indicações entre os grupos quanto à idade. De 30 pacientes que tiveram que suspender o imunossupressor, 14(46,7%) foram devido pancitopenia ou leucopenia, 05 (16,7%) por neoplasia, 04(13,3%) por intolerância do trato gastrointestinal, 04(13,3%) por infecções diversas, como abscessos e 10% se dividiram entre outras causas. O tempo médio em anos para início de imunomodulador foi de 5,5 (desvio padrão $\pm 5,28$) para os pacientes com <60 anos e 1,9 (desvio padrão $\pm 1,18$) para aqueles com idade de ≥ 60 anos (p-valor: 0,008). Os pacientes mais jovens ao diagnóstico usaram imunomodulador duas vezes e meio mais tempo que os mais idosos (média de 10 anos, desvio padrão $\pm 6,79$, p-valor:0,001).

O percentual de pacientes que usaram terapia biológica no grupo com diagnóstico < 60 anos foi de 25,4%, enquanto daqueles com ≥ 60 anos foi de 16,3% (p-valor:0,22). Houve predomínio do uso da terapia anti TNF-alfa, 57,5%. As duas principais indicações foram: não resposta à terapia convencional em 21 pacientes e doença perianal em 07 pacientes. Observou-se melhora clínica total, com ausência de sintomas em resposta aos biológicos em 23 (69,9%) dos 33 pacientes com diagnóstico <60 anos e nos pacientes com diagnóstico ≥ 60 anos prevaleceu a resposta clínica parcial em 4(57,2%) dos sete pacientes que usaram à medicação. O tempo de início do biológico para os pacientes com <60 anos foi de 12 anos após o diagnóstico (desvio padrão $\pm 6,85$) e de 3 anos (desvio padrão $\pm 1,70$) para os pacientes ≥ 60 anos (p-valor 0,001). Enquanto, o tempo médio de uso foi de 4 anos (desvio padrão $\pm 2,73$) e não se observou diferença quanto aos efeitos da medicação nos dois grupos estudados.

Medicamentos para DII e evolução para as formas complicadas da Doença

A necessidade de imunossupressor e/ou terapia biológica durante a evolução DC foi avaliada. Assim, entre os 90 casos, 76 apresentavam a doença complicada ao diagnóstico. Dentre os 14 que iniciaram o quadro com a forma não complicada, 6 evoluíram com complicações. A presença de doença complicada se associou a maior taxa de uso de imunossupressores, com OR: 4,38 (1,31-14,57) aos três anos de doença e OR: 5,97 (IC95% 1,86-19,22) aos cinco anos. Em relação ao uso de terapia biológica, esta se associou a doença complicada, desde o diagnóstico, OR:4,58 (IC_{95%}1,22-17,27) e ao aparecimento de complicações nos 10 anos de evolução da doença, OR:3,71(IC_{95%}1,21-11,40). Detalhes apresentados na Tabela 13.

Tabela 13. Associação do tratamento medicamentoso com a modificação do comportamento para os fenótipos complicados na Doença de Crohn

Doença de Crohn	Uso de Corticosteróides			Uso de Imunossupresores			Uso de Terapia Biológica		
	Não	Sim	OR (IC _{95%})	Não	Sim	OR (IC _{95%})	Não	Sim	OR (IC _{95%})
Tempo 0	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
Complicada	17 (85,0)	47 (77,0)	0,59 (0,15-2,32)	13 (65,0)	54 (83,1)	2,64 (0,86-8,14)	36 (70,6)	33 (91,7)	4,58(1,22-17,27)
Tempo 3 anos									
Não complicada	5 (27,8)	9(15,0)	1,00	7 (38,9)	8 (12,7)	1,00	13 (28,3)	2 (5,6)	1,00
Complicada	13 (72,2)	51 (85,0)	2,18 (0,62-7,62)	11 (61,1)	55 (87,3)	4,38 (1,31-14,57)	33 (71,7)	34 (94,4)	6,69 (1,40-31,99)
Tempo 5 anos									
Não complicada	6 (33,3)	15 (27,8)	1,00	10 (58,8)	11 (19,3)	1,00	18 (42,9)	3 (9,1)	1,00
Complicada	12 (66,7)	39 (72,2)	1,30 (0,41-4,10)	7 (41,2)	46 (80,7)	5,97 (1,86-19,22)	24 (57,1)	30 (90,9)	7,50 (1,97-28,50)
Tempo 10 anos									
Não complicada	4 (33,3)	20 (42,6)	1,00	6 (50,0)	18 (36,7)	1,00	18 (51,4)	6 (22,2)	1,00
Complicada	8 (66,7)	27 (57,4)	0,68 (0,18-2,56)	6 (50,0)	31 (63,3)	1,72 (0,48-6,14)	17 (48,6)	21 (77,8)	3,71 (1,21-11,40)
Tempo 15 anos									
Não complicada	4 (44,4)	17 (45,9)	1,00	4 (44,4)	17 (43,6)	1,00	15 (55,6)	7 (31,8)	1,00
Complicada	5 (55,6)	20 (54,1)	0,94 (0,22-4,10)	5 (55,6)	22 (56,4)	1,04 (0,24-4,45)	12 (44,4)	15 (68,2)	2,68 (0,83-8,68)
Tempo 20 anos									
Não complicada	1 (20,0)	9 (56,3)	1,00	2 (40,0)	9 (45,0)	1,00	9 (64,3)	2 (18,2)	1,00
Complicada	4 (80,0)	7 (43,8)	0,19 (0,02-2,15)	3 (60,0)	11 (55,0)	0,82 (0,11-5,99)	5 (35,7)	9 (81,8)	8,10(1,23-53,20)

Não houve associação entre extensão da RCU e uso de medicamentos com potencialidade para pacientes mais graves.

5.5.6 Complicações

Noventa (52%) dos 173 pacientes evoluíram com complicações. Essas foram mais frequentes em 74 (56,9%) dos 130 pacientes com <60 anos ao diagnóstico, enquanto 16 (37,2%) foram observadas nos 43 indivíduos do grupo com ≥ 60 anos (p-valor 0,025). As complicações relacionadas aos fenótipos mais graves – fístulas e estenoses, como verificados anteriormente nas tabelas 6 e 7, foram mais comuns nos pacientes com diagnósticos antes dos 60 anos em todos os períodos e se acumularam durante o tempo. Algumas destas, ainda evoluíram com distúrbios ainda mais graves: abdome agudo obstrutivo em 10 (11,1%), abscessos 06 (6,7%) e abdome agudo perfurativo em 3(3,3%), todas prevaleceram nos pacientes jovens ao diagnóstico.

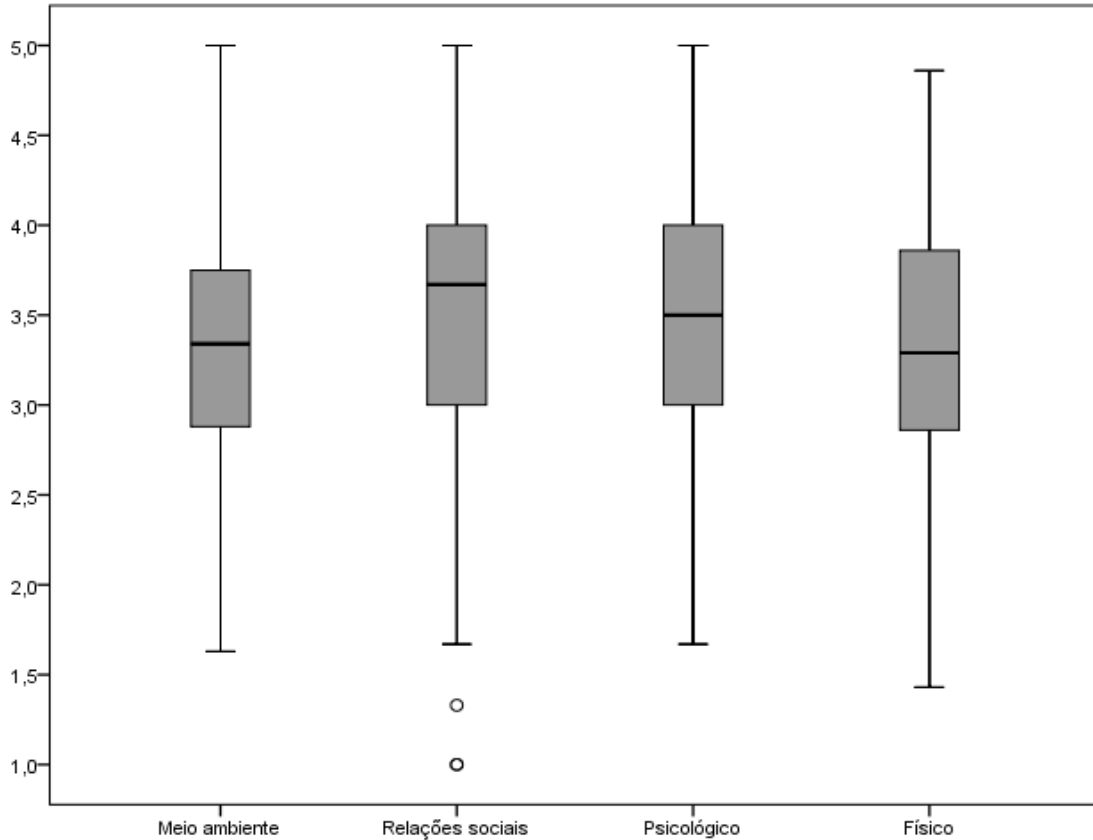
A necessidade de tratamento hospitalar foi observada em 106 (61,3%) pacientes. Esta se mostrou semelhante nos dois grupos, 60,8% nos pacientes com <60 anos e 62,8% nos ≥ 60 anos (p-valor:0,81). A principais indicações foram necessidade de cirurgia em 60(56,6%) e doença em atividade em 40(37,7%). Internação ao diagnóstico aconteceu em 14(51,8%) de 27 pacientes com ≥ 60 anos e em 31(39,2%) dos 79 pacientes com <60 anos. Tratamento medicamentoso foi realizado em 46(43,4%) dos pacientes, medicamentoso e cirúrgico em 40 (37,7%) e 20(18,9%) apenas cirúrgico. A média em anos entre o diagnóstico e a primeira internação foi de 5,5 anos (desvio padrão $\pm 8,46$) nos pacientes com <60 anos e 1,6 anos (desvio padrão $\pm 2,48$) naqueles com ≥ 60 anos (valor p-0,023).

5.5.7 Qualidade de vida dos pacientes do estudo

A qualidade de vida dos pacientes foi analisada por dois questionários: “World Health Organization Quality of Life-abbreviated version” (WHOQOL-bref) e “Inflammatory Bowel Disease Questionnaire” (IBDQ).

A análise dos dados do questionário WHOQOL-bref demonstrou quanto ao domínio ambiente, que 68 (54%) pacientes consideravam ter qualidade de vida regular, enquanto para o domínio relações sociais, essas, foram consideradas boas para 47(37,3%) casos e regular para 43 (34,1%). Em relação aos domínios psicológico e físico, 67 (53,2%) e 62 (49,2%) respectivamente, as consideraram como regular. A classificação geral da de qualidade de vida

do WHOQOL-bref ficou equiparada para os pacientes entre regular 47 (37,3%) e boa 48(38,1%).



World Health Organization Quality of Life-abbreviated version = WHOQOL-bref

Figura 7.Box plot: comparação entre os diferentes domínios avaliados pelo WHOQOL-bref nos 126 pacientes entrevistados

Conforme demonstrado na Figura 7, o domínio físico foi o que apresentou a pior pontuação, com mediana de 3,29 (q1=1 e q3 =5). Esse domínio avalia características como energia e fadiga, sono e repouso e capacidade de trabalho. A comparação entre os pares dos diferentes domínios, por exemplo relações sociais e psicológico, mostrou diferença significativa entre quase todos (qui-quadrado de 28,1, com p-valor de <0,001), exceto no que se refere ao domínio físico e meio ambiente, nos quais as medianas foram de 3,29 (q1=1 e q3 =5) e 3,34 (q1=2 e q3 =5), respectivamente (p-valor: 0,94).

Na análise do IBDQ, o domínio que apresentou a pior média 69,3(desvio padrão \pm 7,17) e mediana 71,4 (q1=6 e q3=35) foi o sistêmico. Relações sociais foi o domínio que apresentou média 84,7(desvio padrão \pm 7,13) e mediana 94,2 (q1=7 e q3=35) mais elevadas, demonstrando a importância das relações sociais e suporte familiar na vida do paciente. Diante

da comparação entre os diferentes domínios aos pares pelo método de Wilcoxon, observou-se diferença significativa entre os diversos domínios (qui quadrado de 128,8, p-valor de $<0,001$), facilitando a análise de qualidade de vida, com exceção feita a comparação entre os domínios intestinal e social (p-valor = 0,089), conforme demonstrado na Figura 8.

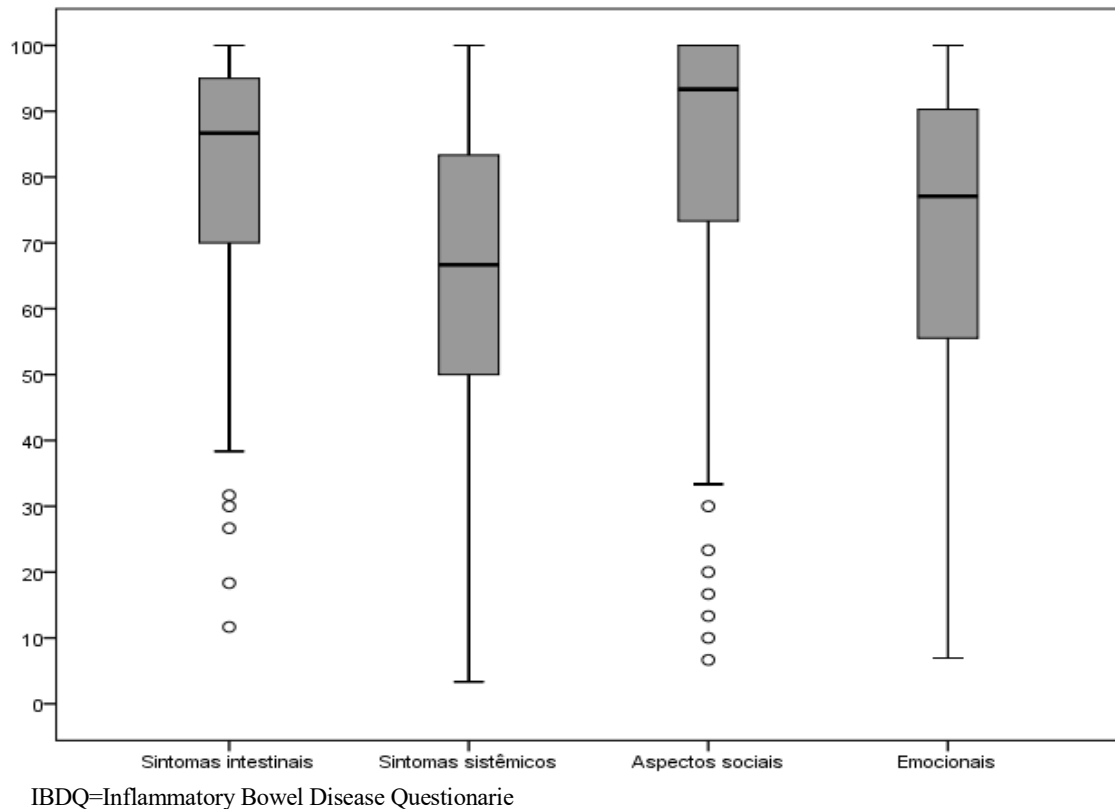
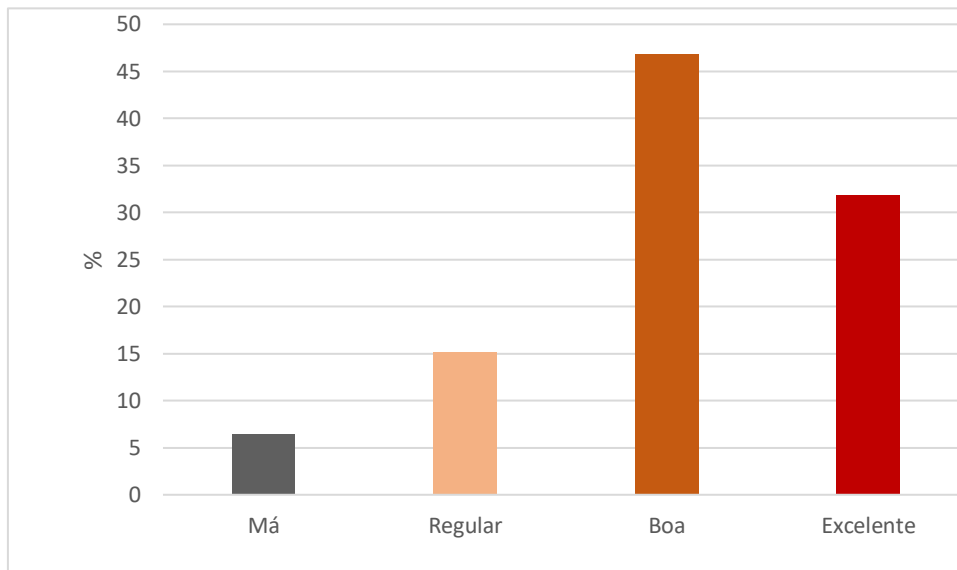


