

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

LEURY MAX SANTOS FERREIRA

Manual para o diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais no Amazonas
Manual para auxiliar o diagnóstico na Atenção Primária

MANAUS

2022

LEURY MAX SANTOS FERREIRA

MANUAL PARA O DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS
INTESTINAIS NO AMAZONAS.

Manual para auxiliar o diagnóstico na Atenção Primária.

Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia - Mestrado Profissional, na área de concentração Inovação e Reengenharia Organizacional em Cirurgia, para a obtenção do título de Mestre em Cirurgia.

Orientador: Prof. Dr Gerson Suguiyama Nakajima

Coorientador: Prof. Dr. Ivan Tramujas da Costa e Silva (*In memoriam*)

MANAUS

2022

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

F383m	<p>Ferreira, Leury Max Santos</p> <p>Manual para o diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais no Amazonas: Manual para auxiliar o diagnóstico na atenção primária. / Leury Max Santos Ferreira, Gerson Suguiyama Nakajima. 2022</p> <p>159 f.: il. color; 31 cm.</p> <p>Orientador: Gerson Suguiyama Nakajima Coorientador: Ivan Tramujas da Costa e Silva Dissertação (Mestrado Profissional em Cirurgia) - Universidade Federal do Amazonas.</p> <p>1. Manual. 2. Diagnóstico. 3. Doença inflamatória intestinal. 4. Crohn. 5. Retocolite. I. Nakajima, Gerson Suguiyama; Tramujas, Ivan da Costa e Silva II. Universidade Federal do Amazonas III. Título</p>
-------	---

LEURY MAX SANTOS FERREIRA

MANUAL PARA O DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS
INTESTINAIS NO AMAZONAS.

Manual voltado para o diagnóstico na Atenção Primária.

Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia - Mestrado Profissional, na área de concentração Inovação e Reengenharia Organizacional em Cirurgia, para a obtenção do título de Mestre em Cirurgia.

Orientador: Prof. Dr Gerson Suguiyama Nakajima

Coorientador: Prof. Dr. Ivan Tramujas da Costa e Silva (*In memoriam*)

Aprovado em: 30/11/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gerson Suguiyama Nakajima – UFAM – PPGRACI
Presidente

Prof. Dr. Luiz Carlos Lima – UFAM - PPGRACI

Prof. Dr. Jonas Byk – UFAM – PPGCIS

Profa. Dra. Sandra Lúcia Euzébio Ribeiro – UFAM - PPGCIS

Prof. Dr. Juscimar Carneiro Nunes – UFAM - PPGRACI

MANAUS

2022

AGRADECIMENTOS

A Deus, o Supremo Árbitro do Universo, pela vida e pelo dom da inteligência.

Aos meus amados pais, Gilvania e José Mauro, por terem me ensinado os verdadeiros caminhos da ética e dos bons costumes.

A minha amada esposa Iolanda Amoedo com quem pude contar em todos os momentos dessa jornada e à minha filha Sabrina, razão da minha vida.

Ao Prof. Dr. Ivan Tramujas da Costa e Silva (*In memoriam*) pela paciência e orientação na execução do projeto, e por ter acreditado na minha idéia. Ele sempre será lembrado pelo grande profissional e pessoa que foi. A ele tenho muito a agradecer e a quem dedico esse trabalho.

Ao Prof. Dr. Gerson Suguiyama Nakajima que deu prosseguimento a essa pesquisa de maneira brilhante.

Ao Prof. Msc. Julio Arce Flores, pelo estímulo para iniciar essa jornada no Programa de Pós-Graduação em Cirurgia da Universidade Federal do Amazonas.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia da Universidade Federal do Amazonas, pelas importantíssimas lições, onde pude enriquecer no campo acadêmico com seus conhecimentos.

“Aquele que quer aprender a voar um dia, precisa primeiro aprender a ficar de pé, caminhar, correr, escalar e dançar; ninguém consegue voar só aprendendo o vôo.”

Friedrich Nietzsche

RESUMO

JUSTIFICATIVA: A doença inflamatória intestinal (DII) é definida como uma inflamação intestinal crônica, cujas principais formas, Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RCU), são distúrbios inflamatórios intestinais crônicos distintos. Os dados da Doença Inflamatória Intestinal no estado do Amazonas são escassos, não tendo número oficial de pacientes diagnosticados, porém se sabe que a incidência das DII tem aumentado ao redor do mundo. O tratamento precoce e correto evita as complicações e eleva o tempo livre de sintomas, porém para isso o diagnóstico precoce se faz necessário, dessa forma, é preciso levar informações sobre a doença e como fazer seu diagnóstico aos profissionais que atuam na Atenção Primária, que é a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS).

OBJETIVOS: Elaborar um manual para o diagnóstico das DII, com dados da experiência de especialistas do Amazonas, comparando com os dados da literatura mundial relevante; identificar e analisar achados clínicos, laboratoriais, de imagem e endoscópicos adotados por médicos especialistas e com experiência para o diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais no Amazonas; confrontar os dados encontrados com a literatura pertinente e elaborar um manual para o diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais para ser utilizado na Atenção primária do Sistema Único de Saúde do Amazonas.

MÉTODO: Estudo qualitativo, prospectivo e não probabilístico, utilizando o método Delphi, no qual foram elaborados questionários eletrônicos contendo perguntas diretas sobre definição, quadro clínico, exame físico, exames complementares e condutas diagnósticas a médicos especialistas em gastroenterologia, coloproctologia e cirurgia do aparelho digestivo, com experiência em doenças inflamatórias intestinais e que atendem esses pacientes no Sistema Único de Saúde do Amazonas.

RESULTADOS: Dos 18 especialistas que concordaram em participar, 17 responderam completamente os questionários, sendo 6 gastroenterologistas, 5 coloproctologistas e 6 cirurgiões do aparelho digestivo. Foram elaboradas 30 questões objetivas na primeira rodada de questionários, sendo que em 10 delas só era permitido escolher uma opção e nas demais se podia escolher mais de uma alternativa. A porcentagem aceita como consenso foi de 60%, sendo esse consenso atingido em 21 questões. Uma segunda rodada foi necessária com 19 questões para os casos em que não houve consenso e para arrematar as demais.

CONCLUSÕES: A visão dos especialistas do Amazonas sobre os achados clínicos, laboratoriais, de imagem e endoscópicos nos pacientes com DII, foi confrontada com a literatura especializada, resultando na criação de um manual compatível com a realidade do SUS local. A confecção do manual está em fase final de preparação para registro e publicação.

PALAVRAS-CHAVE: Manual; Diagnóstico; Doença inflamatória intestinal; Crohn; Retocolite.

ABSTRACT

BACKGROUND: Inflammatory bowel disease (IBD) is defined as a chronic intestinal inflammation, whose main forms, Crohn's Disease (CD) and Ulcerative Colitis (UC), are distinct chronic inflammatory bowel disorders. Data on Inflammatory Bowel Disease in the state of Amazonas are scarce, with no official number of diagnosed patients, but it is known that the incidence of IBD has increased around the world. Early and correct treatment avoids complications and increases symptom-free time, but for that, early diagnosis is necessary, for this it is necessary to bring information about the disease and how to make its diagnosis to professionals who work in primary care, which is the gateway to the Unified Health System (SUS). **OBJECTIVES:** To develop a manual for the diagnosis of IBD, with data from the experience of specialists in Amazonas, comparing with data from the relevant world literature; identify and analyze clinical, laboratory, imaging and endoscopic findings adopted by specialist doctors with experience for the diagnosis of inflammatory bowel diseases in Amazonas; confront the data found with the relevant literature and develop a manual for the diagnosis of inflammatory bowel diseases to be used in primary care of the Unified Health System of Amazonas. **METHOD:** A qualitative, prospective and non-probabilistic study, using the Delphi method, in which electronic questionnaires were prepared containing direct questions about definition, clinical status, physical examination, complementary exams and diagnostic procedures to physicians specialized in gastroenterology, coloproctology and digestive tract surgery. , with experience in inflammatory bowel diseases and who care for these patients in the Unified Health System of Amazonas. **RESULTS:** Of the 18 specialists who agreed to participate, 17 completely answered the questionnaires, being 6 gastroenterologists, 5 coloproctologists and 6 digestive system surgeons. In the first round of questionnaires, 30 objective questions were elaborated, in 10 of them it was only allowed to choose one option and in the others more than one alternative could be chosen. The percentage accepted as consensus was 60%, and this consensus was reached in 21 questions. A second round was necessary with 19 questions for cases where there was no consensus and to finish off the others. **CONCLUSIONS:** The view of specialists from Amazonas on clinical, laboratory, imaging and endoscopic findings in patients with IBD was compared with the specialized literature, resulting in the creation of a manual compatible with the reality of the local SUS. The preparation of the manual is in the final stage of preparation for registration and publication.