Figura 8. Box plot: comparação entre os diferentes domínios avaliados pelo IBDQ nos 126 pacientes entrevistados

A Figura 9 demonstra a avaliação geral da qualidade de vida dos 126 pacientes entrevistados. Destes, 59(46,8%) a consideraram boa e 40(31,8%) excelente. Observa-se que na amostra estudada 78,6% dos pacientes parecem conviver bem com as DII.



IBDQ=Inflammatory Bowel Disease Questionarie

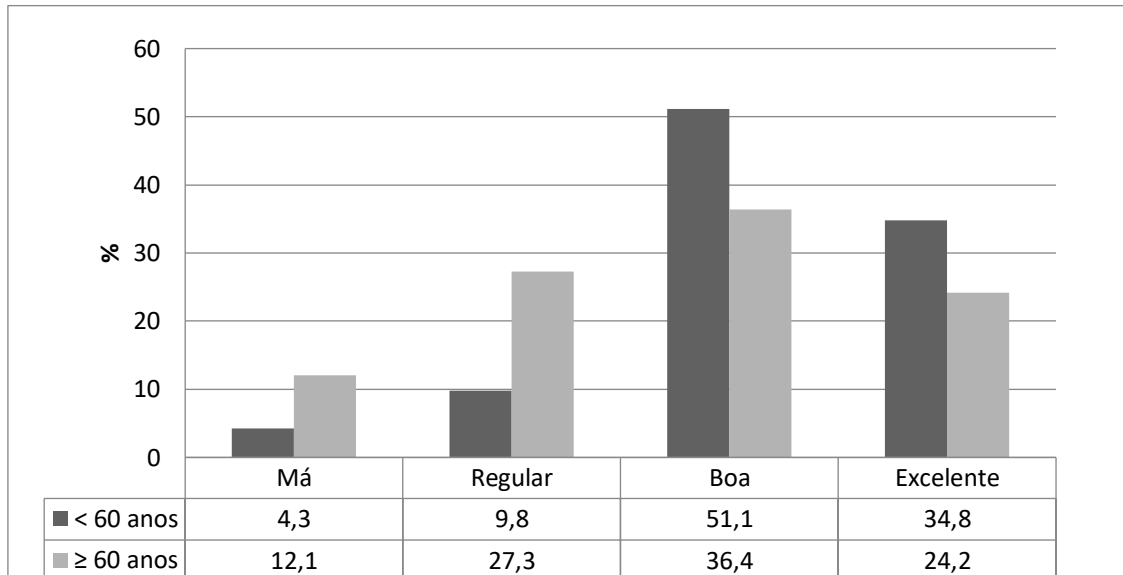
Figura 9. Classificação geral do IBDQ para os 126 pacientes idosos com DII

A média de idade à inclusão no estudo e conseqüentemente no momento em que se aplicou o questionário de qualidade de vida foi de 68,6 anos (desvio padrão $\pm 7,68$) com limites de 60 a 91 anos. A estratificação dos dados permitiu observar que pacientes mais jovens, isto é, com média de idade mais próxima aos 60 anos, demonstraram melhor percepção da qualidade de vida, enquanto aqueles com média de idade de 70 anos ou mais referiram-se a pior qualidade de vida, dados sem significado estatístico (p-valor: 0,938).

Remissão clínica e endoscópica, de maneira coincidente, foi verificada em 75 pacientes (59,5%) da amostra. A percepção de má qualidade de vida foi descrita por 13,7% dos 51 pacientes em atividade clínica e apenas por 1,3% dos 75 pacientes em remissão clínica (p-valor: $<0,001$). Em relação aos pacientes com percepção excelente da qualidade de vida, escore ≥ 200 , 40% estavam tanto em remissão clínica quanto endoscópica, enquanto, apenas 19,6% daqueles que estavam em atividade (p-valor: $<0,001$).

No grupo de 126 pacientes entrevistados, foram 92 (73%) com <60 anos ao diagnóstico e 33 (26,2%) com ≥ 60 anos. Após dicotomizar o escore global em dois grupos, pacientes com percepção negativa da qualidade de vida (má e regular) e aqueles com percepção positiva da qualidade de vida (boa e excelente), a análise comparativa entre os dois grupos, diagnóstico antes e após os 60 anos, permitiu observar que os pacientes diagnosticados mais jovens tiveram uma percepção mais positiva da qualidade de vida 79 (85,9%), enquanto os com ≥ 60 anos apresentaram percepção mais negativa, 13 (39,4%) (p-valor: 0,002).

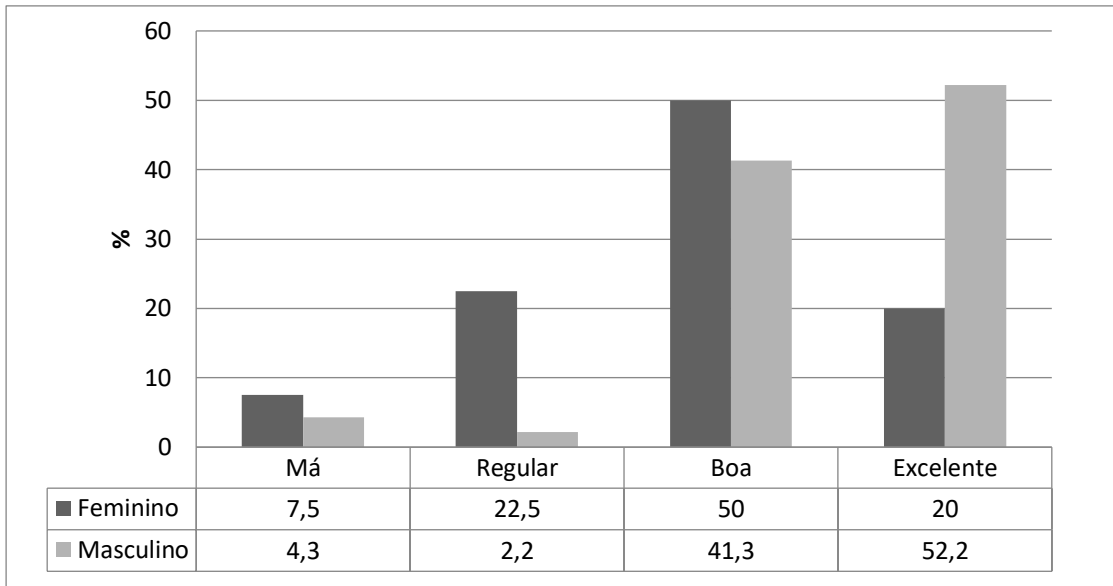
Conforme demonstrado na Figura 10, o escore global de qualidade de vida, nas diferentes categorias, também mostrou que pacientes com a doença diagnosticada a partir dos 60 anos apresentam piores índices, comparados aos que tiveram diagnóstico mais precoce ($p=0,024$), o escore regular foi o que demonstrou a diferença mais significativa, Figura 10.



Escore global de qualidade de vida: p-valor: 0,024 / Regular: categoria mais significativa

Figura 10. Comparação do escore global pelo Inflammatory Bowel Disease (IBDQ) nos dois grupos estudados

Em relação ao sexo 24 (30%) mulheres consideraram a qualidade de vida má/regular em relação a 3 (6,5%) homens. Quando se considera qualidade de vida boa/excelente, 43 (93,5%) dos homens concordam que a qualidade de vida é muito positiva em relação a (56) 70% das mulheres. Os escores regular e excelente foram estatisticamente significantes (p -valor: $<0,001$). Em discrepância é ilustrada no gráfico abaixo Figura 11.



Escore de qualidade e sexo: p-valor: <0,001/ Categorias: regular e excelente mais significativas

Figura 11. Comparação entre a qualidade de vida no IBDQ e sexos

Quanto aos outros aspectos avaliados, como tipo de doença (DC ou RCU), comorbidades, polifarmácia e uso de terapia biológica não se observou diferença significativa.

O IBDQ foi analisado por domínio, para verificar quais aspectos mais incomodavam os pacientes idosos. Cada alternativa foi analisada, com representação gráfica por médias.

No domínio intestinal, o menor escore desta dimensão, ou seja, o que está associado à pior qualidade de vida para o paciente, está relacionado à eliminação de gases (média 5,13, desvio padrão $\pm 1,98$) e o que menos incomodou o paciente foi ocorrência de sangramento retal, 6,52 (desvio padrão $\pm 1,34$). Observa-se que mesmo quanto à eliminação de gases, a média do escore não foi muito baixa, sendo que apenas 23,8% da amostra considerou um problema importante. Na figura 12, observa-se essa representação.

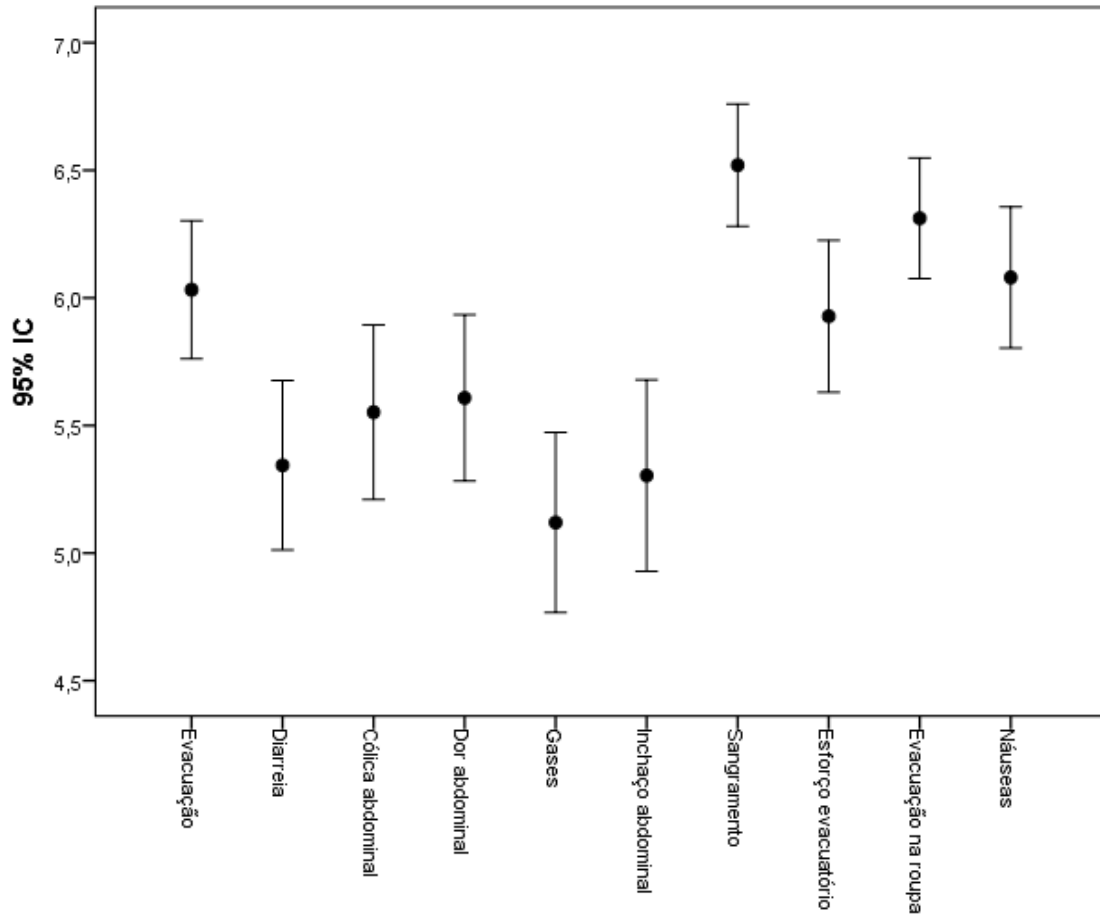


Figura 12. Gráfico de médias em relação aos aspectos do domínio intestinal do IBDQ

Em relação aos aspectos emocionais, o que mais comprometeu a qualidade de vida dos idosos, foi não se sentir tranquilo ou relaxado nas últimas duas semanas, média de 4,17 (desvio padrão $\pm 2,108$). Vergonha e raiva das DII, não foram importantes, com pontuação média de 6,15 (desvio padrão $\pm 1,86$) (Figura 13).