KEYWORDS: Manual; Diagnosis; Inflammatory bowel disease; Crohn; Rectocolitis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características da amostra inicial por especialidade.....	42
Tabela 2 – Situação final da participação nas duas rodadas de questionários.....	43
Tabela 3 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 1 a 3.	44
Tabela 4 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 4 a 7.	45
Tabela 5 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 8 a 10.	46
Tabela 6 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 11 a 13.	47
Tabela 7 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 14 a 16	48
Tabela 8 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 17 a 19.	49
Tabela 9 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 20 a 22.	50
Tabela 10 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 23 a 25.	51
Tabela 11 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 26 a 28.	52
Tabela 12 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 29 a 30.	53
Tabela 13 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 1 a 4.	54
Tabela 14 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 5 a 8.	55
Tabela 15 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 9 a 12.	56
Tabela 16 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 13 a 15.	57
Tabela 17 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 16 a 17.	58
Tabela 18 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 18 a 19.	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

°C	Graus Centígrados
AAS	Ácido Acetil Salicílico
ACO	Anticoncepcionais Orais
AINES	Antiinflamatório Não Esteróide
BPM	Batimentos por minuto
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRM/AM	Conselho Regional de Medicina Amazonas
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DC	Doença de Crohn
DII	Doença Inflamatória Intestinal
dl	Decilítros
EEM	Escola de Enfermagem de Manaus
g	Gramas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUGV	Hospital Universitário Getúlio Vargas
IL	Interleucina
IST	Infecção sexualmente transmissível
RCU	Retocolite Ulcerativa
SUS	Sistema Único de Saúde
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
PCR	Proteína C Reativa
TNF- α	Fator de necrose tumoral alfa
VHS	Velocidade de Hemossedimentação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 REVISÃO DA LITERATURA	18
4.1 A Doença Inflamatória Intestinal	18
4.1.1 Um breve histórico RCU	18
4.1.2 Um breve histórico DC.....	21
4.2 Imunologia e patogênese	22
4.3 Manifestações clínicas e exames complementares	23
4.3.1 Manifestações clínicas.....	24
4.3.2 Exame físico	25
4.3.2.1 Inspeção	25
4.3.2.2 Exame do abdômen	26
4.3.2.3 Exame perianal	26
4.3.3 Exames complementares	27
4.3.3.1 Exames laboratoriais	27
4.3.3.2 Exames de imagem.....	27
4.3.3.2 Exames endoscópicos	28
4.3.3.3 Exame histopatológico	29
4.4 Tratamento atual	29
4.4.1 Tratamento clínico	29
4.4.1.1 Tratamento clínico na RCU	29
4.4.1.2 Tratamento clínico na DC.....	32
4.4.2 Tratamento cirúrgico.....	35
4.4.2.1 Tratamento cirúrgico na RCU.....	35
4.4.2.2 Tratamento cirúrgico na DC	35
4.5 O Método Delphi	36
5 MÉTODO	38
5.1 Tipo de estudo	38
5.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	38
5.3 Características da amostra	38
5.4 Critérios de inclusão e exclusão	38
5.4.1 Inclusão	38
5.4.2 Exclusão	39
5.5 Tamanho da amostra	39
5.6 Instrumento de coleta de dados	39
5.7 Procedimentos	39
5.7.1 Recrutamento	39
5.7.2 Seleção dos participantes.....	40

5.7.3 Processo operacional básico para os participantes selecionados	40
5.8 Análise estatística	41
6 RESULTADOS.....	42
6.1 Questionários	42
7 DISCUSSÃO	60
7.1 Definição da Doença Inflamatória Intestinal	60
7.2 Perfil dos pacientes atendidos no SUS pelos especialistas	60
7.3 Segmentos acometidos observados pelos especialistas	62
7.4 Manifestações clínicas e exame físico	63
7.4.1 Manifestações clínicas.....	63
7.4.2 Exame Físico	63
7.4.3 Manifestações extra-intestinais	64
7.5 Exames laboratoriais e endoscópicos	65
7.5.1 Exames laboratoriais	65
7.5.2 Exames endoscópicos.....	66
7.6 Exames de imagem	67
8 CONCLUSÕES	67
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICE A – Produto do Mestrado Profissional em Cirurgia: Manual para o diagnóstico das Doença Inflamatórias Intestinais	78
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	145
APÊNDICE C – Questionário aplicado na primeira fase do projeto	147
APÊNDICE D – Questionário aplicado na segunda fase do projeto.....	154
APÊNDICE E – Cronograma de Atividades.....	158
ANEXO 1 – Esquema genérico de implementação do método Delphi com três rodadas.	159

1 INTRODUÇÃO

A doença inflamatória intestinal (DII) é definida como uma inflamação intestinal crônica cujas principais formas, Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RCU), que são distúrbios inflamatórios intestinais crônicos distintos (ZHANG & LI, 2014), resultam de interações microbianas do hospedeiro em um indivíduo geneticamente suscetível, levando a inflamação do intestino delgado e grosso, na qual elementos do sistema digestivo são atacados pelo próprio sistema imunológico do corpo (FAKHOURY *et al.*, 2014; NG; WONG; NG, 2016). Sua exata etiologia não é completamente conhecida (LODDO & ROMANO, 2015).

A Doença de Crohn (DC) pode acometer qualquer segmento do trato digestivo, de maneira assimétrica e em todas as suas camadas, podendo levar a deformidade, perfurações e fístulas (ZALTMAN *et al.*, 2018).

A Retocolite Ulcerativa (RCU) é caracterizada por inflamação superficial e contínua da mucosa, eventualmente submucosa, começando no reto e se estendendo pelo cólon, levando a diarreia, sangramento retal e dor abdominal (CONRAD; ROGGENBUCK; LAASS, 2014; DAMIÃO *et al.*, 2019).

A incidência da DII tem aumentado ao redor do mundo, assim como em regiões tradicionalmente de baixa incidência como Ásia, Leste Europeu e América do Sul (ZHANG & LI, 2014; BURISCH & MUNKHOLM, 2015; LODDO & ROMANO, 2015; NG; WONG; NG, 2016). Muitos fatores contribuíram para o aumento dessa incidência, incluindo maior conscientização, melhor acesso à tecnologia médica e a serviços de saúde, desenvolvimento de sistemas sofisticados de vigilância de doenças e exposições ambientais associadas à ocidentalização da sociedade (KAPLAN & NG, 2017).

Segundo Moreira; Lobato; Souza (2019) no Brasil foram identificados pelo sistema Datasus 162.894 pacientes com DII no período de 2008 a 2017, com aumento significativo nesse período, dos quais 59% com RCU e 41% com DC; a idade mediana foi de 42 anos e predomínio foi de 59% em mulheres. As regiões Sul e Sudeste são as mais acometidas, mostrando certa relação da doença com áreas urbanizadas e desenvolvidas.

O diagnóstico das DII é estabelecido após uma avaliação conjunta do quadro clínico, em concordância com evidências endoscópicas, laboratoriais,

radiográficas e achados histopatológicos. O quadro clínico que leva à suspeita das DII geralmente inclui diarreia crônica, porém o espectro de manifestações clínicas é muito variável, podendo incluir distensão abdominal, emagrecimento, anemia, desnutrição (CABRAL & ABBY, 2012).

Para um bom diagnóstico é necessário a união de dados da história clínica com achados de diferentes exames, porém não há nenhuma característica que, isoladamente feche um diagnóstico de DII específica (MARANHÃO; VIEIRA; CAMPOS, 2015).

O sistema de saúde pública brasileiro é dividido em níveis de atendimento e a porta de entrada para seus usuários geralmente é uma Unidade de Atendimento de Atenção Primária ou as Unidades de atendimento de urgência (BACKES *et al.*, 2009). Os pacientes com doença inflamatória intestinal procuram a Atenção Primária para o atendimento inicial e os médicos dessas Unidades precisam ter conhecimento sobre essa patologia para terem condições de firmar seu diagnóstico.

2 JUSTIFICATIVA

Os dados da Doença Inflamatória Intestinal no estado do Amazonas são escassos, não tendo número oficial de indivíduos diagnosticados. Em Manaus, o Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) é o local de referência para esses pacientes, que nele contam com acompanhamento e tratamento especializados, incluindo a terapia biológica. Existem também em Manaus duas Policlínicas Estaduais que contam com especialistas atendendo pacientes com DII em nível ambulatorial, são elas: a Policlínica Danilo Correia e a Policlínica do Bairro Cachoeirinha – PAM 413.

A realização do tratamento correto de maneira precoce evita as complicações e eleva o tempo livre de sintomas; porém, para isso, o diagnóstico precoce se faz necessário. Efetivamente, até o momento no Sistema Único de Saúde (SUS) do Amazonas não há um protocolo estabelecido para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento desses pacientes.

Propõe-se, então, elaborar um manual para o diagnóstico das DII, que envolva desde os conceitos básicos para suspeição, até o diagnóstico, utilizando o método Delphi, visando sua adoção por médicos da Atenção Primária do SUS do Amazonas, de forma a melhorar o diagnóstico desses indivíduos e encaminhá-los para o tratamento adequado, evitando as complicações decorrentes do avanço da doença, melhorando a resposta à terapia, reduzindo a necessidade de cirurgias relacionadas à doença e melhorando a qualidade de vida (RODRÍGUEZ-LAGO; ZABANA; BARREIRO-DE, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Elaborar um manual para o diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais no Amazonas.