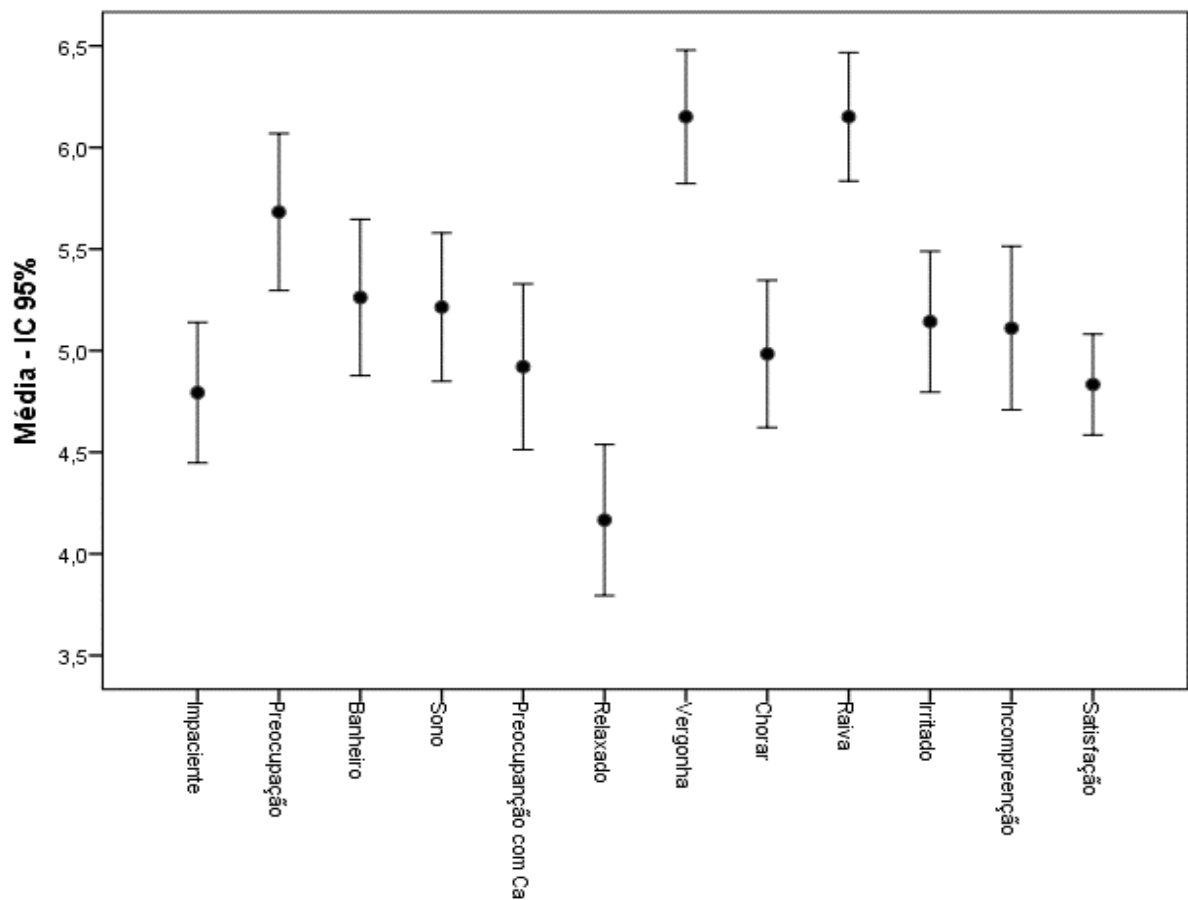


Figura 13. Gráfico de médias em relação aos aspectos do domínio emocional do IBDQ

No que se refere aos aspectos sistêmicos nas últimas duas semanas, quando questionados sobre com que frequência tiveram problemas para ter uma boa noite de sono ou por acordar durante a noite pelo problema intestinal, responderam que esse foi o aspecto que mais contribuiu para comprometimento da qualidade de vida (média de 4,29, desvio padrão $\pm 2,36$). Variação de peso pouco afetou a qualidade de vida dos pacientes da pesquisa (média de 5,07, desvio padrão $\pm 2,88$). (Figura 14).

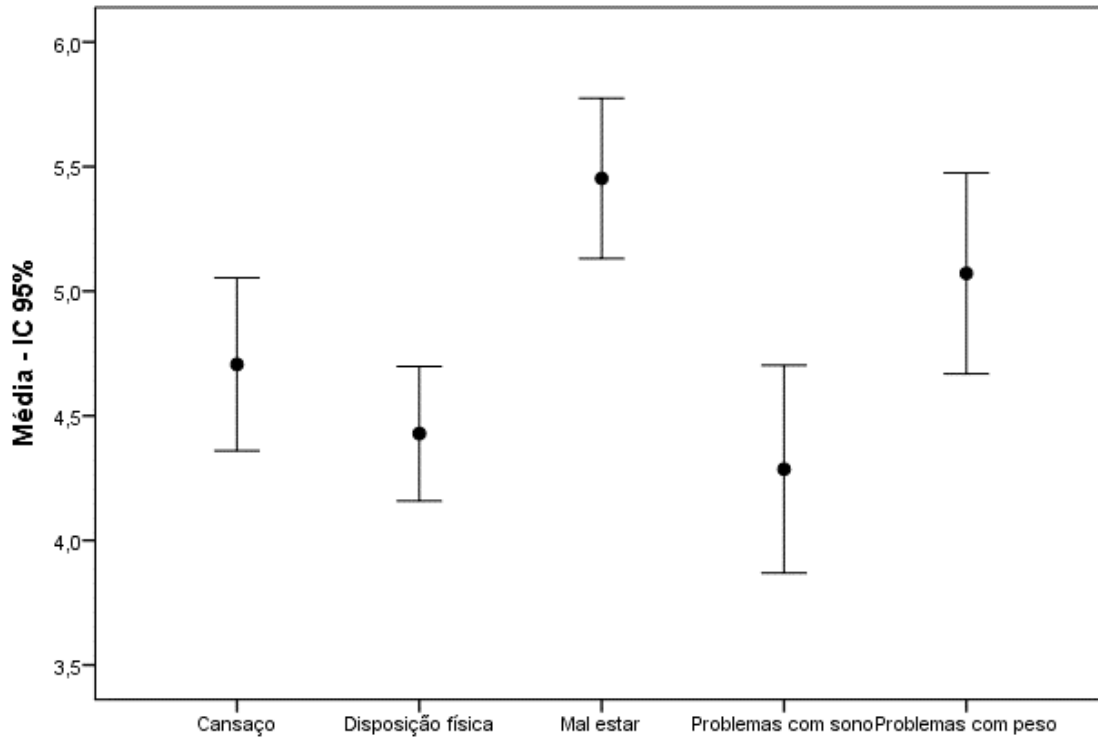


Figura 14. Gráfico de médias em relação aos aspectos do domínio sistêmicos do IBDQ

E por fim, comparando os itens da dimensão aspectos sociais do IBDQ, o menor escore desta dimensão está relacionado em se evitar lugares que não tenham banheiros próximos (5,66, desvio padrão $\pm 2,10$). É o que mais preocupa o paciente quando ele tem que sair da residência. E a maior pontuação, ou seja, aquele item que menos impactou na qualidade de vida foi ter que cancelar ou adiar compromissos devido à disfunção evacuatória (6,27, desvio padrão $\pm 1,40$). O comprometimento da atividade sexual também teve uma média mais baixa 5,60, no entanto, muitos dos pacientes idosos não responderam essa questão devido ausência de atividade sexual. Esses dados podem ser observados na Figura 15 abaixo.

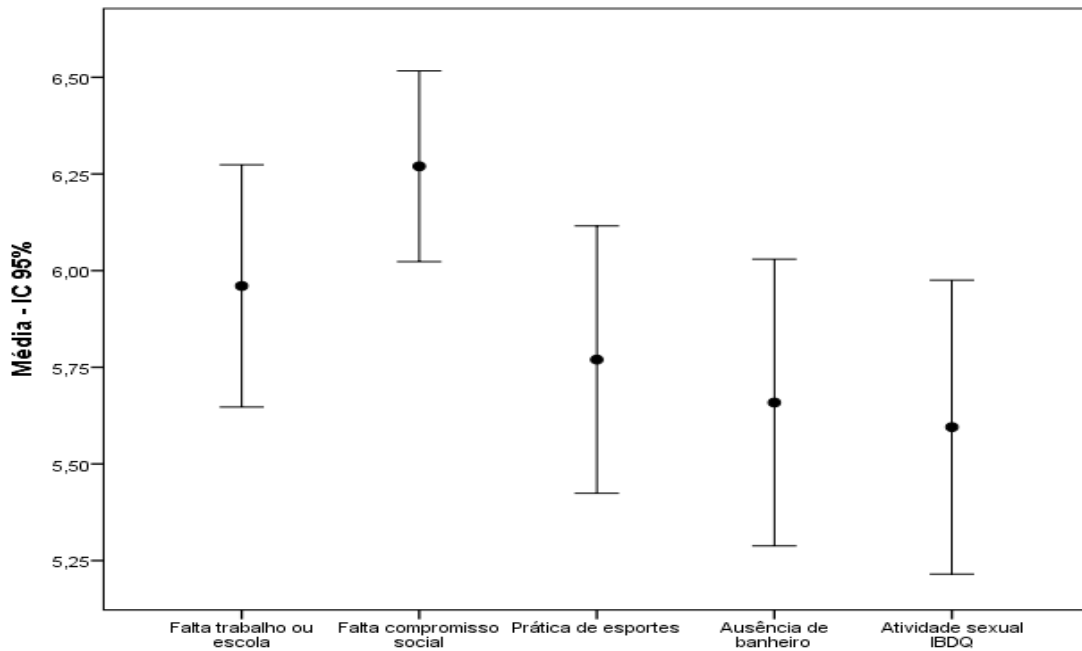


Figura 15. Gráfico de médias em relação aos aspectos do domínio social do IBDQ

5.6 Discussão

O presente estudo visou delinear o perfil das DII na população idosa brasileira em acompanhamento em dois centros de referência. As DII, compreendendo a DC e RCU, são caracterizadas por curso recorrente, cuja incidência e prevalência estão aumentando em todo o mundo¹⁻³. Como a população mundial está envelhecendo, associa-se a crescente incidência global das DII e pequena mortalidade, o aumento de idosos com DII é uma realidade, acrescido ao fato da sua incidência estar aumentando nesse grupo etário^{7,8,67}. A complexidade de abordagem desses pacientes, devido a presença de comorbidades, polifarmácia, interações medicamentosas e a própria evolução da doença, em associação a uma série de questões relacionadas à qualidade de vida, configura-se em grande desafio na assistência desses pacientes^{8,10,67}. O presente estudo descreve o perfil clínico e de qualidade de vida da população idosa com DII, perfil até então desconhecido da população brasileira.

Na casuística analisada, houve predomínio de mulheres, na proporção de 1,8 :1,0 tanto na DC quanto na RCU, para os pacientes quanto à idade ao diagnóstico, bem como equilíbrio quanto ao diagnóstico de DC e RCU. Em estudo populacional realizado na Hungria por Lakatos et al¹⁵, no qual se avaliou a incidência de DII em idosos (> 60 anos) no período de 1977 a 2008,

os autores observaram que para a RCU houve elevação desta de 1,09 para 10,8/100.000 habitantes. Enquanto, para a DC, que era praticamente inexistente até a década de 1990, a incidência elevou-se para 3,04/100.000 habitantes em 2007. Neste estudo, bem como em outros^{3, 10, 15}, é descrito ligeiro predomínio do sexo feminino na DC, porém predominância de homens na RCU. Na casuística estudada predominou o sexo feminino nas duas entidades.

Poucas são as diferenças observadas na apresentação clínica das DII na população idosa e jovem⁶⁸. Ressalta-se que dor abdominal, perda de peso e febre são menos frequentes nos idosos^{7, 8, 10}. No presente estudo, as manifestações clínicas mais comuns foram: diarreia (87%), dor abdominal (66,5%) e hematoquezia (59%). Dor abdominal mostrou-se mais comum do que relatada na literatura. Corroborando alguns estudos^{8, 10}, a incidência de sangramento retal foi significativa, prevalecendo inclusive nos estudos, maior sangramento retal também nos pacientes idosos com DC, nesta casuística, a prevalência foi na RCU (86,7%). Em relação a RCU, chama-se atenção para uma forma mais grave de apresentação da doença no idoso⁸. Estudo realizado em Taiwan⁶⁹, demonstrou que 32,4% de pacientes idosos apresentaram quadros de maior atividade inflamatória ao diagnóstico; enquanto, na população jovem este foi observado em 16,8% dos jovens. Resultado semelhante foi relatado por estudo realizado na Holanda, onde a necessidade de internações hospitalares ao diagnóstico foi maior na população idosa (5,7% vs. 2,9%)¹¹. No nosso estudo, os pacientes com 60 anos apresentavam acometimento mais extensos da RCU ao diagnóstico. Outro fator verificado, tanto na DC como RCU, que ao se observar o intervalo entre o diagnóstico e necessidade de tratamento hospitalar, esse se mostrou inferior no grupo com a doença diagnosticada após 60 anos.

A literatura demonstra que a ocorrência de MEIs é semelhante entre jovens e idosos ao diagnóstico, com frequência pouco menor de surgimento no seguimento em idosos^{7, 17}. Gower-Rousseau et al²⁵ relataram que pacientes idosos com DC são menos propensos a ter MEIs. Em concordância com a literatura, não se observou diferença significativa em os grupos quanto à idade ao diagnóstico, mas ao avaliar os valores absolutos houve predomínio naqueles com diagnóstico antes dos 60 anos e as artropatias foram as MEIs mais frequentes.

O número de comorbidades aumenta com a idade, sendo que aproximadamente 20% dos pacientes com idade ≥ 65 anos apresentam cinco ou mais condições crônicas associadas⁷⁰. Na presente casuística, 40,1% dos idosos apresentavam três ou mais comorbidades, e dentre aqueles com pelo menos cinco doenças crônicas, 55,6% tiveram diagnóstico das DII aos 60 anos ou mais. As principais comorbidades foram HAS, doenças osteoarticulares e DM. Segundo Katz et al¹⁸, as comorbidades aumentam a morbimortalidade relacionada às DII, bem como se associam ao maior risco de hospitalizações. No presente estudo, 62,8% dos pacientes

com ≥ 60 anos tiveram de internar em algum momento durante o curso da doença. Ananthkrishnan e Binion⁷¹ relataram que 25% de todas as internações hospitalares relacionadas às DII nos EUA ocorreram em pacientes com idade superior a 65 anos. Geralmente, são pacientes mais desnutridos, anêmicos e hipovolêmicos, demandando cuidado suportivo mais frequente e intenso, bem como possuem pós-operatório mais longo.

Procedimentos cirúrgicos foram realizados em 38,5% dos pacientes do estudo com diagnóstico <60 anos e 23,3% naqueles com ≥ 60 anos. A literatura tem demonstrado que não há diferença significativa de cirurgia para pacientes com DII mais idosos ou jovens, mesmo em longo prazo^{7,11,15,30}. No entanto, colectomia de urgência mostra-se mais frequente entre pacientes com diagnóstico após 60 anos, principalmente na RCU, isso se deve a maior gravidade de apresentação da doença, nessa população. Fato que se associa, maior taxa de mortalidade, principalmente quando existem comorbidades^{16,27,31}. Na casuística apresentada, no grupo com ≥ 60 anos ao diagnóstico, foram realizadas 10 cirurgias, destas 80% ocorreram ao diagnóstico. Em toda a casuística, 40% das cirurgias foram ressecção segmentar de intestino delgado ou ileocecal, com predomínio no grupo mais jovem. Justifica-se pela maior frequência do acometimento do intestino delgado nessa população. Estudo realizado em Allegheny, (EUA), indivíduos com DC diagnosticados com <65 anos de idade foram significativamente mais propensos a serem submetidos à cirurgia (63,6%) do que aqueles diagnosticados com ≥ 65 anos de idade (20,9%), coincidindo também com o maior acometimento de intestino delgado no paciente mais jovem ao diagnóstico³³.