3.2 ESPECÍFICOS

- a. Identificar e analisar achados clínicos, laboratoriais, de imagem e endoscópicos adotados por médicos especialistas e com experiência para o diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais na Estado do Amazonas;
- b. Confrontar os dados encontrados com a literatura mundial pertinente e elaborar um manual para o diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais para ser utilizado na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde do Amazonas.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 A DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

4.1.1 Um breve histórico RCU

O conhecimento de que uma doença pudesse causar inflamação no trato gastrointestinal pode ser muito antigo se levarmos em conta os relatos de Hipócrates sobre as diarreias que continham muco e sangue. Ele considerava que esse quadro poderia ser causado pelo consumo de água que ficava empoeçada durante o verão, quando apareciam mais casos de diarreia (LIM & WALLACE, 2004). O termo colite foi utilizado pela primeira vez em 1859 por Sir Samuel Wilks. Ele sugeriu que a colite deveria ser classificada como uma doença diferente das disenterias epidêmicas da época. Sua descrição, em uma necrópia de mulher, de um processo inflamatório no íleo, com úlceras, que se estendia e terminava no ceco, local em que se mostrava mais intenso, podem na verdade ser atribuídas atualmente a Doença de Crohn (PEARCE, 2009). O termo “colite ulcerativa” só passou a fazer parte da nomenclatura médica como doença específica a partir da teoria dos germes e dos estudos de Sir William Hale White, em 1888, quando ele publicou uma descrição completa dos casos em que observou colites que não se enquadravam nos casos infecciosos (MULDER *et al.*, 2014).

Até o início do século 20, as alterações inflamatórias do intestino só podiam ser vistas através de procedimentos cirúrgicos ou de necropsias; entretanto, em 1907, John Percy Lockhart-Mummery publicou seu estudo em que conseguiu identificar mucosa com aspecto inflamatório em 24 dos 36 pacientes que estudou, com queixas de diarreia, muco e sangramento nas fezes. Ele utilizou um aparelho com fonte de luz, o qual intitulou de “retossigmoidoscópio elétrico”, que permitiu visualizar a mucosa do reto e o sigmoide distal (entre 20 e 30cm da borda anal). Em sete desses casos foi possível identificar tumorações em sigmoide; algumas foram confirmadas como malignas, outras não puderam por óbito ou negativa de investigação dos próprios pacientes (MUMMERY, 1907). O ano de 1909 foi marcado por discussões acerca da colite ulcerativa e o que poderia ser o causador dessa patologia. A Sociedade Real de Medicina, em seu Simpósio, conseguiu reunir 300 casos de colite e

então a partir destes, concluir que: os adultos jovens e os de meia idade estavam entre os mais acometidos; a diarréia e o sangramento retal eram os sintomas mais vistos; o que se tinha de tratamento até aquele momento não era muito efetivo (MULDER *et al.*, 2014). No mesmo ano Herbert Hawkins publicou seu estudo em que observou 85 casos de colite e detalhou 18, sendo que 41 desses pacientes morreram. Ele acreditava que conhecer a história natural da doença e seu agente causador (ele considerava que uma bactéria poderia ser a causa da colite ulcerativa) era essencial para descobrir um tratamento realmente efetivo (HAWKINS, 1909).

Jacob Bargaen (1925) publicou um estudo, onde encontrou diplococos gram negativos em 80% das culturas de material colhido de úlceras do cólon de 68 pacientes com colite ulcerativa. Baseado nesses resultados, ele começou a fazer administrações intravenosas dessas bactérias em coelhos e cachorros, tentando estabelecer a causa da colite. Os animais apresentaram diarréia com sangue e muitos evoluíram para óbito. Em muitas dessas cobaias ele observou, durante a dissecação do intestino grosso, a mucosa inflamada e com úlceras. Diante desses resultados ele começou utilizar uma vacina contra os diplococos complementada com uma solução anti-séptica via anal. Ao longo do acompanhamento desses pacientes, ele observou que houve melhora dos sintomas, com cicatrização das úlceras durante a proctoscopia (BARGEN & LOGAN, 1925). Nos anos que se seguiram outros tratamentos foram tentados, como o pneumoperitônio, apendicostomia e vagotomia, porém foram logo abandonados por se mostrarem ineficazes. Erich Wittekower (1938) conseguiu encontrar relação do stresse psicológico com a colite ulcerativa em 28 de 40 pacientes estudados, tendo a psicoterapia resolvido os sintomas em alguns casos ou ajudado em outros. Essa conduta é aceita pelos profissionais até os dias atuais (MULDER, *et al.*, 2014).

O uso da sulfassalazina foi demonstrado na Escandinávia como tratamento efetivo por Nanna Svartz (1947), que também buscava uma maneira de dessensibilizar os pacientes que apresentavam reação à sulfa. Nesse estudo, 124 pacientes portadores de Retocolite Ulcerativa foram acompanhados, dos quais 116 melhoraram ou ficaram livres dos sintomas. Uma dose inicial de 6 gramas por dia de sulfassalazina ra administrada, e à medida que os sintomas e a mucosa retal melhoravam, a dose era reduzida (SVARTZ, 1947). Truelove e

Witts (1955), publicaram os resultados finais de seu ensaio clínico sobre o uso de corticóides em pacientes com colite ulcerativa. O estudo selecionou 210 pacientes com colite, excluindo os que tinham colite regional e ileíte. Cento e nove pacientes receberam cortisona e 101 receberam uma preparação que poderia ser interpretada como placebo. As doses de cortisona eram de 100 mg ou mais por dia e o tempo de tratamento era de seis semanas. Em alguns casos o tempo foi reduzido devido a deterioração do quadro clínico ou remissão muito rápida da doença. Eles consideraram como remissão clínica uma ou duas defecações por dia, sem hematoquesia, sem febre, sem taquicardia, hemoglobina dentro da normalidade, velocidade de hemossedimentação normal ou normalizando e ganho de peso. O quadro clínico foi classificado em leve, moderada e severo, levando em conta os critérios utilizados na remissão clínica. Os casos considerados severos tiveram melhor resposta a terapêutica que o seu correspondente no grupo controle, mesmo após as recaídas. Os casos moderados e leves tiveram melhor resposta que os casos severos, o que levou esses pesquisadores a indicarem o uso de corticóides em todos os casos. Apesar dos bons resultados no período do estudo, eles reconheceram que a longo prazo isso poderia não se manter, sendo preciso avaliar uma forma de terapêutica contínua, até mesmo com o corticóide em doses baixas (TRUELOVE & WITTS, 1955).

Apesar dos avanços com os tratamentos, a causa da doença permanecia desconhecida. A teoria de que auto-anticorpos poderiam causar a colite ulcerativa ganhou força com a publicação de Brobregger e Perlmann (1959) e com os benefícios trazidos pela utilização dos corticóides no tratamento. Descobriu-se nesse estudo que existiam auto-anticorpos que reagiam com a mucosa do cólon e que possivelmente, eles eram produzidos pelo próprio cólon (BROBREGGER & PERLMANN, 1959). Com o desenvolvimento da genética, pôde-se identificar mais de 230 genes associados a um risco aumentado de desenvolver doença inflamatória intestinal. A dieta rica em gorduras, açúcares e pobre em vegetais também tem sido apontada como fator causal do aumento no número de casos. Estudos recentes que investigam o desequilíbrio da microbiota intestinal têm apontado esse fator como causa de inúmeras doenças gastrointestinais, inclusive das doenças inflamatórias intestinais (ACTIS *et al.*, 2019).

4.1.2 Um breve histórico DC

Giovanni Battista Morgagni (1769), descreveu na necropsia de um jovem de 20 anos o achado de ulceração e perfuração de íleo distal, com linfonodomegalia mesentérica. O jovem apresentou febre e diarreia por 14 dias, que o levaram ao óbito (KIRSNER, 2001). Matthew Baillie (1793) descreve em seu livro de anatomia patológica, inflamações nos intestinos que levavam à morte. Ele descreveu o aumento de vascularização mucosa, úlceras que se formavam a partir da luz intestinal, o espessamento de suas camadas e como o peritônio podia ser afetado dependendo do grau de inflamação e a formação de fístulas com órgãos próximos. Thomas Kennedy Dalziel (1913) publicou sua série de 13 casos, que acompanhou desde 1905. Os pacientes eram adultos jovens, sendo um com dez anos de idade, com quadro de dor abdominal, distensão, febre e piora progressiva, evoluindo com sinais obstrutivos. Alguns pacientes foram operados e submetidos a ressecção do segmento inflamado, apresentando melhora clínica. Nas cirurgias foram identificados processo inflamatório nos segmentos intestinais, infiltração do mesentério e linfonodomegalia regional. Havia relatos na época de quadro semelhante encontrado em animais, que era causado por um bacilo semelhante ao da tuberculose, porém que necessitava de um teste que não se dispunha para o diagnóstico. O exame histopatológico confirmou o padrão inflamatório com granulomas não caseosos. Apesar de todo o esforço, Thomas Kennedy Dalziel não conseguiu encontrar um agente etiológico.

Quase 20 anos depois, três jovens médicos Burril Crohn, Leon Ginzburg e Gordon Oppenheimer divulgaram um estudo, envolvendo 14 pacientes no qual, descreveram com detalhes o que eles chamaram de Ileíte terminal. A doença se apresentava em adultos jovens, com sintomas semelhantes ao da Colite Ulcerativa (febre e diarreia), porém com o acometimento do íleo terminal e válvula ileocecal, formando massas palpáveis que evoluíram para estenose e fístulas com o cólon e parede abdominal. Eles consideraram a tuberculose como o principal diagnóstico diferencial. O único tratamento eficaz foi o cirúrgico, porém ainda houve casos de recidiva, que eles consideraram devido a não retirada de todo o segmento doente (CROHN; GINZBURG; OPPENHEIMER,

1952). Charles Wells (1952) fez uma descoberta que até hoje é aceita como característica da Doença de Crohn. Ele atribuiu o padrão inflamatório de acometimento “em saltos” do cólon a Doença de Crohn, mesmo na ausência de ileíte. Na época, esse padrão era caracterizado como uma terceira entidade, conhecida por “Colite Segmentar”.

O reconhecimento da Doença de Crohn como entidade distinta da Retocolite foi lento, mesmo com a publicação detalhada de Hugh Evelyn Lockhart-Mummery, filho de John Percy Lockhart-Mummery, o mesmo que utilizou o retossigmoidoscópio para estudar as alterações inflamatórias no cólon e reto no início do século XX. Assim como na retocolite, foi a evolução da genética e biologia molecular que possibilitou um melhor entendimento dessas doenças e melhores formas de tratamento (MULDER *et al.*, 2014).

4.2 IMUNOLOGIA E PATOGÊNESE

O sistema imune inato em resposta a um micro-organismo, desencadeia respostas tolerogênicas, inflamatórias e reconstituintes, através da liberação de mediadores extracelulares, recrutando células imunes adaptativas. O epitélio intestinal é uma barreira que impede que esses microorganismos atinjam a circulação. O equilíbrio dessa resposta pode ser quebrado por variações genéticas, na microbiota intestinal e por fatores imunológicos. A compreensão desse equilíbrio é fundamental para entender como esses fatores estão envolvidos na patogênese da DII (KHOR; GARDET; XAVIER, 2011; LIU & STAPPENBECK, 2016; UNGARO *et al.*, 2017; MACDOWELL; FAROOQ; HASEEB, 2021).

Alguns autores consideram que o desequilíbrio da microbiota intestinal, conhecido como Disbiose pode ser o fator chave no desenvolvimento da DII (TORRES & COLOMBEL, 2015; MIYOSHI & CHANG, 2017; TORRES *et al.*, 2017; UNGARO *et al.*, 2017). Os lactobacilos e bifidobactérias foram encontrados em baixos níveis nos pacientes com DII, enquanto que níveis elevados de *Escherichia coli* e Bacteroidetes foram encontrados em pacientes com DII, demonstrando que a microbiota intestinal pode realmente participar do desenvolvimento da DII (SEYEDIAN; NOKHOSTIN; MALAMIR, 2019).

Existem mais de 200 *loci* genéticos relacionados à DII, mas foi a evolução do sequenciamento genético que possibilitou associar os *loci* a genes ou regiões regulatórias importantes para a homeostase intestinal, como: manutenção da função e restituição da barreira epitelial; resposta imune inata e adaptativa; a regulação da resposta das células T, B e neutrófilos; a sinalização e liberação da interleucina 10, que suprime a inflamação e liberação do Fator de Necrose Tumoral (LIU & STAPPENBECK, 2016; KAPLAN & NG, 2017). Mais da metade desses *loci* conferem risco a ambas (DC e RCU), 30 exclusivos da DC e 23 exclusivos da RCU. A DC possui mais de 71 *loci* suscetíveis identificados até o momento (TORRES & COLOMBEL, 2016; KAPLAN & NG, 2017; TORRES & COLOMBEL, 2017; LICHTENSTEIN, 2018). Algumas doenças genéticas imunomediadas (espondilite anquilosante, psoríase e imunodeficiências primárias) possuem características clínicas e imunológicas similares a DII, o que pode indicar que os mesmos fatores genéticos podem estar relacionados na sua etiologia (KAPLAN & NG, 2017).

A ocorrência de polimorfismo em um único nucleotídeo no sequenciamento dos genes pode levar ao desequilíbrio desses mecanismos regulatórios. Variações no gene NOD2 estão relacionados a um comportamento mais agressivo da DC. Variações no gene 16-like 1 (ATG16L1), podem levar a desregulação da autofagia celular. Infelizmente não existe uma única alteração que seja altamente frequente para poder ser usada como exame diagnóstico (LICHTENSTEIN *et al.*, 2018). Essas descobertas mostraram que a DII não segue o modelo genético mendeliano, não sendo possível atribuir unicamente a esse fator o desenvolvimento da DII, mesmo entre gêmeos idênticos, o que torna mais evidente a contribuição de outros fatores na gênese da DII (MIYOSHI & CHANG, 2017; SEYEDIAN; NOKHOSTIN; MALAMIR, 2019).

4.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E EXAMES COMPLEMENTARES

Na RCU, a inflamação ocorre no reto e ao longo do cólon. Quando a inflamação está restrita ao reto é chamada de proctite. Na inflamação que vai do reto ao cólon esquerdo (sigmoide e descendente), sem ultrapassar o ângulo esplênico do cólon, chamamos de colite esquerda. Quando a inflamação vai além do ângulo esplênico do cólon (cólon transversal, ascendente, ceco),

chamamos de colite extensa, ou pancolite. Essa é a nomenclatura encontrada na Classificação de Montreal (UNGARO *et al.*, 2017; DAMIÃO *et al.*, 2019; FEUERSTEIN; MOSS; FARRAYE, 2019; GAJENDRAN *et al.*, 2019). Outra maneira de classificar a atividade inflamatória é utilizando dados da colonoscopia e achados cínicos através do Escore de Mayo, onde o Mayo 0 é normal ou sem atividade inflamatória e o Mayo 3 é a doença grave (DAMIÃO *et al.*, 2019). Na DC a Classificação de Montreal é um pouco diferente, já que a doença pode ocorrer em qualquer segmento do trato gastrointestinal e não é de maneira contínua. Dessa maneira podemos classificar a inflamação conforme a localização: íleo, cólon, ilecolólico e trato gastrointestinal superior; e o comportamento: não estenosante, não penetrante, estenosante, penetrante e doença perianal (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; ZALTMAN *et al.*, 2018).

Em relação à atividade da DII, ela pode ser considerada como: remissão quando não há atividade inflamatória; em atividade leve, moderada e severa ou grave. Tanto a RCU quanto a DC têm seus próprios sistemas de classificação de atividade da doença, que levam em consideração achados clínicos e laboratoriais. Na RCU, o índice mais utilizado é o de Truelove and Witts. Na DC, o CDAI (Crohn's Disease Activity Index) e o índice de Harvey-Bradshaw são os mais utilizados (UNGARO *et al.*, 2017; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; ZALTMAN *et al.*, 2018; DAMIÃO *et al.*, 2019).

4.3.1 Manifestações clínicas

Na RCU, a diarreia persistente é o sintoma mais comum, podendo ser com duração de semanas a meses, geralmente acompanhada por muco e sangue. A urgência evacuatória, tenesmo retal, dor abdominal, perda de peso, fadiga e febre também podem ser encontrados, porém são menos comuns. (SAIRENJI; COLLINS; EVANS, 2017; FLYNN & EISENSTEIN, 2019; GAJENDRAN *et al.*, 2019). A evolução dos sintomas é de maneira gradual, podendo iniciar por um quadro leve, com diarreia episódica e inespecífica, até evoluir para um quadro grave em poucas semanas, com várias evacuações líquidas por dia com presença de muco e sangue (UNGARO *et al.*, 2017; DAMIÃO *et al.*, 2019; FEUERSTEIN; MOSS; FARRAYE, 2019;).

A diarreia crônica também é um sintoma frequente na DC, entretanto com algumas características um pouco diferentes da RCU devido a localização do segmento inflamado. A diarreia pode ser em grande volume quando o íleo terminal está comprometido pela inflamação e em menor volume quando a inflamação está presente no cólon, nesse caso com a presença de muco e sangue (FERRÉ; BOSCA-WATTS; PÉREZ, 2018). A dor abdominal é outro sintoma comum. Notadamente quando se trata da DC envolvendo o segmento ileal, a dor é no quadrante inferior direito, porém pode se apresentar em qualquer topografia, tipo cólica, por vezes intensa, geralmente intermitente, porém também pode ser constante e pode melhorar com a evacuação (FLYN & EISENSTEIN, 2019).

Existem manifestações extra-intestinais da DII, que podem levar a sintomas em outros órgãos e sistemas como: musculo-esquelético, sistema tegumentar, hepatobiliar, endócrino e ocular. Essas manifestações podem ocorrer em até 40% desses pacientes, mesmo com a doença sob controle (UNGARO *et al.*, 2017; VIDE *et al.*, 2018; DAMIÃO *et al.*, 2019). Algumas dessas manifestações, como a lombalgia e o eritema nodoso, só aparecem em vigência de atividade inflamatória intestinal. As dores em articulações periféricas podem aparecer mesmo com o controle da atividade inflamatória intestinal (TORRES *et al.*, 2017; RODA *et al.*, 2020).

Os pacientes com DII tem um risco mais elevado do que a população geral para o desenvolvimento de câncer colorretal, principalmente com mais de oito anos de diagnóstico. Quando a DC se manifesta no intestino delgado, o risco de câncer nesse segmento também aumenta (TORRES *et al.*, 2017; RODA *et al.*, 2020).