Em estudo realizado nos EUA, cerca de 50% dos idosos utilizam diariamente mais de cinco medicamentos ou suplementos alimentares, destes 30% o fazem por prescrição médica⁷². Polifarmácia também foi observada na casuística apresentada, 54,1% dos pacientes usavam de mais de cinco medicamentos, sendo que 74,4% tinham idade ≥ 60 anos. Conforme Ha e Katz¹⁸, isso dificulta a condução terapêutica e aumenta as interações medicamentosas e os efeitos adversos, gerando uma cascata de prescrições para controle dos sintomas advindos das próprias medicações. Estudo envolvendo 190 pacientes com DII com mais de 65 anos, demonstrou que os pacientes usavam em média nove medicamentos de rotina e que quase a metade dos idosos com DII apresentavam polifarmácia grave (≥ 10 medicações), sendo que 73,7% dos pacientes tiveram pelo menos uma interação medicamentosa e 40% experimentaram possíveis interações medicamentosas envolvendo a medicação para DII⁷³.

No presente estudo, a localização mais frequente foi L3 (41,6%). Resultado que difere de outras casuísticas^{10, 11, 15, 28}, nas quais a localização colônica (L2) é a mais observada. Em estudo francês,¹⁰ pacientes idosos com DC ileal ou ileocolônica e comportamento estenosante

ou penetrante apresentam risco mais elevado de ressecção intestinal. Em consonância com a literatura, na RCU houve predomínio da colite esquerda (38,1%) e pancolite (36,9%), sendo que a proctite é menos comum entre os idosos do que no adulto jovem^{10, 11, 15}.

Os dados da literatura são conflitantes quanto ao fenótipo da DC ao diagnóstico na população idosa. Na casuística estudada houve predomínio de formas complicadas, resultado semelhante ao observado por Lakatos et al¹⁵. No entanto, outros estudos^{11,25,74,75} apontam predomínio do comportamento não complicado. O atraso no diagnóstico, bem como o desenvolvimento do estudo em centros de referência e o maior número de pacientes que iniciaram a doença antes dos 60 anos são características que podem ter contribuído para tal achado.

No estudo, não se observou progressão de doença estenosante para fistulizante e a doença não complicada, comportamento inflamatório, prevaleceu ao longo do acompanhamento. Ao diagnóstico 22,6% dos pacientes avaliados manifestaram a doença com a forma não complicada. Ao se avaliar o perfil evolutivo daqueles que iniciaram a doença com a forma complicada observou-se que após a resolução das fístulas e estenoses, em resposta aos tratamentos clínico e/ou cirúrgico, houve redução do número de novas complicações. Assim, dos 33,7% que apresentaram fístulas ao diagnóstico, apenas 11% a mantinham após os 20 anos de acompanhamento. A avaliação diferenciada entre os dois grupos mostrou que essa evolução foi observada tanto para aqueles que tiveram o diagnóstico antes dos 60 anos, quanto para os que iniciaram a doença após essa idade.

Charpentier et al¹⁰ constataram, em estudo de coorte francês, que a localização da DC em idosos foi estável ao longo do tempo, à semelhança do que é observado em adultos jovens, e de maneira singular, ocorre menor progressão do comportamento. No seguimento final do estudo, apenas 30% dos pacientes apresentaram comportamento B2 / B3 em comparação com mais de 50% em pacientes mais jovens. Na RCU a localização mostrou-se estável, com apenas 16% de progressão ao longo do tempo (E1 para E2 ou E3), semelhante aos 17% de evolução da extensão em seis anos, descrita por Langholz e cols⁷⁶. Na nossa casuística, em relação a RCU, apenas 5% aproximadamente progrediu de E1 para E3, E2 permaneceu estável no seguimento.

No estudo brasileiro⁷⁷, em mesmo centro de referência, com 170 pacientes com DC com média de idade de 33 anos, cabe ressaltar que não houve separação de jovens e idosos, mas a predominância era de indivíduos com média de idade mais jovem, observou-se que 62,4% dos pacientes pertenciam a subcategoria B1 da CM ao diagnóstico. Em 10 anos de seguimento, notou-se inversão do comportamento clínico, com predominância das formas clínicas

complicadas, B2 e B3, corroborando a evolução de comportamento mais agressivo em pacientes mais jovens.¹⁰

Entre as classes de medicamentos destinados ao tratamento das DII, os aminossalicilatos são os mais prescritos em idosos. Aspecto observado no presente estudo tanto para a DC quanto para a RCU. Dados da literatura demonstram que essas drogas são prescritas para 30% a 90% dos pacientes com DC^{11, 73, 74} e 60% a 90% dos pacientes com RCU^{11, 69}, respectivamente. As razões para tal preferência são discutidas e incluem a predominância da doença de cólon, curso menos agressivo da doença e efeitos adversos menos graves^{10, 67}. Não se observou diferença entre os dois grupos estudados, quanto à idade em relação ao uso dos corticosteroides ao diagnóstico. No entanto, aos 10 anos de acompanhamento um número significativamente menor dos pacientes com o diagnóstico acima de 60 utilizava essa medicação. Bautista et al⁷⁸ não observaram diferença significativa em relação ao uso de corticoides na população idosa em comparação à população mais jovem. Relataram ainda, que de um quarto a um terço dos pacientes idosos com DII recebem corticosteroides, número pouco inferior à população mais jovem. Não obstante, na presente casuística, os pacientes com <60 anos realizaram em média três a quatro cursos de corticoide, enquanto aqueles com ≥ 60 anos apenas um curso.

Os IMS foram prescritos em 58,9% dos pacientes do estudo, sendo que a azatioprina foi o mais utilizado e predominou nos pacientes com menos de 60 anos. Estudo retrospectivo envolvendo 393 pacientes com DII e idade acima de 65 anos³³, demonstrou que um terço da amostra utilizou corticosteroides em longo prazo, acima de 6 meses, enquanto apenas 6% usaram tiopurinas e 1% em metotrexato. No presente estudo, o uso de tiopurina foi maior devido corticodependência e predominou no grupo com diagnóstico <60 anos. A associação entre doença complicada e uso de imunossupressor foi confirmada com OR: 4,38 (1,31-14,57) na avaliação aos três anos de doença e OR: 5,97 (IC95% 1,86-19,22) aos cinco anos.

Dentre a terapia biológica, a medicação mais utilizada foi infliximabe e observou-se equilíbrio entre os dois grupos avaliados. A percentagem de pacientes com ≥ 60 anos que recebeu biológicos foi de 16%, resultado semelhante aos dados da literatura, que variam nas diferentes séries entre 0 e 15%^{11, 74}. A melhora clínica em relação ao uso dos biológicos foi satisfatória independente da idade ao diagnóstico e não ocorreu mais efeitos colaterais no paciente idoso. Um estudo nos EUA demonstrou que as taxas de resposta parcial / completa em idosos são significativamente menores do que em pacientes mais jovens com DII⁷⁹. O número de pacientes em uso de terapia biológica é pequeno, o que pode ser motivado em parte pela hesitação do médico por medo de efeitos adversos e também de um curso relativamente mais indolente da doença^{27, 67}. A associação entre a evolução complicada da DC e necessidade do

biológico, foi demonstrada desde o diagnóstico, OR:4,58 (IC_{95%}1,22-17,27) até 10 anos de doença, OR:3,71(IC_{95%}1,21-11,40).

5.6.1 Qualidade de vida no paciente idoso com DII

As DII, são doenças crônicas, que tem impacto importante e multifatorial nos diferentes domínios da vida humana e podem comprometer o indivíduo idoso de maneira significativa^{49, 80-82}. O trato gastrointestinal, atingido de forma recorrente, grave e muitas vezes imprevisível, reduz significativamente a qualidade de vida dos indivíduos com a doença^{49, 80-82}. Estudos realizados na população geriátrica com DII abordam geralmente as características como fenótipos, evolução, medicações, cirurgias, dentre outros aspectos^{8, 30, 83}. No entanto, poucos são aqueles que destinam avaliar a qualidade de vida geral e específica do idoso com DII. Mesmo os estudos que objetivam avaliar a qualidade de vida na população com DII não discriminam a faixa etária mais idosa^{81,82}. Até o momento, desconhece-se na literatura brasileira estudos que visam avaliar o impacto das DII sobre a qualidade de vida na população idosa. Dessa forma, buscou-se nesse estudo além de abordar o perfil clínico e epidemiológico descrever o impacto que a DII tem sobre a vida dos idosos.

A qualidade de vida geral foi considerada boa (46,8%) ou excelente (31,8%) por 78,6% dos 126 pacientes que responderam ao questionário IBDQ. Em relação ao WHOQOL-bref, 38% dos pacientes a consideraram boa. Como Perera et al⁸² e Velonias et al⁸¹, não foi observado idade avançada como fator preditor para pior qualidade de vida na DC e RCU. Ao diferenciar os dois grupos de pacientes, na presente casuística observou-se que aqueles com diagnóstico realizado após os 60 anos tiveram percepção mais negativa da qualidade de vida quando comparada aos pacientes com diagnóstico antes dos 60 anos. Em contraste com o relato de outros autores que não observaram tal diferença^{81,82,84}. A possibilidade de formas mais complicadas ao diagnóstico da doença no presente estudo, poderia justificar maior impacto na qualidade de vida, principalmente nos pacientes com ≥ 60 anos.

Em estudo de coorte realizado na Grécia, 135 pacientes com DII foram divididos em dois grupos, ≥ 60 anos e < 60 anos. A pontuação média do IBDQ foi de 178,13 (DP = 37,9) para o grupo jovem e de 174,80 (DP = 33,0) para o idoso, o que indica não diferença entre os dois grupos. Única exceção foi observada na dimensão social que exibiu valor mais elevado para o grupo mais jovem (29,7), enquanto para os idosos este foi de 26,0⁸⁵. Os pacientes com DII de longa evolução, mostram-se mais tolerantes as limitações impostas pela doença, sobretudo se não experimentam várias recidivas⁸⁶.

Diferentes estudos têm demonstrado que a atividade inflamatória intestinal se configura no determinante que causa mais impacto a qualidade de vida^{82, 84, 85, 87, 88}, aspecto também observado na casuística estudada. A remissão clínica, neste trabalho, caracteriza-se por ausência de sintomas, aspecto mais relevante para o paciente. Sendo que existem outras definições para remissão de acordo com escores clínicos e uso de medicações^{53, 89}, associou-se a melhor percepção de qualidade de vida. No entanto, os resultados aqui apresentados demonstraram que pacientes com DC e RCU apresentam-se com percepções semelhantes da qualidade de vida, enquanto a literatura tem demonstrado que pacientes com DC apresentam escores da qualidade de vida inferiores à RCU^{87, 90}.

Um dado interessante, que mesmo a atividade inflamatória nas DII, sendo aspecto impactante na qualidade de vida do indivíduo, o envelhecimento atenua as repercussões da atividade inflamatória da doença. Perera et al⁸² mostrou menor redução no escore do “*Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*” (SIBDQ), ou seja, menor redução na qualidade de vida, com valores mais altos do índice de Harvey–Bradshaw - maiores índices de atividade de doença, em grupos mais idosos. Uma hipótese seria o resultado da integração de apoio social ou habilidades de enfrentamento dos pacientes idosos em suas vidas diárias⁸². No nosso estudo, observou-se que os aspectos que compreendiam as relações sociais tanto no IBDQ como no WHOQOL foram bem avaliados, mostrando bom suporte social do idoso.

A avaliação dos diferentes domínios nos dois questionários aplicados, demonstrou que para o WHOQOL-bref, a pior pontuação foi observada no domínio físico; enquanto, para o IBDQ, essa foi para o domínio sistêmico. Ambos possuem questões que fazem referência a características como energia e fadiga, sono e repouso e capacidade de trabalho. Estudo de coorte prospectivo que envolveu 186 idosos com DII, avaliou a qualidade de vida por meio dos questionários, “*Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*” (SIBDQ) e “*12-Item Short-Form Health Survey*” (SF-12), os autores demonstraram que pacientes idosos apresentaram pontuação significativamente menor na avaliação do componente físico do SF-12⁸¹. À semelhança do observado na casuística apresentada. Em um grande estudo envolvendo indivíduos com diferentes doenças crônicas e, utilizando-se dos escores do domínio físico do SF-12, conhecido como “*physical component summary 12*” (PCS-12) e o do domínio mental do SF-12, conhecido como “*mental component summary 12*” (MCS-12), a comparação com a população mais jovem, demonstrou que o idoso apresentou pontuação mais alta, ou seja melhor, no domínio mental (MCS-12), em relação à escala física (PCS-)⁹¹. Algumas possibilidades são aventadas para se justificar a pior percepção da qualidade de vida física no idoso. Entre elas,

ressalta-se a presença de maior número de comorbidades, mobilidade restrita, depressão, desemprego, status de viúvo e redução da independência funcional^{81,92}.

As mulheres apresentaram pior avaliação de qualidade de vida em relação aos homens, fato que está em concordância com outros estudos^{81, 82, 87}. Não se observou associação significativa de outras características como comorbidades, polifarmácia, tabagismo, uso de terapia biológica e corticoterapia à qualidade de vida. No estudo realizado por Pizzi et al⁹³, a qualidade de vida foi significativamente impactada por outras doenças crônicas como asma, diabetes mellitus, depressão/ ansiedade e doenças cardíacas. Quanto ao tabagismo, necessita-se de mais estudos para se avaliar essa relação⁸⁷.

A avaliação do domínio intestinal mostrou que a manifestação que mais impacta a qualidade de vida é eliminação de gases, seguida pela distensão abdominal e diarreia. Velonias et al⁸¹ também não verificaram grande impacto da diarreia na independência funcional do idoso. A interação complexa dos sintomas do paciente e os danos estruturais na DII estão sendo cada vez mais reconhecidos na determinação da gravidade e do ônus da doença na qualidade de vida.

No domínio sistêmico a variação de peso pouco afetou a qualidade de vida dos pacientes. Pacientes com DII são mais suscetíveis à desnutrição energético-proteica causada principalmente por redução na ingestão de alimentos, má absorção, aumento das perdas gastrointestinais e aumento das necessidades nutricionais⁹⁴. No entanto, o fato de a grande maioria dos pacientes estar em remissão da doença pode ter contribuído para a pouca influência do peso em piora da qualidade de vida.

Alguns autores demonstraram que os aspectos emocionais, como depressão e ansiedade contribuem para uma pior percepção da qualidade de vida^{95, 96}. Nos pacientes avaliados, o domínio emocional não apresentou grande impacto na qualidade de vida. No entanto, os pacientes relataram que a inquietude gerada pela doença tem impacto negativo na qualidade de vida.

5.7 Conclusões

O estudo permitiu concluir que quanto aos aspectos epidemiológicos, estes mostraram-se semelhantes aos descritos na literatura, exceção feita a predominância do sexo feminino na casuística estudada. Não foram observadas diferenças significativas na apresentação clínica, quanto às manifestações intestinais e extraintestinais das DII na população idosa e mais jovem ao diagnóstico. O paciente com RCU apresentou fatores presuntivos de curso mais grave ao

diagnóstico, com extensão maior de acometimento da doença e média de tempo inferior entre diagnóstico e necessidade de internação, principalmente para aqueles com diagnóstico acima de 60 anos. As evoluções dos dois grupos de pacientes idosos ≥ 60 e < 60 anos ao diagnóstico diferiram pouco, sendo que o paciente idoso com diagnóstico de longa data, parece ter um curso mais agressivo inicialmente, prevalecendo o comportamento estenosante (B2) na DC. Na RCU, os pacientes iniciaram com colite esquerda (E2) ou (E3) pancolite. A evolução dos idosos é menos agressiva, prevalecendo um comportamento inflamatório na DC e com remissão da atividade na RCU. Também se observou o maior número de comorbidades e de polifarmácia no grupo com ≥ 60 anos. Os idosos foram menos propensos a receber agentes biológicos, a maioria fez uso de aminossalicilato e houve uma taxa alta de imunomoduladores no grupo com diagnóstico < 60 anos. A taxa de cirurgias foi semelhante nos dois grupos, com maior índice de cirurgia ao diagnóstico ou menor tempo médio para sua realização nos mais idosos; observou-se predomínio de complicações no grupo com idade ao diagnóstico < 60 anos; no entanto, a maioria dos pacientes com idade ao diagnóstico ≥ 60 anos necessitou internação.

Quanto à qualidade de vida, a maioria dos idosos consideraram-na como boa, na avaliação dos dois escores validados pela literatura, sendo que um deles é específico para DII. A atividade da doença foi o fator que mais impactou na qualidade de vida, sendo os sintomas clínicos de grande importância. A diarreia não foi a manifestação que mais incomodou. Incômodo maior relacionou-se à fadiga, astenia e insônia. A qualidade de vida mostrou-se pior entre as mulheres e para os pacientes que tiveram o diagnóstico aos ≥ 60 anos. O suporte social mostrou-se satisfatório.

Por fim, novos estudos são necessários, principalmente no cenário brasileiro, para melhor avaliação e comparação das características clínicas, evolutivas e em relação à qualidade de vida dos pacientes idosos. No entanto, é necessário enfatizar como este estudo pôde contribuir com informações para o manejo desse grupo populacional.

5.8 Considerações finais

As DII são cada vez mais prevalentes nos idosos. População que apresenta características peculiares, o que torna seu manejo complexo e desafiador para a prática médica. Várias condições impactam na abordagem do idoso com DII. Podem-se destacar a presença de comorbidades, de polifarmácia, das alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento, bem como da maior fragilidade social e psicológica, dentre outras. Condições que fazem com que

essa população tenha de ser olhada de forma diferenciada. Na literatura revisada desconhece-se estudos que objetivaram conhecer o perfil epidemiológico, clínico, evolutivo e o impacto que as DII têm na qualidade de vida da população idosa brasileira com DII. Conhecer estas características refletem diretamente na melhoria da assistência médica e multidisciplinar. No entanto, algumas limitações existiram no estudo e sem dúvida impactaram nos resultados. A amostra selecionada a partir de centros de referência que geralmente concentram casos mais graves, a diferença entre o número de pacientes com diagnóstico antes e após os 60 anos de idade, acrescidos da aplicação dos questionários de qualidade de vida em apenas um momento da investigação, foram fatores relevante. Acreditamos que o prosseguimento dessa linha de pesquisa possa esclarecer e acrescentar conhecimento que permitam traçar uma abordagem com protocolos mais específicos para essa população.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ha CY, Katz S. Clinical outcomes and management of inflammatory bowel disease in the older patient. *Curr Gastroenterol Rep.* 2013;15(2):310.
2. Ananthakrishnan AN, Donaldson T, Lasch K, Yajnik V. Management of Inflammatory Bowel Disease in the Elderly Patient: Challenges and Opportunities. *Inflamm Bowel Dis.* 2017;23(6):882-93.
3. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology.* 2012;142(1):46-54.e42; quiz e30.
4. Kaplan GG. The global burden of IBD: from 2015 to 2025. *Nat Rev Gastro Hepat.* 2015;12(12):720-7.
5. Kaplan GG, Ng SC. Globalisation of inflammatory bowel disease: perspectives from the evolution of inflammatory bowel disease in the UK and China. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2016;1(4):307-16.
6. Ortman JM, Velkoff VA, Hogan H. An aging nation: the older population in the United States: Washington, DC: United States Census Bureau, Economics and Statistics Administration, US Department of Commerce; 2014.
7. Nimmons D, Limdi JK. Elderly patients and inflammatory bowel disease. *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* 2016;7(1):51-65.
8. Sturm A, Maaser C, Mendall M, Karagiannis D, Karatzas P, Ipenburg N, et al. European Crohn's and Colitis Organisation Topical Review on IBD in the Elderly. *J Crohns Colitis.* 2017;11(3):263-73.
9. Everhov AH, Halfvarson J, Myrelid P, Sachs MC, Nordenvall C, Soderling J, et al. Incidence and Treatment of Patients Diagnosed With Inflammatory Bowel Diseases at 60 Years or Older in Sweden. *Gastroenterology.* 2018;154(3):518-28.e15.
10. Charpentier C, Salleron J, Savoye G, Fumery M, Merle V, Laberrenne JE, et al. Natural history of elderly-onset inflammatory bowel disease: a population-based cohort study. *Gut.* 2014;63(3):423-32.

11. Jeuring SF, van den Heuvel TR, Zeegers MP, Hameeteman WH, Romberg-Camps MJ, Oostenbrug LE, et al. Epidemiology and Long-term Outcome of Inflammatory Bowel Disease Diagnosed at Elderly Age-An Increasing Distinct Entity? *Inflamm Bowel Dis*. 2016;22(6):1425-34.
12. Nguyen GC, Sheng L, Benchimol EI. Health Care utilization in elderly onset inflammatory bowel disease: a population-based study. *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21(4):777-82.
13. Taleban S, Colombel JF, Mohler MJ, Fain MJ. Inflammatory bowel disease and the elderly: a review. *Journal of Crohn's & Colitis*. 2015;9(6):507-15.
14. Katz S, Pardi DS. Inflammatory bowel disease of the elderly: frequently asked questions (FAQs). *American J Gastroenterol*. 2011;106(11):1889-97.
15. Wagtmans MJ, Verspaget HW, Lamers CB, van Hogezaand RA. Crohn's disease in the elderly: a comparison with young adults. *J Clinical Gastroenterol*. 1998;27(2):129-33.
16. He W, Goodkind D, Kowal PR. An Aging World : 2015: United States Census Bureau; 2016.
17. Lakatos PL, David G, Pandur T, Erdelyi Z, Mester G, Balogh M, et al. IBD in the elderly population: results from a population-based study in Western Hungary, 1977-2008. *J Crohns Colitis*. 2011;5(1):5-13.
18. Ha CY, Katz S. Clinical implications of ageing for the management of IBD. *Nat Rev Gastro Hepat*. 2014;11(2):128-38.
19. Shepherd NA. Pathological mimics of chronic inflammatory bowel disease. *Am J Clin Pathol*. 1991;44(9):726-33.
20. Schiffrin EJ, Morley JE, Donnet-Hughes A, Guigoz Y. The inflammatory status of the elderly: the intestinal contribution. *Mutat Res*. 2010;690(1-2):50-6.
21. Van Tongeren SP, Slaets JP, Harmsen HJ, Welling GW. Fecal microbiota composition and frailty. *Appl Environ Microbiol*. 2005;71(10):6438-42.
22. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel JF. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut*. 2006;55(6):749-53.
23. Gisbert JP, Chaparro M. Systematic review with meta-analysis: inflammatory bowel disease in the elderly. *Aliment Pharma Ther*. 2014;39(5):459-77.
24. Ruel J, Ruane D, Mehandru S, Gower-Rousseau C, Colombel JF. IBD across the age spectrum: is it the same disease? *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2014;11(2):88-98.
25. Gower-Rousseau C, Vasseur F, Fumery M, Savoye G, Salleron J, Dauchet L, et al. Epidemiology of inflammatory bowel diseases: new insights from a French population-based registry (EPIMAD). *Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver*. 2013;45(2):89-94.
26. Quezada SM, Steinberger EK, Cross RK. Association of age at diagnosis and Crohn's disease phenotype. *Age Ageing*. 2013;42(1):102-6.
27. Stepaniuk P, Bernstein CN, Targownik LE, Singh H. Characterization of inflammatory bowel disease in elderly patients: A review of epidemiology, current practices and outcomes of current management strategies. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2015;29(6):327-33.
28. Heresbach D, Alexandre JL, Bretagne JF, Cruchant E, Dabadie A, Dartois-Hoguin M, et al. Crohn's disease in the over - 60 age group: a population based study. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2004;16(7):657-64.
29. Tran V, Limketkai BN, Sauk JS. IBD in the Elderly: Management Challenges and Therapeutic Considerations. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019;21(11):60.
30. Ananthakrishnan AN, Shi HY, Tang W, Law CC, Sung JJ, Chan FK, et al. Systematic Review and Meta-analysis: Phenotype and Clinical Outcomes of Older-onset Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis*. 2016;10(10):1224-36.

31. Targownik LE, Singh H, Nugent Z, Bernstein CN. The epidemiology of colectomy in ulcerative colitis: results from a population-based cohort. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(8):1228-35.
32. Ananthakrishnan AN, McGinley EL. Infection-related hospitalizations are associated with increased mortality in patients with inflammatory bowel diseases. *J Crohns Colitis*. 2013;7(2):107-12.
33. Juneja M, Baidoo L, Schwartz MB, Barrie A, Regueiro M, Dunn M, et al. Geriatric inflammatory bowel disease: phenotypic presentation, treatment patterns, nutritional status, outcomes, and comorbidity. *Digest Dis Sci*. 2012;57(9):2408-15.
34. Toruner M, Loftus EV, Jr., Harmsen WS, Zinsmeister AR, Orenstein R, Sandborn WJ, et al. Risk factors for opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2008;134(4):929-36.
35. Khan N, Vallarino C, Lissos T, Darr U, Luo M. Risk of Malignancy in a Nationwide Cohort of Elderly Inflammatory Bowel Disease Patients. *Drug Aging*. 2017;34(11):859-68.
36. Lewis JD, Schwartz JS, Lichtenstein GR. Azathioprine for maintenance of remission in Crohn's disease: benefits outweigh the risk of lymphoma. *Gastroenterology*. 2000;118(6):1018-24.
37. Moran GW, Lim AW, Bailey JL, Dubeau MF, Leung Y, Devlin SM, et al. Review article: dermatological complications of immunosuppressive and anti-TNF therapy in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharm Ther*. 2013;38(9):1002-24.
38. Velissaris D, Pantzaris N, Koniari I, Koutsogiannis N, Karamouzou V, Kotroni I, et al. C-Reactive Protein and Frailty in the Elderly: A Literature Review. *J Clin Med Res*. 2017;9(6):461-5.
39. LeBlanc J-F, Wiseman D, Lakatos PL, Bessissow T. Elderly patients with inflammatory bowel disease: Updated review of the therapeutic landscape. *World J Gastroenterol*. 2019;25(30):4158-71.
40. Bressler B, Panaccione R, Fedorak RN, Seidman EG. Clinicians' guide to the use of fecal calprotectin to identify and monitor disease activity in inflammatory bowel disease. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2015;29(7):369-72.
41. Travis S. Is IBD different in the elderly? *Inflamm Bowel Dis*. 2008;14 Suppl 2:S12-3.
42. Arnott I, Rogler G, Halfvarson J. The Management of Inflammatory Bowel Disease in Elderly: Current Evidence and Future Perspectives. *Inflamm Intestinal Dis*. 2018;2(4):189-99.
43. Vavricka SR, Rogler G. Treatment of severe ulcerative colitis: differences in elderly patients? *Dig Dis (Basel, Switzerland)*. 2009;27(3):315-21.
44. Kim M, Katz S, Green J. Drug Management in the Elderly IBD Patient. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2015;13(1):90-104.
45. Lichtenstein GR, Feagan BG, Cohen RD, Salzberg BA, Diamond RH, Chen DM, et al. Serious infections and mortality in association with therapies for Crohn's disease: TREAT registry. *Clin Gastroenterol Hepatol: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*. 2006;4(5):621-30.
46. Cottone M, Kohn A, Daperno M, Armuzzi A, Guidi L, D'Inca R, et al. Advanced age is an independent risk factor for severe infections and mortality in patients given anti-tumor necrosis factor therapy for inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*. 2011;9(1):30-5.
47. Wiestler M, Kockelmann F, Kück M, Kerling A, Tegtbur U, Manns MP, et al. Quality of Life Is Associated With Wearable-Based Physical Activity in Patients With Inflammatory Bowel Disease: A Prospective, Observational Study. *Clin Transl Gastroenterol*. 2019;10(11):e00094-e.

48. Liu R, Tang A, Wang X, Shen S. Assessment of Quality of Life in Chinese Patients With Inflammatory Bowel Disease and their Caregivers. *Inflamm Bowel Dis*. 2018.
49. Chrobak-Bien J, Gawor A, Paplaczek M, Malecka-Panas E, Gasiorowska A. Analysis of factors affecting the quality of life of those suffering from Crohn's disease. *Polski Przegląd Chirurgicalny*. 2017;89(4):16-22.
50. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569-85.
51. Knowles SR, Keefer L, Wilding H, Hewitt C, Graff LA, Mikocka-Walus A. Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analyses-Part II. *Inflamm Bowel Dis*. 2018;24(5):966-76.
52. Van der Have M, van der Aalst KS, Kaptein AA, Leenders M, Siersema PD, Oldenburg B, et al. Determinants of health-related quality of life in Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Crohns Colitis*. 2014;8(2):93-106.
53. Jharap B, Sandborn WJ, Reinisch W, D'Haens G, Robinson AM, Wang W, et al. Randomised clinical study: discrepancies between patient-reported outcomes and endoscopic appearance in moderate to severe ulcerative colitis. *Aliment Pharm Ther*. 2015;42(9):1082-92.
54. Vasudevan A, Gibson PR, van Langenberg DR. Time to clinical response and remission for therapeutics in inflammatory bowel diseases: What should the clinician expect, what should patients be told? *World J Gastroenterol*. 2017;23(35):6385-402.
55. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
56. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Públi*. 2000;34:178-83.
57. Mitchell A, Guyatt G, Singer J, Irvine EJ, Goodacre R, Tompkins C, et al. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol*. 1988;10(3):306-10.
58. Guyatt G, Mitchell A, Irvine EJ, Singer J, Williams N, Goodacre R, et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 1989;96(3):804-10.
59. Irvine EJ, Feagan B, Rochon J, Archambault A, Fedorak RN, Groll A, et al. Quality of life: a valid and reliable measure of therapeutic efficacy in the treatment of inflammatory bowel disease. Canadian Crohn's Relapse Prevention Trial Study Group. *Gastroenterology*. 1994;106(2):287-96.
60. Pontes RMA, Miszputen SJ, Ferreira-Filho OF, Miranda C, Ferraz MB. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal: tradução para o português e validação do questionário "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire" (IBDQ). *Arq Gastroenterol*. 2004;41:137-43.
61. Minagawa T, Ikeuchi H, Kuwahara R, Horio Y, Sasaki H, Chohnno T, et al. Functional Outcomes and Quality of Life in Elderly Patients after Restorative Proctocolectomy for Ulcerative Colitis. *Digestion*. 2019:1-6.
62. Group TW. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-8.
63. 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:5a-36a.
64. Calixto RP, Flores C, Francesconi CF. Inflammatory bowel disease: Impact on scores of quality of life, depression and anxiety in patients attending a tertiary care center in Brazil. *Arq Gastroenterol*. 2018;55(3):202-7.