4.3.2 Exame físico

4.3.2.1 Inspeção

Na inspeção do paciente com DII pode ser encontrado: fâcies emagrecida devido a desnutrição e inflamação crônica; mucosas hipocoradas decorrente de anemia; pele seca e descamativa, devido a desidratação; taquicardia e febre indicam quadro grave. Em se tratando de DC, na boca podem existir lesões de aspecto granular, conhecida como queilite angular, úlceras aftóides em gengiva

e lábios. Manchas avermelhadas e elevadas na pele, conhecidas como eritema nodoso; são mais comuns na RCU, mas também podem ser vistas na DC. Essas manchas podem evoluir para úlceras exsudativas que recebem o nome de pioderma gangrenoso (MARANHÃO *et al.*, 2015; KEYAL; LIU; BHATTA, 2018; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; SEYEDIAN *et al.*; 2019).

4.3.2.2 Exame do abdômen

Nos pacientes com RCU pode haver dor a palpação profunda do abdômen, seja no quadrante inferior esquerdo ou superior esquerdo, geralmente sem defesa abdominal. Entretanto, essa dor também pode ser encontrada na avaliação abdominal dos pacientes com doença diverticular ou com diverticulite. O hipertimpanismo pode ser encontrado durante a percussão devido a distensão do cólon, que associado à redução dos ruídos peristálticos, dor e defesa abdominal indica evolução para um quadro grave (UNGARO, *et al.*, 2017; SEYEDIAN, *et al.*; 2019; MCDOWELL; FAROOQ; HASEEB, 2020; MEALIE; ALI; MANTHEY, 2021).

Nos pacientes com DC pode ser encontrado abaulamento no quadrante inferior direito e dor a palpação, que pode corresponder a inflamação do íleo terminal e cólon direito, dando um aspecto de tumoração. Apendicite aguda e neoplasia de ceco também cursam com tumoração nesse quadrante e devem ser descartadas. Áreas de estenose no intestino delgado podem levar ao aumento dos ruídos intestinais na ausculta, associados ou não a ruídos metálicos que indicam sofrimento da alça envolvida (SEYEDIAN, *et al.*; 2019; MEALIE; ALI; MANTHEY, 2021).

4.3.2.3 Exame perianal

Na inspeção da região perianal dos pacientes com DC podemos encontrar orifícios externos de fístulas anais e abscessos, sendo essas as duas manifestações perianais mais encontradas. As fissuras anais também podem ser encontradas não sendo específicas da DII, porém são mais comuns na DC, pois o comprometimento perianal é incomum na RCU. O toque retal pode apresentar

sangue e muco (CANESSA, 2011; UNGARO, *et al.*, 2017; KEYAL; LIU; BHATTA, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER, 2018; COSTA & SILVA, 2019).

4.3.3 Exames complementares

4.3.3.1 Exames laboratoriais

Dentre os exames laboratoriais que auxiliam no diagnóstico da DII, o hemograma, proteína C reativa (PCR) e a calprotectina são os mais importantes. As alterações no hemograma são: anemia, leucocitose e trombocitose que podem ser decorrentes da inflamação crônica ou complicações como fístulas e sepse (MARANHÃO *et al.*, 2015; UNGARO *et al.*, 2016; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER 2018; MACDOWELL *et al.*, 2021). A PCR eleva-se em resposta a inflamações agudas, porém pode estar em nível normal em quadros leves de colite. Na colite grave, seus níveis podem ser superiores a 30mg/L (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; DAMIÃO *et al.*, 2019; CHEN *et al.*, 2020). A calprotectina fecal eleva-se com mais frequência na DII, sendo mais utilizada para o acompanhamento da resposta ao tratamento e para diferenciar DII da Síndrome do Intestino Irritável (UNGARO *et al.*, 2017; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; SU *et al.*, 2019).

O anticorpo perinuclear contra estruturas citoplasmáticas do neutrófilo (P-ANCA) e o anticorpo anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) não são úteis no diagnóstico da DII, porém podem ser utilizados no diagnóstico diferencial entre a RCU e a DC (UNGARO *et al.*, 2016; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017). O P-ANCA positivo e ASCA negativo é sugestivo de RCU, enquanto que ASCA positivo e P-ANCA negativo é sugestivo de DC (CHEN *et al.*, 2020; AKIYAMA; RAI; RUBIN, 2021).

4.3.3.2 Exames de imagem

A radiografia simples do abdômen é mais utilizada nos pacientes com DII em casos de urgência, associada à radiografia de tórax. Os achados mais comuns são: pneumoperitônio; dilatação do cólon transversos; distensão de alças a montante de segmento intestinal obstruído (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*,

2017; VEAUTHIER & HORNECKER 2018; MACDOWELL; FAROOQ; HASEEB, 2021).

A tomografia (TC) de abdomen pode ser usada para avaliar a gravidade da colite, assim como a identificação de complicações como obstrução, perfurações e abscessos (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; GAJENDRAN *et al.*, 2019; MACDOWELL; FAROOQ; HASEEB, 2021).

A ressonância nuclear magnética (RNM) de abdomen/pelve com contraste venoso está indicada como opção para os pacientes que precisam fazer tomografia, porém não podem utilizar o contraste iodado e nas grávidas (VEAUTHIER & HORNECKER 2018). As fístulas anais e perianais da DC também podem ser avaliadas pela RNM de pelve (TORRES *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; MACDOWELL; FAROOQ; HASEEB, 2021).

O enterografia por TC ou RNM consegue avaliar as paredes do intestino delgado e sua vascularização, sendo possível detectar espessamento, estenose e complicações como fístulas intestinais, o que auxilia na identificação da DC nesse segmento. Deve ser dada preferência pela realização de enterografia por RNM nos pacientes com menos de 35 anos devido a não utilização de radiação ionizante, já que não parece haver diferença na acurácia dos métodos (TORRES *et al.*, 2017; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; GODOY & CAVASIN, 2018; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER 2018; SU *et al.*, 2019; MACDOWELL; FAROOQ; HASEEB, 2021).

4.3.3.2 Exames endoscópicos

A colonoscopia é o exame endoscópico mais importante para o diagnóstico e seguimento da DII, sendo indicado em todos os pacientes com suspeita diagnóstica. Além da visualização do reto e da mucosa ileocólica ainda podem ser coletadas biópsias para análise histopatológica (LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018; SPICELAND & NILESH, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER, 2018; SADEGHI *et al.*, 2022). São achados sugestivos de RCU na colonoscopia: inflamação contínua do reto ao cólon com edema e enantema; apagamento da trama vascular; friabilidade e úlceras (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; SPICELAND & NILESH, 2018; GAJENDRAN *et al.*, 2019; LAMB *et al.*, 2019; SU *et al.*, 2019; KUCHARZIK *et al.*, 2020).

São achados sugestivos de DC na colonoscopia: a inflamação não segue o padrão contínuo; o reto pode estar normal; úlceras longitudinais e aftóides; lesões elevadas com aspecto de pedras de calçamento; áreas de estenose e fístulas intestinais (LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018; SPICELAND & NILESH, 2018; SU *et al.*, 2019; RANASINGHE & HSU, 2020).

A retossigmoidoscopia flexível é um exame utilizado para se obter uma avaliação mais rápida ou quando a colonoscopia não pode ser realizada. Esse exame avalia a mucosa do cólon esquerdo e reto, também podendo serem coletadas biópsias. Caso seja identificada inflamação nesse exame, a colonoscopia é mandatória (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018; SPICELAND & NILESH, 2018; LAMB *et al.*, 2019).

A endoscopia digestiva alta (EDA) não é solicitada como rotina diagnóstica nos pacientes com suspeita de DII. Está indicada nos pacientes com suspeita de DC e que possuem sintomas de dor abdominal, náuseas, vômitos e perda de peso, a EDA está bem indicada (TORRES *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018). Os achados na EDA de pacientes com DC são similares aos achados na colonoscopia: edema, enantema, úlceras aftosas, estenoses e fístulas (SPICELAND & NILESH, 2018).

4.3.3.3 Exame histopatológico

As principais alterações no exame histopatológico são na arquitetura da mucosa, que é composta por criptas, células da lâmina própria e epitélio. Na RCU podem ser vistos focos hemorrágicos na lâmina própria, plasmocitose basal, edema mucoso e atrofia com distorção difusa das criptas. Na DC podem ser encontrados edema mucoso, fibrose e agregados de células linfoplasmáticas. O granuloma não caseoso é considerado característico da DC, porém é pouco encontrado (TORRES *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018; LAMB *et al.*, 2019; SU *et al.*, 2019; TARRIS *et al.*, 2021).

4.4 TRATAMENTO ATUAL

4.4.1 Tratamento clínico

4.4.1.1 Tratamento clínico na RCU

Alguns conceitos precisam estar bem definidos para melhor orientação do tratamento e avaliação da resposta. Remissão é a resolução completa dos sintomas com a cicatrização da mucosa. Recaída é a volta da atividade inflamatória que estava anteriormente em remissão. A recaída pode ser precoce quando acontece em até três meses do início da remissão; rara quando são menos de duas recaídas ao ano; comum quando são mais de duas recaídas ao ano; contínua quando não há um período de remissão (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017).