65. Meyer ALM. Qualidade de vida no seguimento tardio de doentes portadores de Retocolite ulcerativa submetidos a proctocolectomia com conservação esfinteriana há mais de dez anos. São Paulo. Dissertação. (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo.
66. Tilio MSG, Arias LB, Camargo MG, Oliveira PSP, Panzetti NV, Ayrisono MLS, et al. Quality of life in patients with ileal pouch for ulcerative colitis. . *Journal of Coloproctology* (Rio de Janeiro). 2013;33:113-7.
67. Kedia S, Limdi JK, Ahuja V. Management of inflammatory bowel disease in older persons: evolving paradigms. *Intest Res*. 2018;16(2):194-208.
68. Greenwald DA, Brandt LJ. Inflammatory bowel disease after age 60. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2003;6(3):213-25.
69. Lin WC, Tung CC, Lin HH, Lin CC, Chang CW, Yen HH, et al. Elderly Adults with Late-Onset Ulcerative Colitis Tend to Have Atypical, Milder Initial Clinical Presentations but Higher Surgical Rates and Mortality: A Taiwan Society of Inflammatory Bowel Disease Study. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(10):e95-e7.
70. Tinetti ME, Bogardus ST, Jr., Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med*. 2004;351(27):2870-4.
71. Ananthakrishnan AN, Binion DG. Treatment of ulcerative colitis in the elderly. *Dig Dis*. (Basel, Switzerland). 2009;27(3):327-34.
72. Qato DM, Alexander GC, Conti RM, Johnson M, Schumm P, Lindau ST. Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. *Jama*. 2008;300(24):2867-78.
73. Parian A, Ha CY. Older age and steroid use are associated with increasing polypharmacy and potential medication interactions among patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21(6):1392-400.
74. Hwang SW, Kim JH, Im JP, Ye BD, Koo HS, Huh KC, et al. Influence of age at diagnosis on the clinical characteristics of Crohn's disease in Korea: Results from the CONNECT study. *J Gastroenterology Hepatol*. 2017;32(10):1716-22.
75. Saad AM, Czul F, Sakuraba A, Rubin DT, Cohen RD. Age of Diagnosis is Associated with Disease Presentation and Therapeutic Complications in Patients with Crohn's Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2016;22(5):1027-31.
76. Langholz E, Munkholm P, Davidsen M, Nielsen OH, Binder V. Changes in extent of ulcerative colitis: a study on the course and prognostic factors. *Scand J Gastroenterol*. 1996;31(3):260-6.
77. De Carvalho EB. Modificação do comportamento da doença de Crohn baseada na classificação de Montreal, em centro de referência brasileiro para tratamento de doenças intestinais, no período de 20 anos de acompanhamento. (Dissertação de Mestrado). Belo Horizonte: UFMG; 2012.
78. Bautista MC, Otterson MF, Zadvornova Y, Naik AS, Stein DJ, Venu N, et al. Surgical outcomes in the elderly with inflammatory bowel disease are similar to those in the younger population. *Digest Dis Sci*. 2013;58(10):2955-62.
79. Desai A, Zator ZA, de Silva P, Nguyen DD, Korzenik J, Yajnik V, et al. Older age is associated with higher rate of discontinuation of anti-TNF therapy in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2013;19(2):309-15.
80. Janke KH, Klump B, Gregor M, Meisner C, Haeuser W. Determinants of life satisfaction in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2005;11(3):272-86.
81. Velonias G, Conway G, Andrews E, Garber JJ, Khalili H, Yajnik V, et al. Older Age- and Health-related Quality of Life in Inflammatory Bowel Diseases. *Inflamm Bowel Dis*. 2017;23(2):283-8.

82. Perera LP, Bhandari S, Liu R, Guilday C, Zadvornova Y, Saeian K, et al. Advanced Age Does Not Negatively Impact Health-Related Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease. *Digest Dis Sci*. 2018;63(7):1787-93.
83. Del Val JH. Old-age inflammatory bowel disease onset: a different problem? *World J Gastroenterol*. 2011;17(22):2734-9.
84. Canavan C, Abrams KR, Hawthorne B, Drossman D, Mayberry JF. Long-term prognosis in Crohn's disease: factors that affect quality of life. *Aliment Pharm Ther*. 2006;23(3):377-85.
85. Pallis AG, Vlachonikolis IG, Mouzas IA. Assessing health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease, in Crete, Greece. *BMC Gastroenterol*. 2002;2(1):1.
86. Hjortswang H, Strom M, Almer S. Health-related quality of life in Swedish patients with ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol*. 1998;93(11):2203-11.
87. Casellas F, Arenas JI, Baudet JS, Fabregas S, Garcia N, Gelabert J, et al. Impairment of health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a Spanish multicenter study. *Inflamm Bowel Dis*. 2005;11(5):488-96.
88. Cohen D, Bin CM, Fayh APT. Assessment of quality of life of patients with inflammatory bowel disease residing in Southern Brazil. *Arq Gastroenterol*. 2010;47(3):285-9.
89. Raghu Subramanian C, Triadafilopoulos G. Care of inflammatory bowel disease patients in remission. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2016;4(4):261-71.
90. Rubin GP, Hungin AP, Chinn DJ, Dwarakanath D. Quality of life in patients with established inflammatory bowel disease: a UK general practice survey. *Aliment Pharm Ther*. 2004;19(5):529-35.
91. Jayasinghe UW, Proudfoot J, Barton CA, Amoroso C, Holton C, Davies GP, et al. Quality of life of Australian chronically-ill adults: patient and practice characteristics matter. *Health Qual Life Out* 2009;7:50.
92. Webb E, Blane D, McMunn A, Netuveli G. Proximal predictors of change in quality of life at older ages. *J Epidemiol Commun H*. 2011;65(6):542-7.
93. Pizzi LT, Weston CM, Goldfarb NI, Moretti D, Cobb N, Howell JB, et al. Impact of chronic conditions on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2006;12(1):47-52.
94. Han PD, Burke A, Baldassano RN, Rombeau JL, Lichtenstein GR. Nutrition and inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin N*. 1999;28(2):423-43, ix.
95. Han SW, McColl E, Steen N, Barton JR, Welfare MR. The inflammatory bowel disease questionnaire: a valid and reliable measure in ulcerative colitis patients in the North East of England. *Scand J Gastroenterol*. 1998;33(9):961-6.
96. Tomazoni EI, Benvegnu DM. Symptoms of anxiety and depression, and quality of life of patients with crohn's disease. *Arq Gastroenterol*. 2018;55(2):148-53.

7- APÊNDICES

7.1 Apêndice A: Termos de consentimento (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você, _____, paciente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, foi selecionado e está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa. Antes de aceitar você tem o direito de saber como será sua participação. O objetivo dessa pesquisa consiste em dois aspectos principais: conhecer o perfil da Doença Inflamatória Intestinal, Doença de Crohn ou Retocolite Ulcerativa no paciente idoso; e avaliar a qualidade de vida desses pacientes utilizando-se de dois questionários, um específico para pacientes com Doença Inflamatória Intestinal e outro que avalia a qualidade de vida da população idosa em geral.

Os pacientes serão beneficiados com a facilitação do manejo clínico, definindo o perfil da doença inflamatória intestinal na população idosa e o impacto na qualidade de vida e na morbimortalidade. O trabalho não influenciará o suporte clínico fornecido aos pacientes, muito menos alterará a rotina do atendimento nos ambulatórios.

Quanto aos riscos da pesquisa, no que se refere à aplicação de questionários, pode acontecer desconforto em responder ou compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ficando o participante livre em se recusar a responder qualquer pergunta ou parte de informações obtidas em questionário/pesquisa. Ressaltamos que os dados clínicos e pessoais dos pacientes são considerados sigilo absoluto e a revisão dos prontuários não implica em riscos físicos para o paciente.

Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou, se aceitar participar, de retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implica na interrupção de seu atendimento, que está assegurado. Sua participação no estudo é voluntária, isenta de despesas e não há nenhum tipo de compensação financeira.

Sua participação é voluntária e gratuita. Ela consistirá em permitir que informações sobre a sua doença sejam utilizadas na pesquisa. Essas informações são: sexo, idade em que a doença iniciou, sinais e sintomas à apresentação da doença, como foi feito o diagnóstico, complicações da doença, doenças associadas, os tratamentos utilizados, a resposta a esses tratamentos e a evolução de doença. Além de como é sua qualidade de vida, tanto relacionada a doença, como outros aspectos de sua vida pessoal. Não será realizado nenhum exame ou procedimento com finalidade apenas da pesquisa. Todos os exames, os procedimentos e tratamento serão os mesmos a que você submeteria se não estivesse participando do estudo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na forma de comunicação científica, de acordo com as normas legais regulatórias de proteção nacional ou internacional, não permitindo a identificação individual dos participantes.

Os profissionais de saúde da equipe do Ambulatório de Intestino do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG poderão ser contatados por meio dos telefones (31) 3409-9628 e 3409-9403 e no 5º andar do Instituto Jenny de Andrade Faria, localizado na Alameda Vereador Álvaro Celso, 117 - Centro,

Belo Horizonte - MG, 30150-260. Esses profissionais são os responsáveis pelo seu tratamento. O Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG está localizado na Av Presidente Antônio Carlos no. 6627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º. andar, sala 2005, telefone (031)3409-4592 e o COEP poderá ser contatado em caso de dúvidas éticas.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento com o meu médico. Eu entendi o que posso fazer durante o tratamento e sei que qualquer problema relacionado ao tratamento será abordado por um dos médicos da equipe, sem ônus para mim.

Eu, _____, registro número _____ no Hospital das Clínicas da UFMG, após esclarecido sobre a pesquisa, aceito a participar do estudo, concordando com o uso, na pesquisa, das informações clínicas e laboratoriais da minha doença. Estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do participante voluntário ou representante legal

Assinatura do responsável pelo estudo

DATA ___/___/____

_____ (rubrica do Participante/Responsável legal) _____ (rubrica do Pesquisador)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você, _____, paciente do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora/ UFJF, foi selecionado e está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa: “ Análise do Perfil da Doença Inflamatória Intestinal em Paciente Idoso” . Antes de aceitar você tem o direito de saber como será sua participação. O objetivo dessa pesquisa consiste em dois aspectos principais: conhecer o perfil da Doença Inflamatória Intestinal, Doença de Crohn ou Retocolite Ulcerativa no paciente idoso; e avaliar a qualidade de vida desses pacientes utilizando-se de dois questionários, um específico para pacientes com Doença Inflamatória Intestinal e outro que avalia a qualidade de vida da população idosa em geral. Os pacientes serão beneficiados com a facilitação do manejo clínico, definindo o perfil da doença inflamatória intestinal na população idosa e o impacto na qualidade de vida e na morbimortalidade. O trabalho não influenciará o suporte clínico fornecido aos pacientes, muito menos alterará a rotina do atendimento nos ambulatórios. Quanto aos riscos da pesquisa, no que se refere à aplicação de questionários, pode acontecer desconforto em responder ou compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ficando o participante livre em se recusar a responder qualquer pergunta ou parte de informações obtidas em questionário/pesquisa. Ressaltamos que os dados clínicos e pessoais dos pacientes são considerados sigilo absoluto e a revisão dos prontuários não implica em riscos físicos para o paciente. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou, se aceitar participar, de retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implica na interrupção de seu atendimento, que está assegurado. Sua participação no estudo é voluntária, isenta de despesas e não há nenhum tipo de compensação financeira. Sua participação é voluntária e gratuita. Ela consistirá em permitir que informações sobre a sua doença sejam utilizadas na pesquisa. Essas informações são: sexo, idade em que a doença iniciou, sinais e sintomas à apresentação da doença, como foi feito o diagnóstico, complicações da doença, doenças associadas, os tratamentos utilizados, a resposta a esses tratamentos e a evolução de doença. Além de como é sua qualidade de vida, tanto relacionada a doença, como outros aspectos de sua vida pessoal. Não será realizado nenhum exame ou procedimento com finalidade apenas da pesquisa. Todos os exames, os procedimentos e tratamento serão os mesmos a que você submeteria se não estivesse participando do estudo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na forma de comunicação científica, de acordo com as normas legais regulatórias de proteção nacional ou internacional, não permitindo a identificação individual dos participantes. Os profissionais de saúde da equipe do Ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário/CAS da UFJF poderão ser contatados por meio do telefone (32) 4009-5342 e no CAS Av. Eugênio do Nascimento, s/n - Dom Bosco, Juiz de Fora - MG, 36038-3300. Esses profissionais são os responsáveis pelo seu tratamento. O Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF está localizado na R. Catulo Breviglieri, s/n - Santa Catarina, Juiz de Fora - MG, 36036-110 telefone (32) 4009-5131.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento com o meu médico. Eu entendi o que posso fazer durante o tratamento e sei que qualquer problema relacionado ao tratamento será abordado por um dos médicos da equipe, sem ônus para mim.

Eu, _____, registro nº _____ no Hospital da UFJF, após esclarecido sobre a pesquisa, aceito a participar do estudo, concordando com o uso, na pesquisa, das informações clínicas e laboratoriais da minha doença. Estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do participante voluntário ou representante legal

Assinatura do responsável pelo estudo

DATA ____ / ____ / _____

_____ (rubrica do Participante/Responsável legal) _____ (rubrica do Pesquisador)

7.2 Apêndice B: Protocolo de Coleta de Dados

DADOS DEMOGRÁFICOS:		DATA:	
Nome:		Registro:	
Data de nascimento:	Naturalidade:	Sexo:	Idade:
Profissão:		Estado civil:	
Cor (Auto-referenciada: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena)			
Endereço:		Telefone	
Peso:	Altura:	Tabagista: () sim () não	Carga Tabágica: _____
Ex tabagista: () sim () não		Tempo de interrupção: _____	
Comorbidades:			
Medicamentos em uso:			
DADOS DIAGNÓSTICOS:			
=>Idade ao diagnóstico:			
=>Manifestações da doença:			
Diarreia: () sim () não		Hematoquezia () sim () não Emagrecimento () sim () não	
Dor abdominal: () sim () não		Sintomas sistêmicos () sim () não	
Outros: _____			
Manifestações extraintestinais: () sim () não Ao diagnóstico: () sim () não			
Durante acompanhamento: () sim () não Tempo de doença: _____			
Articulares: _____			
Oculares: _____			
Cutâneas: _____			
Hepatobiliares: _____			
Outras: _____			
=>Classificação de Montreal			
AO DIAGNÓSTICO:		10 anos _____	
3 anos: _____		15 anos _____	
5 anos _____		20 anos _____	
Diagnóstico:			
Clínico: () sim () não		Cirúrgico: () sim () não	
Tipo de cirurgia:			
Cirurgia: () sim () não			

Tempo > () 0 () 1 () 3 () 5 () 10 () 15 () 20

() ressecção ileocecal – ano: _____ (...) strictuloplastia – ano: _____

() ressecção de delgado – ano: _____ (...) proctocolectomia – ano: _____

() colectomia subtotal – ano: _____ (...) hemicolectomia E - ano: _____

() reconstrução trânsito – ano: _____ () drenagem de abscesso perianal –ano _____ () drenagem de abscesso abdominal – ano _____ () colocação de seton – ano _____

Avaliação laboratorial

Exames	Ao diagnóstico	05 anos	10 anos	20 anos
Hemograma				
PCR				
Albumina				
Calprotectina fecal				

Métodos de Imagem:

Colonoscopia: () sim () não

Achados: _____

Enteroscopia: () sim () não

Achados: _____

Esofagogastroduodenoscopia: () sim () não

Achados:

Trânsito intestinal () sim () não

Achados _____

Entero TC () sim () não

Achados _____

Entero RNM () sim () não

Achados _____

EVOLUÇÃO DA DOENÇA:

Complicações: () Sim () Não

Quais: _____

Quanto tempo de doença: _____

Internações: () sim () não

Motivo: _____

Anos de doença: _____

Permanência hospitalar: _____ dias

Tratamento: () medicamentoso () cirurgia

Motivo: _____

Anos de doença: _____

Permanência hospitalar: _____ dias

Tratamento: () medicamentoso () cirurgia

Motivo: _____

Anos de doença: _____

Permanência hospitalar: _____ dias

Tratamento: () medicamentoso () cirurgia

TERAPÊUTICA

Corticóides:

Tempo > () 0 () 3 () 5 () 10 () 15 () 20

Uso contínuo: _____ meses n° tratamentos: _____

Corticodependência: () sim () não Corticoreistência : () sim () não

Efeitos colaterais _____ Tempo: _____

conduta: _____

Aminossalicilatos:

Tempo > () 0 () 3 () 5 () 10 () 15 () 20

Mesalazina: _____ Início: _____ suspensão: _____

Uso contínuo: _____ Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Sulfassalazina: _____ Início: _____ suspensão: _____

Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Imunomoduladores

Tempo > () 0 () 3 () 5 () 10 () 15 () 20

Azatioprina Início: _____ suspensão: _____

Uso contínuo: Efeito colateral: _____

Conduta: _____

6-Mercaptopurina Início: _____ suspensão: _____

Uso contínuo: Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Outro: _____ Início: _____ suspensão: _____

Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Metotrexato Início: _____ suspensão: _____

Uso contínuo: Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Ciclosporina Início: _____ suspensão: _____

Uso contínuo: Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Outro: _____ Início: _____ suspensão: _____

Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Terapia Biológica:

Biológico 1

Tempo > () 0 () 3 () 5 () 10 () 15 () 20

Qual: _____

Início: _____ ano suspensão: _____ ano

Uso contínuo: Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Resposta ao tratamento (controle clínico dos sintomas, melhora laboratorial, cicatrização de mucosa):

() Sim () Não () Parcialmente. Se parcialmente ou não, porquê?