As medicações utilizadas no tratamento da RCU são as indutoras de remissão e as de manutenção da remissão (UNGARO *et al.*, 2016). Para induzir a remissão dos sintomas e da inflamação podem ser utilizados: aminossalicilatos (mesalazina e sulfassalazina); corticóides (prednisona, hidrocortisona), imunossuppressores de tiopurina (azatioprina, 6 mercaptopurina, ciclosporina); imunobiológicos (infiximabe, adalimumabe, golimumab e vadolizumab). Para manter a remissão dos sintomas e da inflamação podem ser utilizadas: aminossalicilatos, imunossuppressores e imunobiológicos (DAMIÃO *et al.*, 2019). Os aminossalicilatos bloqueiam a produção de leucotrienos e liberação de citocinas pró-inflamatórias como: interleucinas (IL) 1, 2 e 6 e o fator de necrose tumoral alfa (TNF- α). Sua utilização pode ser tanto por via oral, via retal ou ambas (KUCCHARZIK *et al.*, 2020). Para quadros leves a moderados de colite no segmento esquerdo (cólon descendente e sigmóide), pode-se iniciar o tratamento com os aminossalicilatos combinando por via oral e retal, numa dose entre 2 – 4g por dia, podendo ser fracionada ou em dose única diária com a mesma eficácia (UNGARO *et al.*, 2016; SU *et al.*, 2018; DAMIÃO *et al.*, 2019; LAMB *et al.*, 2021; MACDOWELL; FAROOQ; HASEEB, 2021). Caso não haja resposta clínica ao tratamento em até oito semanas, é necessário avaliar a modificação no tratamento (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017). Na colite apenas distal pode ser utilizado o enema de mesalazina ao invés do supositório (UNGARO *et al.*, 2016; DAMIÃO *et al.*, 2019; KUCCHARZIK *et al.*, 2020). Na proctite ulcerativa (inflamação do segmento retal) isolada, o tratamento por via combinada mostrou melhores resultados na obtenção e manutenção da remissão dos sintomas, quando comparado a utilização de apenas uma das vias de maneira isolada (DAMIÃO *et al.*, 2019; KUCCHARZIK *et al.*, 2020; LAMB *et al.*,

2021). A mesalazina por via retal na dose de até 1g é mais eficaz para proctite ulcerativa isolada que a mesalazina oral (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017).

O uso de agentes probióticos foi comparado com o uso de sulfassalazina e parece não haver diferença na manutenção da remissão quando se utiliza apenas uma dessas medicações (DAMIÃO *et al.*, 2019).

O uso de corticóide por via retal não mostrou superioridade em relação ao aminossalicilato por essa via (UNGARO *et al.*, 2016). O uso dos aminossalicilatos previne o aparecimento do câncer colorretal nos pacientes com RCU, provavelmente devido a sua ação direta na mucosa para o controle da inflamação intestinal crônica (DAMIÃO *et al.*, 2019).

Nos pacientes que não respondem ao uso dos aminossalicilatos, podem ser iniciados os corticóides a fim de se atingir a remissão (UNGARO *et al.*, 2016; KUCHARZIK *et al.*, 2020; LAMB *et al.*, 2021; MACDOWELL; FAROOQ; HASEEB, 2021). A dose de prednisona varia conforme o peso do paciente, porém não é recomendado utilizar dose superior a 60mg, pois não parece haver benefício em doses superiores, e não exceder mais de quatro semanas em doses elevadas devido ao aumento dos efeitos edversos (DAMIÃO *et al.*, 2019; LAMB *et al.*, 2021). A retirada deverá ser gradual e os pacientes que necessitem de novas doses de corticóide após sua retirada, podem ser considerados córtico-dependentes, sendo então necessário avaliar a mudança na abordagem medicamentosa (UNGARO *et al.*, 2016; DAMIÃO *et al.*, 2019).

Os corticóides também são indicados na colite grave, podendo ser utilizados por via endovenosa (hidrocortizona, metilprednisolona) em pacientes hospitalizados (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; SU *et al.*, 2018; KUCHARZIK *et al.*, 2020).

Dos imunossupressores de tiopurina, a azatioprina é a mais utilizada, sendo que sua indicação é na manutenção da remissão nos quadros moderados a graves e dependentes de corticóides (LAMB *et al.*, 2021). O tempo para o início de ação dessas medicações está entre três a seis meses (UNGARO *et al.*, 2016; DAMIÃO *et al.*, 2019). Seu uso deve ser monitorado desde o início devido aos seus efeitos adversos que podem aparecer precocemente: pancreatite, hepatotoxicidade, reações alérgicas, infecções oportunistas, mielossupressão e o desenvolvimento de linfoma (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017). A ciclosporina pode ser utilizada nos casos graves, refratários ao uso de corticóide

e que não têm indicação cirúrgica, sendo essa conduta considerada como terapia de resgate (DAMIÃO *et al.*, 2019).

Quando a remissão clínica e endoscópico não é alcançada com a utilização das medicações anteriormente descritas, podemos lançar mão dos agentes imunobiológicos, tanto na indução da remissão, quanto na manutenção (UNGARO *et al.*, 2016; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; MACDOWELL; FAROOQ; HASEEB, 2021). As medicações atualmente autorizadas para utilização nos quadros de colite moderada a grave não responsiva são: infliximabe, golimumabe e adalimumabe, que agem inibindo a ação do TNF- α enquanto que o biológico vedolizumabe, age inibindo a ação da integrina. Das medicações anti-TNF- α , o infliximabe é de uso endovenoso; o adalimumabe e o golimumabe são de uso subcutâneo. O agente anti-integrina é de uso endovenoso (UNGARO *et al.*, 2016; DAMIÃO *et al.*, 2019). Na literatura, tanto a indução quanto a manutenção da remissão foram similares em pacientes que usaram infliximabe ou golimumabe e que não haviam usado previamente imunobiológicos; porém o adalimumabe não se mostrou superior a essas medicações na indução e manutenção da remissão (DAMIÃO *et al.*, 2019). O uso do infliximabe combinado com a azatioprina é mais efetivo em induzir e manter a remissão clínica, quando comparado ao seu uso isoladamente nos pacientes não responsivos ao corticoide (UNGARO *et al.*, 2016; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; SU *et al.*, 2018). Os imunobiológicos anti-TNF- α podem aumentar infecções oportunistas, fúngicas e reativação de tuberculose latente (LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018; DAMIÃO *et al.*, 2019). O vedolizumabe se mostrou efetivo na indução e manutenção da remissão frente ao placebo, mesmo nos pacientes com uso prévio de anti-TNF- α , com menos efeitos adversos (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; DAMIÃO *et al.*, 2019; LAMB *et al.*, 2021). Essa efetividade parece ser maior na RCU do que na DC (SU *et al.*, 2018). O uso de agentes probióticos parece ser tão efetivo quanto a sulfassalazina na manutenção da remissão (DAMIÃO *et al.*, 2019).

4.4.1.2 Tratamento clínico na DC

Para iniciar o tratamento da DC é necessário classificar a doença conforme o grau da atividade inflamatória: sem atividade ou remissão; atividade

leve, moderada e severa ou grave. Ela também pode ser extensa, quando atinge um segmento (não precisa ser contínuo) com mais de 100cm ou localizada, quando o segmento comprometido é inferior a 30cm (ZALTMAN *et al.*, 2018). Assim como na RCU o tratamento também é dividido em: indução da remissão e manutenção da remissão (TORRES *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018). É considerada remissão quando a pontuação no CDAI é inferior a 150. É considerada resposta ao tratamento quando há uma queda de pelo menos 100 pontos no CDAI (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018).

Os aminossalicilatos não parecem ser efetivos na indução nem na manutenção da remissão, quando comparados ao placebo (VEAUTHIER & HORNECKER, 2018; RODA *et al.*, 2020; LAMB *et al.*, 2021). A sulfassalazina é eficaz no controle dos sintomas dos pacientes com DC no cólon (LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018). Nos pacientes com DC operados, os aminossalicilatos não foram efetivos em evitar a recorrência clínica e endoscópica, quando comparados ao infliximabe (TORRES *et al.*, 2017; ZALTMAN *et al.*, 2018).

Os corticóides (prednisona e hidrocortisona) são efetivos na indução da remissão e melhora dos sintomas em pacientes com doença ileocólica leve a grave, porém não são eficazes para cicatrizar a mucosa (LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER, 2018). Sua eficiência também não foi comprovada nos seguintes casos: para tratamento de DC perianal; para evitar recidiva pós cirúrgica; como terapia de manutenção (ZALTMAN *et al.*, 2018).

A azatioprina ou a 6 mercaptopurina (tiopurinas) são mais eficazes quando combinadas com o infliximabe tanto na indução, quanto na manutenção da remissão. Seu uso isoladamente é eficaz apenas na manutenção em pacientes que receberam corticóides como tratamento para indução (TORRES *et al.*, 2017; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; VEAUTHIER & HORNECKER, 2018; LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018; RODA *et al.*, 2020; LAMB *et al.*, 2021).

A combinação do adalimumabe com tiopurinas para induzir a remissão em quadros moderados a grave, parece ter a mesma eficiência que o adalimumabe usado isoladamente, porém com melhora na resposta endoscópica (ZALTMAN *et al.*, 2018).

Na DC perianal fistulizante simples, as tiopurinas podem ser utilizadas isoladamente, caso não haja resposta a terapia com antibióticos, porém nas fistulas complexas, seu uso deve ser em associação com o infliximabe e colocação de setóns (LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER, 2018). O uso das tiopurinas está associado ao aumento do risco de desenvolvimento de linfoma e câncer de pele não melanoma, portanto seu uso deve ser monitorado e esse risco deve ser explicado ao paciente (TORRES *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018). O metotrexato é um imunossupressor que pode ser utilizado como alternativa as tiopurinas, sendo eficaz na manutenção da remissão clínica. Por seu mecanismo de ação mais rápido, ele também pode ser utilizado na indução da remissão, inclusive em associação com corticoide (ZALTMAN *et al.*, 2018).

Os imunobiológicos autorizados no Brasil para o tratamento da DC estão divididos em: anti-TNF- α (infliximabe, adalimumabe, certolizumabe pegol), anti-integrina (vedolizumabe) e anti-interleucina (ustequinumabe). Essas medicações estão indicadas nos casos moderados a graves que foram refratários ao tratamento convencional com as medicações citadas anteriormente (TORRES *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER, 2018; ZALTMAN *et al.*, 2018; RODA *et al.*, 2020).

O infliximabe é eficaz tanto na indução quanto na manutenção da remissão, sendo que sua associação com azatioprina melhora os resultados da manutenção. Também é eficaz na DC perianal (TORRES *et al.*, 2017; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; LAMB *et al.*, 2021). O adalimumabe também se mostrou eficaz na indução e manutenção da remissão, não necessitando da associação com a azatioprina (TORRES *et al.*, 2017). Além disso o adalimumabe também se mostrou eficaz na doença fistulizante e na prevenção da recidiva pós-operatória (ZALTMAN *et al.*, 2018). O certolizumabe pegol está indicado na falha ou intolerância ao infliximabe. O vedolizumabe é indicado na indução e manutenção dos quadros moderados a graves de pacientes que não responderam aos anti-TNF- α ou que apresentaram falha terapêutica (LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; LAMB *et al.*, 2021). Tem eficácia relativa na DC perianal. O ustequinumabe, outro imunobiológico, também é indicado nos pacientes com quadro moderado a grave com falha da terapia anti-

TNF- α prévia (TORRES *et al.*, 2017; LAMB *et al.*, 2021). Os probióticos não são eficazes na indução nem na manutenção da remissão (ZALTMAN *et al.*, 2018). A duração da terapia com os anti-TNF- α não está bem estabelecida, porém sabe-se que a parada no tratamento está associada a recidiva da doença (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017).

4.4.2 Tratamento cirúrgico

4.4.2.1 Tratamento cirúrgico na RCU

O tratamento cirúrgico na RCU é dividido em urgência e eletivo. O tratamento cirúrgico de urgência é indicado nos casos de megacólon tóxico, que não melhora após 48-72h de tratamento. Nesses casos, a cirurgia indicada é a colectomia subtotal com ileostomia terminal e preservação do reto. Sua realização não deve ser postergada por mais de 5 dias, pois aumenta a morbimortalidade (UNGARO *et al.*, 2016; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; DAMIÃO *et al.*, 2019; LAMB *et al.*, 2021).

A cirurgia eletiva está indicada nos casos de intratabilidade clínica, câncer ou displasia colorretal e condição social que impede o tratamento clínico. A proctocolectomia com anastomose íleo-anal com bolsa ileal é a cirurgia mais realizada, podendo ser por via laparotômica ou laparoscópica (UNGARO *et al.*, 2016; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; GAJENDRAN *et al.*, 2019; KUCHARZIK *et al.*, 2020). As complicações desse procedimento podem ser: estenoses, fístulas, abscessos e obstrução intestinal. Nos pacientes jovens que foram submetidos a colectomia subtotal de urgência devido ao megacólon tóxico e em que o diagnóstico de Doença de Crohn não pôde ser descartado, existe a possibilidade da cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal com anastomose íleo-retal, desde que a DII esteja controlada (DAMIÃO *et al.*, 2019).

4.4.2.2 Tratamento cirúrgico na DC

O tratamento cirúrgico na DC é considerado como secundário e está indicado nas seguintes situações: intratabilidade clínica e / ou nas complicações (TORRES *et al.*, 2017). Podem ser consideradas como intratabilidade clínica as seguintes situações: sem resposta as terapias com imunobiológicos ou corticodependência; tratamento de manifestações extra-intestinais; doença com

extensão limitada, porém com perfil estenosante (ZALTMAN *et al.*, 2018). São consideradas complicações que necessitam de cirurgia: obstrução intestinal, megacolon tóxico, estenose, fístulas intestinais, fístulas perianais, sangramento prolongado, displasia multifocal independente do grau e câncer colorretal (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER, 2018; ZALTMAN *et al.*, 2018). Quando a cirurgia é para corrigir uma estenose, algumas opções podem ser realizadas: ressecção do segmento; by-pass intestinal; enteroplastia (ZALTMAN *et al.*, 2018).

Como a doença é crônica, a recidiva pode ocorrer e exigir outra cirurgia, o que pode levar ao intestino curto no caso de grandes ressecções. A dilatação endoscópica é uma opção eficaz nas estenoses anastomóticas e ileocecais (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; SPICELAND & NILESH, 2018). Pacientes com fístulas intestinais com alto débito devem ser operados após melhora do estado clínico e nutricional (ZALTMAN *et al.*, 2018). Os abscessos intracavitários podem ser tratados de maneira percutânea ou por laparotomia, a taxa de recorrência em cinco anos é semelhante em ambos os métodos (LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018). As fístulas perianais sintomáticas se beneficiam do tratamento cirúrgico combinado com a terapia biológica alcançam os melhores resultados, entretanto nos casos de proctite severa e incontinência, a proctectomia deve ser considerada. Nos casos de megacólon tóxico não responsivo à terapia clínica, a colectomia subtotal com ileostomia terminal é a cirurgia indicada (ZALTMAN *et al.*, 2018).

4.5 O MÉTODO DELPHI

O Método Delphi foi desenvolvido nos Estados Unidos da América (EUA) na década de 1950 com o intuito de obter um consenso de especialistas militares separados geograficamente, sobre a defesa de possíveis ataques nucleares em plena Guerra Fria. Esse método busca melhorar a tomada de decisão, pois se baseia na opinião de especialistas em determinado assunto para se chegar a melhor estratégia (MARQUES & FREITAS, 2018). Naquela época, o método foi muito utilizado na área militar e em projetos industriais. Nas décadas seguintes, passou a ser utilizado em outras áreas, se tornando popular

devido à sua característica de obter consenso de especialistas sobre os mais diversos temas complexos (ANTUNES, 2014).

O método se caracteriza por coletar opiniões de especialistas sobre determinado tema de maneira individual, não presencial, sem troca de idéias entre os participantes, nem interferência do pesquisador (SELVA-RUIZ; DOMÍNGUEZ- LIÑAN; RUIZ-PÉREZ, 2017). Essa coleta de opiniões geralmente é feita através da aplicação de questionários, onde os participantes expressam suas opiniões e têm acesso às respostas dos demais participantes, tudo de maneira anônima (MERCEDDES & MERCEDDES, 2016). O pesquisador analisa os resultados a cada rodada de questionários, de maneira estatística, compilando as informações para reenviar aos participantes. Com esses dados, os participantes podem defender ou rever suas opiniões e enviar novamente ao pesquisador e a partir daí um outro questionário poderá ser elaborado com essas novas opiniões. Esse processo pode ser repetido inúmeras vezes até que um consenso seja atingido (MARQUES & FREITAS, 2018).

Esse método tem sido utilizado na área da saúde no Brasil para validação de diversos tipos de protocolos e manuais. Em sua maioria, esses estudos mostram que são necessárias duas a quatro rodadas de perguntas para se atingir o consenso entre os especialistas (LOPES *et al.*, 2013). O nível de consenso que justifica a adoção de um protocolo ou diretriz na literatura varia de 50% a 80%, porém é condicionada ao pesquisador (CASTRO & REZENDE, 2009).

A escolha do método Delphi para esse estudo foi devido a sua característica de permitir obter informações de especialistas de maneira não presencial, através de suas opiniões expressadas por meio de questionários eletrônicos. Esse método utiliza um painel como amostra da população. No caso desta pesquisa, profissionais especialistas em Gastroenterologia, Coloproctologia e Cirurgiões do Aparelho Digestivo com a especialidade registrada no CREMAM e que atendem pacientes com doença inflamatória intestinal no SUS Amazonas foram convidados, pois esses profissionais conhecem a realidade da saúde pública local e a necessidade de melhorar o atendimento desses pacientes para que, com o diagnóstico precoce, o tratamento possa ser iniciado.

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo qualitativo, prospectivo, não probabilístico, utilizando o método Delphi (ANEXO 1), no qual foram elaborados e aplicados questionários contendo perguntas diretas a médicos especialistas com experiência em doenças inflamatórias intestinais no Amazonas, a respeito da classificação das DII, epidemiologia, quadro clínico, exames laboratoriais, exames de imagem e endoscópicos.

5.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Antes da inserção no estudo, os médicos especialistas convidados deveriam aceitar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), com informações acerca dos objetivos do estudo, o método escolhido e a garantia do sigilo de seus dados pessoais (APÊNDICE A).

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas, com o CAAE 29434219.2.0000.5020.

5.3 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Médicos especialistas e com experiência em doenças inflamatórias intestinais, que atendem no Sistema Único de Saúde (SUS) em Manaus.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

5.4.1 Inclusão

- a. Médicos gastroenterologistas com especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina do Amazonas;

- b. Médicos coloproctologistas com especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina do Amazonas;

- c. Médicos cirurgiões do aparelho digestivo com especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina do Amazonas;
- d. Médicos acima que atendam e conduzam pacientes com DII em Manaus, junto ao Sistema Único de Saúde.