Biológico 2

Tempo > () 0 () 3 () 5 () 10 () 15 () 20

Qual: _____

Início: _____ ano suspensão: _____ ano

Uso contínuo: Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Resposta ao tratamento (controle clínico dos sintomas, melhora laboratorial, cicatrização de mucosa):

() Sim () Não () Parcialmente. Se parcialmente ou não, porquê?

Biológico 3

Tempo > () 0 () 3 () 5 () 10 () 15 () 20

Qual: _____

Início: _____ ano suspensão: _____ ano

Uso contínuo: _____ Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Resposta ao tratamento (controle clínico dos sintomas, melhora laboratorial, cicatrização de mucosa):

() Sim () Não () Parcialmente. Se parcialmente ou não, porquê?

8-ANEXOS

8.1 Anexo A: Questionários de qualidade de vida

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Domínio 1 - Domínio físico
3. Dor e desconforto
4. Energia e fadiga
10. Sono e repouso
15. Mobilidade

16. Atividades da vida cotidiana
17. Dependência de medicação ou de tratamentos
18. Capacidade de trabalho
Domínio 2 - Domínio psicológico
5. Sentimentos positivos
6. Pensar, aprender, memória e concentração
7. Auto-estima
11. Imagem corporal e aparência
19. Sentimentos negativos
26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3 - Relações sociais
20. Relações pessoais
21. Suporte (Apoio) social
22. Atividade sexual
Domínio 4 - Meio ambiente
8. Segurança física e proteção
9. Ambiente no lar
12. Recursos financeiros
13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
25. Transporte

Fonte: Adaptado de Grupo WHOQOL (1998)⁵⁰

Questionário 2:

QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA PARA PACIENTES COM DOENÇA INTESTINAL INFLAMATÓRIA (IBDQ)

Este questionário tem por objetivo avaliar como você tem se sentido durante as últimas 2 semanas. Perguntaremos sobre sintomas resultantes da doença inflamatória intestinal, como se sente em geral e como tem estado seu humor.

1. Com que frequência você tem evacuado nas últimas duas semanas? Por favor, indique com que frequência tem evacuado nas últimas duas semanas, escolhendo uma das seguintes opções:
- 1 EVACUAÇÃO MAIS FREQUENTE DO QUE NUNCA
 - 2 EXTREMAMENTE FREQUENTE
 - 3 MUITO FREQUENTE

- 4 MODERADO AUMENTO NA FREQUÊNCIA DE EVACUAÇÃO
- 5 ALGUM AUMENTO NA FREQUÊNCIA DE EVACUAÇÃO
- 6 LEVE AUMENTO NA FREQUÊNCIA DE EVACUAÇÃO
- 7 NORMAL, SEM AUMENTO NA FREQUÊNCIA DAS EVACUAÇÕES

2. Com que frequência se sentiu cansado, fatigado e exausto, nas últimas 2 semanas? Por favor, indique com que frequência a fadiga e o cansaço tornaram-se um problema para você nas últimas 2 semanas, escolhendo uma das opções.

- 1 SEMPRE
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ALGUM TEMPO
- 5 POUCO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 NUNCA

3. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você se sentiu frustrado, impaciente ou inquieto? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 SEMPRE
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ALGUM TEMPO
- 5 POUCO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 NUNCA

4. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você não foi capaz de ir à escola ou fazer seu trabalho, por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 SEMPRE
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ALGUM TEMPO
- 5 POUCO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 NUNCA

5. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você teve intestino solto? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 SEMPRE
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ALGUM TEMPO
- 5 POUCO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 NUNCA

6. Como estiveram suas energias nas últimas 2 semanas? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 ABSOLUTAMENTE SEM ENERGIA
- 2 MUITO POUCA ENERGIA
- 3 POUCA ENERGIA

4 ALGUMA ENERGIA

5 UMA MODERADA QUANTIDADE DE ENERGIA

6 MUITA ENERGIA

7 CHEIO DE ENERGIA

7. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você se sentiu preocupado com a possibilidade de precisar de uma cirurgia, por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

1 SEMPRE

2 A MAIOR PARTE DO TEMPO

3 GRANDE PARTE DO TEMPO

4 ALGUM TEMPO

5 POUCO TEMPO

6 RARAMENTE

7 NUNCA

8. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você teve que atrasar ou cancelar um compromisso social por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

1 SEMPRE

2 A MAIOR PARTE DO TEMPO

3 GRANDE PARTE DO TEMPO

4 ALGUM TEMPO

5 POUCO TEMPO

6 RARAMENTE

7 NUNCA

9. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você foi incomodado por cólicas na barriga? Por favor, escolha uma das respostas.

1 SEMPRE

2 A MAIOR PARTE DO TEMPO

3 GRANDE PARTE DO TEMPO

4 ALGUM TEMPO

5 POUCO TEMPO

6 RARAMENTE

7 NUNCA

10. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você sentiu mal estar em geral? Por favor, escolha uma das respostas.

1 SEMPRE

2 A MAIOR PARTE DO TEMPO

3 GRANDE PARTE DO TEMPO

4 ALGUM TEMPO

5 POUCO TEMPO

6 RARAMENTE

7 NUNCA

11. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você teve problemas por medo de não achar um banheiro? Por favor, escolha uma das respostas.

1 SEMPRE

- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ALGUM TEMPO
- 5 POUCO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 NUNCA

12. Quanta dificuldade você teve para praticar esportes ou atividades de lazer como você gostaria de ter feito, por causa dos seus problemas intestinais, nas últimas 2 semanas? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 GRANDE DIFICULDADE, SENDO IMPOSSÍVEL FAZER ESTAS ATIVIDADES
- 2 MUITA DIFICULDADE
- 3 MODERADA DIFICULDADE
- 4 ALGUMA DIFICULDADE
- 5 POUCA DIFICULDADE
- 6 QUASE NENHUMA DIFICULDADE
- 7 NENHUMA DIFICULDADE; OS PROBLEMAS INTESTINAIS NÃO LIMITARAM ATIVIDADES ESPORTIVAS OU LAZER

13. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você foi incomodado por dores na barriga? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 SEMPRE
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ALGUM TEMPO
- 5 POUCO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 NUNCA

14. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você teve problemas para ter uma boa noite de sono ou foi incomodado por acordar durante a noite? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 SEMPRE
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ALGUM TEMPO
- 5 POUCO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 NUNCA

15. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você se sentiu deprimido ou desencorajado? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 SEMPRE
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ALGUM TEMPO
- 5 POUCO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 NUNCA

16. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você teve que evitar ir a lugares que não tivessem banheiros bem próximos? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 SEMPRE
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ALGUM TEMPO
- 5 POUCO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 NUNCA

17. De uma maneira geral, nas últimas 2 semanas, o quão problemática foi para você a eliminação de grandes quantidades de gases? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 UM DOS MAIORES PROBLEMAS
- 2 UM GRANDE PROBLEMA
- 3 UM PROBLEMA SIGNIFICATIVO
- 4 ALGUM PROBLEMA
- 5 POUCO PROBLEMA
- 6 QUASE NENHUM PROBLEMA
- 7 NENHUM PROBLEMA

18. De uma maneira geral, nas últimas 2 semanas, o quão problemático foi manter o seu peso ou atingir o peso que você deseja? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 UM DOS MAIORES PROBLEMAS
- 2 UM GRANDE PROBLEMA
- 3 UM PROBLEMA SIGNIFICATIVO
- 4 ALGUM PROBLEMA
- 5 POUCO PROBLEMA
- 6 QUASE NENHUM PROBLEMA
- 7 NENHUM PROBLEMA

19. Muitos pacientes com problemas intestinais, com frequência têm preocupações e ficam ansiosos com sua doença. Isto inclui preocupações com câncer, preocupações de nunca se sentir melhor novamente e preocupações em ter uma reincidência. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você se sentiu preocupado ou ansioso? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 SEMPRE
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ALGUM TEMPO
- 5 POUCO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 NUNCA

20. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você foi incomodado por sentir inchaço na barriga? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 SEMPRE
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 ALGUM TEMPO
- 5 POUCO TEMPO

6 RARAMENTE

7 NUNCA

21. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você se sentiu relaxado e sem tensão? Por favor, escolha uma das respostas.

1 NUNCA

2 POUCO TEMPO

3 ALGUM TEMPO

4 GRANDE PARTE DO TEMPO

5 A MAIOR PARTE DO TEMPO

6 QUASE SEMPRE

7 SEMPRE

22. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você teve problemas de sangramento retal com suas evacuações? Por favor, escolha uma das respostas.

1 SEMPRE

2 A MAIOR PARTE DO TEMPO

3 GRANDE PARTE DO TEMPO

4 ALGUM TEMPO

5 POUCO TEMPO

6 RARAMENTE

7 NUNCA

23. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você sentiu vergonha por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

1 SEMPRE

2 A MAIOR PARTE DO TEMPO

3 GRANDE PARTE DO TEMPO

4 ALGUM TEMPO

5 POUCO TEMPO

6 RARAMENTE

7 NUNCA

24. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você foi incomodado pela falsa sensação de ter que ir ao banheiro, apesar de seus intestinos estarem vazios? Por favor, escolha uma das respostas.

1 SEMPRE

2 A MAIOR PARTE DO TEMPO

3 GRANDE PARTE DO TEMPO

4 ALGUM TEMPO

5 POUCO TEMPO

6 RARAMENTE

7 NUNCA

25. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você sentiu vontade de chorar ou sentiu-se aborrecido? Por favor, escolha uma das respostas.

1 SEMPRE

2 A MAIOR PARTE DO TEMPO

3 GRANDE PARTE DO TEMPO

4 ALGUM TEMPO

5 POUCO TEMPO

6 RARAMENTE

7 NUNCA

26. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você foi incomodado por evacuar acidentalmente nas suas roupas de baixo? Por favor, escolha uma das respostas.

1 SEMPRE

2 A MAIOR PARTE DO TEMPO

3 GRANDE PARTE DO TEMPO

4 ALGUM TEMPO

5 POUCO TEMPO

6 RARAMENTE

7 NUNCA

27. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você sentiu raiva por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

1 SEMPRE

2 A MAIOR PARTE DO TEMPO

3 GRANDE PARTE DO TEMPO

4 ALGUM TEMPO

5 POUCO TEMPO

6 RARAMENTE

7 NUNCA

28. Quanto diminuiu sua atividade sexual, nas últimas 2 semanas, por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

1 ABSOLUTAMENTE SEM SEXO COMO RESULTADO DA DOENÇA INTESTINAL

2 GRANDE LIMITAÇÃO COMO RESULTADO DA DOENÇA INTESTINAL

3 MODERADA LIMITAÇÃO COMO RESULTADO DA DOENÇA INTESTINAL

4 ALGUMA LIMITAÇÃO COMO RESULTADO DA DOENÇA INTESTINAL

5 POUCA LIMITAÇÃO COMO RESULTADO DA DOENÇA INTESTINAL

6 QUASE NENHUMA LIMITAÇÃO COMO RESULTADO DA DOENÇA INTESTINAL

7 SEM LIMITAÇÃO ALGUMA COMO RESULTADO DA DOENÇA INTESTINAL

29. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você se sentiu incomodado por náusea ou enjoo? Por favor, escolha uma das respostas.

1 SEMPRE

2 A MAIOR PARTE DO TEMPO

3 GRANDE PARTE DO TEMPO

4 ALGUM TEMPO

5 POUCO TEMPO

6 RARAMENTE

7 NUNCA

30. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você se sentiu irritável? Por favor, escolha uma das respostas.

1 SEMPRE

2 A MAIOR PARTE DO TEMPO

- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
 4 ALGUM TEMPO
 5 POUCO TEMPO
 6 RARAMENTE
 7 NUNCA

31. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você sentiu falta de compreensão por parte das outras pessoas? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 SEMPRE
 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
 4 ALGUM TEMPO
 5 POUCO TEMPO
 6 RARAMENTE
 7 NUNCA

32. O quão satisfeito, feliz ou contente você se sentiu com sua vida pessoal, nas últimas 2 semanas? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 MUITO INSATISFEITO, INFELIZ A MAIORIA DO TEMPO
 2 GERALMENTE INSATISFEITO, INFELIZ
 3 UM POUCO INSATISFEITO, INFELIZ
 4 GERALMENTE SATISFEITO, CONTENTE
 5 SATISFEITO A MAIOR PARTE DO TEMPO, FELIZ
 6 MUITO SATISFEITO A MAIOR PARTE DO TEMPO, FELIZ
 7 EXTREMAMENTE SATISFEITO, NÃO PODERIA

PONTUAÇÃO DO IBDQ

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

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

≤100=má; 101-150: regular; 151-199: boa; ≥200: excelente

Abaixo são relacionadas os domínios e suas respectivas questões:

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

2- Questões do componente sintomas sistêmicos: 02, 06, 10, 14, 18 (Escore podem variar de 5 a 35 pontos).
3- Questões do componente aspectos sociais: 04, 08, 12, 16, 28 (Escore podem variar de 5 a 35 pontos).
4- Questões do componente aspectos emocionais: 03, 07, 11,15,19,21,23,25,27,30,31,32(Escore podem variar de 12 a 84 pontos).

Fonte: Pontes et al. 2004.⁶⁰

8.2 Anexo B: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do Perfil da Doença Inflamatória Intestinal em Paciente Idoso

Pesquisador: MARIA DE LOURDES DE ABREU FERRARI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 00335118.0.0000.5149

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.980.487

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo em duas vertentes, uma coorte histórica com avaliação dos prontuários de todos os pacientes com 60 anos ou mais, registrados em prontuário do ambulatório de Intestino do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG) e do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF). A outra consiste na avaliação da qualidade de vida desses pacientes por meio da aplicação de dois questionários (IBDQ e WHOQOL-bref). As doenças inflamatórias intestinais (DII), representadas principalmente pela Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RCU), são doenças caracterizadas por processo inflamatório crônico e recidivante da mucosa gastrointestinal, de etiologia parcialmente conhecida, com pico de incidência nos grupos etários mais jovens, ocorrendo predominantemente, da segunda a quarta décadas de vida. No entanto, a população idosa está crescendo e a incidência e prevalência da DII também nessa faixa etária. A pesquisa tem como objetivos avaliar o perfil clínico e epidemiológico das DII nos pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, tanto para os pacientes que tiveram o diagnóstico após esta idade, quanto naqueles que envelheceram com DII, atendidos em ambulatório de referência, propiciando avaliação de curso da doença, classificação, manifestações e complicações, tipo de tratamento e respostas terapêuticas particularidades desse grupo populacional, bem como avaliar a qualidade de vida desses por meio de dois questionários de qualidade de vida. No HC/UFMG são 734 pacientes registrados com DII, destes 191 (26%)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.980.487

preenchem o critério de inclusão para o estudo. Número semelhante é acompanhado no HU/UFJF. Serão analisados separadamente os seguintes aspectos: dados demográficos, dados diagnóstico DII, fenótipo e localizado da doença (classificação de Montreal para DC e RCU) ao diagnóstico e a cada 5 anos, terapêutica clínica e cirúrgicas adotadas. As informações obtidas no protocolo serão incluídas em banco de dados e por se tratar de estudo descritivo de casuística serão utilizados para as análises dos dados quantitativos medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão). Será utilizada a curva de sobrevivência de Kaplan-Meier para estimar a probabilidade de modificação do comportamento da doença. O projeto é relevante considerando o crescente número da população idosa com DII, sendo escassos os estudos nessa faixa etária. A gestão da DII nesta população é complexa devido à comorbidades, polifarmácia, mobilidade prejudicada, risco de infecções e hospitalizações. Dessa forma, os pesquisadores objetivam com esse estudo contribuir para o melhor conhecimento do perfil das DII na população idosa, conhecimento que terá impacto na abordagem, qualidade de vida e na morbimortalidade deste grupo de pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Foram descritos:

Objetivo Primário: O estudo tem como objetivo avaliar o perfil clínico e epidemiológico, bem como a qualidade de vida dos pacientes com DII, com idade igual ou superior a 60 anos, tanto para os pacientes que tiveram o diagnóstico após esta idade, quanto naqueles que envelheceram com DII.

Objetivos Secundários:

- a) Descrever as características epidemiológicas dos pacientes estudados.
- b) Descrever as características clínicas, enfatizando o comportamento, localização, extensão e gravidade da doença, segundo a classificação de Montreal, características que serão avaliadas ao diagnóstico e a cada cinco anos subsequentes ao diagnóstico.
- c) Avaliar as modificações no comportamento e extensão da doença nos intervalos de tempo estudado.
- d) Avaliar a frequência de uso dos diferentes grupos de medicamentos e os efeitos adversos mais observados.
- e) Avaliar a frequência de intervenções cirúrgicas e das complicações pós-operatórias.
- f) Comparar as características epidemiológicas, clínicas e evolutivas dos pacientes que envelheceram com DII, daqueles que manifestaram a doença após os 60 anos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores declaram:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.980.487

Riscos: O estudo propõe a avaliação dos prontuários dos pacientes em acompanhamento nos Ambulatórios de Intestino do Instituto Alfa de Gastroenterologia do HC/UFMG e no Ambulatório de Doença Intestinal do HU/UFJF. Por ser estudo descritivo, o trabalho não influenciará o suporte clínico fornecido aos pacientes, muito menos alterará a rotina do atendimento nos ambulatórios. Quanto à aplicação de questionários, pode acontecer desconforto em responder ou compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ficando o participante livre em se recusar a responder qualquer pergunta ou parte de informações obtidas em questionário/pesquisa. Ressaltamos que os dados clínicos e pessoais dos pacientes são considerados sigilo absoluto.

Benefícios: A incidência e prevalência da DII no idoso estão aumentando e essa população possui características peculiares que dificultam o manejo da doença. Os especialistas que cuidam deste grupo etário enfrentam múltiplos problemas com diagnóstico diferencial, gerenciamento de comorbidades e polifarmácia com múltiplas interações de drogas. O trabalho objetiva estudar o comportamento da doença nos pacientes em tratamento nos Centros de Referências do HC/UFMG e do HU/UFJF, inclusive a interferência na qualidade de vida e desta forma avaliar as particularidades desse grupo de pacientes. As conclusões obtidas no trabalho poderão orientar o melhor manejo da DII, preservando as características individuais de cada um.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com financiamento próprio, exequível. Encontra-se bem estruturado do ponto de vista metodológicos, com objetivos bem definidos e cronograma compatível. No entanto, são necessárias algumas adequações no projeto e TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- Carta do pesquisador de encaminhamento do projeto ao Departamento para apreciação e emissão de parecer consubstanciado
- Folha de rosto preenchida e assinada.
- Declaração da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEPE) do HC/UFMG de registro e avaliação do projeto.
- Parecer aprovado da Câmara do Departamento de Clínica Médica da FM/UFMG.
- Projeto no formato da Plataforma Brasil e detalhado.
- Cronograma da pesquisa.
- Anuência do Coordenador do Instituto Alfa de Gastroenterologia para a realização da pesquisa em suas dependências.
- Parecer emitido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto favorável à realização da

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.980.487

pesquisa.

- Declaração de concordância de participação em projeto de pesquisa emitido pelo professor pesquisador da Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Orçamento da pesquisa.
- Cronograma da pesquisa.

Recomendações:

Seguindo a Resolução CNS 466/12, o TCLE deve:

- Informar o período e o local onde os dados serão armazenados;
- Inserir campo para rubrica do participante e do pesquisador nas primeiras folhas do TCLE, considerando-se a proteção do participante bem como do pesquisador (Resolução CNS nº466/2012 item IV.5.d).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Confiando que as recomendações serão realizadas pelo pesquisador, aprova-se o projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1217971.pdf	02/10/2018 02:02:53		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/10/2018 01:54:36	MARIA DE LOURDES DE ABREU FERRARI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_coparticipante.pdf	02/10/2018 01:51:39	MARIA DE LOURDES DE	Aceito
Declaração de Instituição e	Declaracao_do_departamento.pdf	02/10/2018 01:48:10	MARIA DE LOURDES DE	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.980.487

Infraestrutura	Declaracao_do_departamento.pdf	02/10/2018 01:48:10	MARIA DE LOURDES DE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_AD_REFERENDUM_Centro_p os_graduacao.pdf	02/10/2018 01:47:37	MARIA DE LOURDES DE ABREU FERRARI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituto_Alfa.pdf	29/09/2018 13:39:35	MARIA DE LOURDES DE ABREU FERRARI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Versao_completa.pdf	29/09/2018 13:16:49	MARIA DE LOURDES DE ABREU FERRARI	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	29/09/2018 13:13:14	MARIA DE LOURDES DE	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	29/09/2018 13:03:58	MARIA DE LOURDES DE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_Instituicao.pdf	29/09/2018 12:49:18	MARIA DE LOURDES DE ABREU FERRARI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	29/09/2018 12:45:02	MARIA DE LOURDES DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

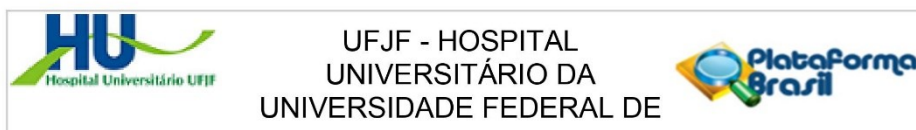
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 24 de Outubro de 2018

Assinado por:
Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do Perfil da Doença Inflamatória Intestinal em Paciente Idoso

Pesquisador: MARIA DE LOURDES DE ABREU FERRARI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 00335118.0.3001.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.132.561

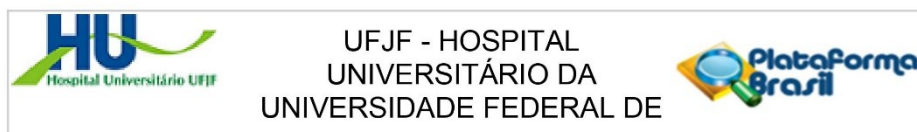
Apresentação do Projeto:

As doenças inflamatórias intestinais (DII), representadas principalmente, pela Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RCU), são doenças caracterizadas por processo inflamatório crônico e recidivante da mucosa gastrointestinal, de etiologia parcialmente conhecida, com pico de incidência nos grupos etários mais jovens, ocorrendo predominantemente, da segunda a quarta décadas de vida. No entanto, a população idosa está crescendo e a incidência e prevalência da DII também nessa faixa etária. Objetivos: Avaliar o perfil clínico e epidemiológico das DII nos

pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, tanto para os pacientes que tiveram o diagnóstico após esta idade, quanto naqueles que envelheceram com DII, atendidos em ambulatório de referência, propiciando avaliação de curso da doença, classificação, manifestações e complicações, tipo de tratamento e respostas terapêuticas particularidades desse grupo populacional. Bem como avaliar a qualidade de vida desses por meio de dois questionários de qualidade de vida. Métodos: Trata-se de estudo em duas vertentes, uma coorte histórica com avaliação dos prontuários de todos os pacientes com 60 anos ou mais, registrados em prontuário do Ambulatório de Intestino do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG) e do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF). A outra, consiste na avaliação da qualidade de vida desses

pacientes por meio da aplicação de dois questionários (IBDQ e WHOQOL-bref). No HC/UFMG são

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.132.561

734 pacientes registrados com DII, destes 191 (26%) preenchem o critério de inclusão para o estudo. Número semelhante é acompanhado no HU/UFJF. Serão analisados separadamente os seguintes aspectos: dados demográficos, dados diagnóstico DII, fenótipo e localizado da doença (classificação de Montreal para DC e RCU) ao

diagnóstico e a cada 5 anos, terapêutica clínica e cirúrgicas adotadas. As informações obtidas no protocolo serão incluídas em banco de dados e por se tratar de estudo descritivo de casuística serão utilizados para as análises dos dados quantitativos medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão). Será utilizada a curva de sobrevida de Kaplan-Meier para estimar a probabilidade de modificação do comportamento da doença. Relevância: Há um número crescente da população idosa com DII, os estudos nessa faixa etária são escassos e

estudos nacionais inexistentes. Sendo que a gestão da DII nesta população é complexa devido à comorbidades, polifarmácia, mobilidade prejudicada, risco de infecções e hospitalizações. Dessa forma, objetivamos com esse estudo contribuir para o melhor conhecimento do perfil das DII na população idosa, conhecimento que terá impacto na abordagem, qualidade de vida e na morbimortalidade deste grupo de pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

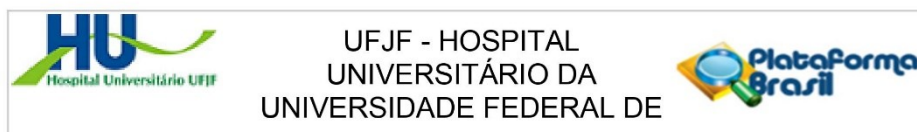
Objetivo Primário:

O estudo tem como objetivo avaliar o perfil clínico e epidemiológico, bem como a qualidade de vida dos pacientes com DII, com idade igual ou superior a 60 anos, tanto para os pacientes que tiveram o diagnóstico após esta idade, quanto naqueles que envelheceram com DII.

Objetivo Secundário:

a) Descrever as características epidemiológicas dos pacientes estudados. b) Descrever as características clínicas, enfatizando o comportamento, localização, extensão e gravidade da doença, segundo a classificação de Montreal, características que serão avaliadas ao diagnóstico e a cada cinco anos subsequentes ao diagnóstico. c) Avaliar as modificações no comportamento e extensão da doença nos intervalos de tempo estudado. d) Avaliar a frequência de uso dos diferentes grupos de medicamentos e os efeitos adversos mais observados. e) Avaliar a frequência de intervenções cirúrgicas e das complicações pós-operatórias. f) Comparar as características epidemiológicas, clínicas e evolutivas dos pacientes que envelheceram com DII, daqueles que manifestaram a doença após os 60 anos.

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.132.561

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo propõe a avaliação dos prontuários dos pacientes em acompanhamento nos Ambulatórios de Intestino do Instituto Alfa de Gastroenterologia do HC/UFMG e no Ambulatório de Doença Intestinal do HU/UFJF. Por ser estudo descritivo, o trabalho não influenciará o suporte clínico fornecido aos pacientes, muito menos alterará a rotina do atendimento nos ambulatórios. Quanto à aplicação de questionários, pode acontecer desconforto em responder ou compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ficando o participante livre em se recusar a responder qualquer pergunta ou parte de informações obtidas em questionário/pesquisa. Ressaltamos que os dados clínicos e pessoais dos pacientes são considerados sigilo absoluto.

Benefícios:

A incidência e prevalência da DII no idoso estão aumentando e essa população possui características peculiares que dificultam o manejo da doença. Os especialistas que cuidam deste grupo etário enfrentam múltiplos problemas com diagnóstico diferencial, gerenciamento de comorbidades e polifarmácia com múltiplas interações de drogas. O trabalho objetiva estudar o comportamento da doença nos pacientes em tratamento nos Centros de Referências do HC/UFMG e do HU/UFJF, inclusive a interferência na qualidade de vida e desta forma avaliar as particularidades desse grupo de pacientes. As conclusões obtidas no trabalho poderão orientar o melhor manejo da DII, preservando as características individuais de cada um.

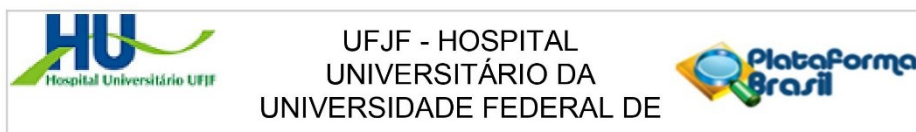
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa visa demonstrar que Existe diferença entre o perfil clínico e epidemiológico das DII, nos pacientes que foram diagnosticados com idade igual ou superior a 60 anos, dos que foram diagnosticados antes dessa idade e envelheceram com a doença.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.132.561

ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPes. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS, segundo este relator, aguardando a análise do Colegiado. Data prevista para o término da pesquisa: / /

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1244830.pdf	09/12/2018 12:19:24		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_JUIZ_DE_FORA.pdf	09/12/2018 12:12:27	MARIA DE LOURDES DE ABREU FERRARI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/10/2018 01:54:36	MARIA DE LOURDES DE ABREU FERRARI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Versao_completa.pdf	29/09/2018 13:16:49	MARIA DE LOURDES DE ABREU FERRARI	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
 Bairro: Santa Catarina CEP: 36.036-110
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)4009-5217 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br