5.4.2 Exclusão

- a. Médicos incluídos que não responderem completamente os questionários deste estudo.

5.5 TAMANHO DA AMOSTRA

No site do Conselho Regional de Medicina do Amazonas (CREMAM) no dia 09/06/2020 existiam 42 gastroenterologistas e 09 coloproctologistas com inscrição regular. No dia 10/07/2021 havia 27 cirurgiões do aparelho digestivo com inscrição regular. Os pesquisadores não foram incluídos nessa amostra. Seguindo o método Delphi foram selecionados entre 10 a 30 médicos especialistas. Foram excluídos dessa amostra os pesquisadores.

5.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de questionários aplicados via internet utilizando o site de pesquisa SURVEY MONKEY®.

5.7 PROCEDIMENTOS

5.7.1 Recrutamento

Foi solicitado por e-mail junto ao CREMAM uma lista com os nomes e contatos dos médicos com especialidade registrada nas áreas conforme os critérios de inclusão. O contato com os especialistas foi por conversa telefônica e/ou por aplicativo de mensagens WhatsApp para que fosse constatado que os mesmos trabalhavam no SUS, atendiam pacientes com DII e que aceitavam

receber o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por e-mail ou por WhatsApp. Os que concordaram com o Termo de Consentimento receberam acesso aos questionários.

5.7.2 Seleção dos participantes

Foram selecionados os médicos especialistas que consentiram em participar do estudo.

5.7.3 Processo operacional básico para os participantes selecionados

Os Padrões para Relatórios de Pesquisa Qualitativa (Standards for Reporting Qualitative Research - SRQR) foram desenvolvidos por um grupo americano de médicos pesquisadores para melhorar a transparência em todos os aspectos da pesquisa qualitativa, fornecendo padrões claros para o relato da pesquisa qualitativa auxiliando os autores na preparação da pesquisa; os editores na avaliação para publicação; os leitores durante sua avaliação crítica e aplicação do estudo (O'BRIEN *et al.*, 2014). Esses padrões foram seguidos no presente estudo.

Após concordarem com os termos de participação do estudo, os especialistas receberam acesso aos questionários pelo site de pesquisa SURVEY MONKEY®. A aplicação foi feita em duas fases; sendo a primeira, com questões estruturantes para se estabelecer os conceitos sobre o tema de uma maneira geral; a segunda fase discutiu melhor a conduta clínica e exames complementares para o diagnóstico. As respostas escolhidas pela maioria dos participantes foram consideradas consenso e utilizadas como base para a montagem do manual. A porcentagem considerada neste estudo para consenso foi de 60%. Aquelas respostas em que não se obteve consenso na primeira rodada, passaram por nova rodada de perguntas podendo o consenso ter sido obtido ou não.

5.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi empregada estatística descritiva para os itens de cada questão e o cálculo de percentagem entre as respostas consideradas válidas. A plataforma SURVEY MONKEY® foi utilizada para registro e análise dos dados.

6 RESULTADOS

6.1 QUESTIONÁRIOS

Dos 45 especialistas registrados com inscrição regular no CREMAM, pesquisados em 09/06/2020, 37 (82,2%) eram gastroenterologistas e nove (17,8%) coloproctologistas. Dos gastroenterologistas, 16,6% concordaram em participar; dos coloproctologistas, 62,5%. Dos 27 cirurgiões do aparelho digestivo pesquisados no dia 10/07/2021 com inscrição regular no CREMAM, um participante já havia aparecido na lista dos gastroenterologistas sendo eliminado desse total, restando 26 cirurgiões do aparelho digestivo (tabela 1).

Tabela 1 – Características da amostra inicial por especialidade.

	Gastroenterologistas (n=37)	Coloproctologistas (n=9)	Cirurgiões Aparelho Digestivo (n=26)	Total
Não possuem contato	8 (21,6%)	0	1 (3,9%)	9
Não retornaram contato	11 (29,7%)	0	1 (3,9%)	11
Não concordaram em participar	2 (5,4%)	0	0	2
Não atendem sus	9 (24,3%)	4 (44,5%)	18 (69,2%)	11
Concordaram em participar	7 (19%)	5 (55,5%)	6 (23%)	18

Fonte: Dados da pesquisa

Dos 18 especialistas que concordaram em participar, 17 (95%) concluíram a primeira e segunda rodada de questionários, sendo seis gastroenterologistas, cinco coloproctologistas e seis cirurgiões do aparelho digestivo. A Tabela 2 detalha esses dados.

Tabela 2 – Situação final da participação nas duas rodadas de questionários.

	Gastroenterologistas (n=7)	Coloproctologistas (n=5)	Cirurgiões Aparelho Digestivo (n=6)	Total
Concluíram a primeira rodada de questionários	6 (85,7%)	5 (100%)	6 (100%)	17
Concluíram a segunda rodada de questionários	6 (85,7%)	5 (100%)	6 (100%)	17

Fonte: Dados da pesquisa

A primeira rodada de questionários foi composta por 30 questões objetivas, sendo que em 11 (36,6%) delas, só foi permitido escolher uma opção e nas demais se podia escolher mais de uma alternativa (63,4%). As Tabelas 3 a 12 são relativas às questões da primeira rodada. Essas questões podem ser consideradas estruturantes, pois se pretendeu obter informações dos participantes quanto ao melhor conceito de doença inflamatória intestinal; o perfil dos pacientes que esses especialistas têm atendido no SUS do estado; os sinais e sintomas clínicos mais vistos na prática de atendimento; os exames complementares que são solicitados e que podem ajudar no diagnóstico conforme a realidade do nosso sistema público; e as condutas que os especialistas consideram mais importantes para se chegar ao diagnóstico.

Tabela 3 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 1 a 3.

Q1. Qual você considera a melhor definição de Retocolite Ulcerativa?

A – Doença inflamatória crônica, causada pela interação de fatores genéticos, microbiota intestinal e imunorregulação da mucosa, que afeta a mucosa e eventualmente submucosa do cólon e reto.	29,41%	5
B – Doença inflamatória crônica, causada pela desregulação do sistema imunológico em resposta a alterações na flora intestinal comensal, acometendo inicialmente a mucosa do reto, podendo se estender para a mucosa do cólon.	29,41%	5
C – Doença inflamatória crônica, caracterizada por inflamação da mucosa iniciada distalmente no reto, com extensão contínua proximal por uma distância variável, geralmente com uma demarcação abrupta entre a mucosa inflamada e não inflamada.	41,18%	7

Q2. Qual você considera a melhor definição de Doença de Crohn?

A - Doença inflamatória crônica de etiopatogenia multifatorial que pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal de forma segmentar, assimétrica e transmural com intensidade variável.	82,35%	14
B - Doença inflamatória crônica, causada pela desregulação do sistema imunológico em resposta a alterações na relação hospedeiro-microbiota intestinal, podendo envolver todo ou qualquer parte do trato gastrointestinal.	17,65%	3
C – É uma condição gastrointestinal inflamatória crônica complexa com idade de início, localização e comportamento variáveis.	0%	0

Q3. Em qual etapa da investigação a maior parte de seus pacientes com Doença Inflamatória Intestinal chegou até seu ambulatório?

A – Com diagnóstico.	0%	0
B – Com suspeita.	70,59%	12
C – Sem suspeita.	23,53%	4
D – Outro (especifique): diarreia crônica.	5,88%	1

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 4 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 4 a 7.

Q4. Qual ou quais exames complementares os pacientes com Doença Inflamatória Intestinal possuíam quando chegaram ao seu ambulatório?

A – Laboratorial.	47,06%	8
B – Endoscópico.	52,94%	9
C – Radiológico.	0%	0
D – Outro (especifique): pcr, vhs e endoscopia.	11,76%	2

Q5. Qual/quais faixas etárias você considera serem as mais comuns de acometimento pela Doença de Crohn no Brasil?

A - Até 17 anos.	0%	0
B – Entre 18 – 40 anos.	82,35%	14
C – Maior de 40 anos.	11,76%	2
D – Outro (especifique): de 15 a 30 anos.	5,88%	1

Q6. Qual/quais faixas etárias você considera serem as mais comuns de acometimento pela Retocolite Ulcerativa no Brasil?

A - Até 17 anos.	0%	0
B – Entre 18 – 40 anos.	70,59%	12
C – Maior de 40 anos.	29,41%	5
D – Outro (especifique).	0	0

Q7. Qual o sexo você considera ser o mais acometido pela Retocolite Ulcerativa?

A - Feminino.	47,06%	8
B – Masculino.	17,65%	3
C – Acredito ser semelhante.	35,29%	6

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 5 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 8 a 10.

Q8. Qual o sexo você considera ser o mais acometido pela Doença de Crohn?

A - Feminino.	35,29%	6
B – Masculino.	23,53%	4
C – Acredito ser semelhante.	41,18%	7

Q9. Algum paciente seu já havia sido submetido a cirurgia decorrente de complicação da doença inflamatória antes do diagnóstico?

A - Sim.	70,59%	12
B – Não.	29,41%	5

Q10. Quais locais do trato gastrointestinal você considera que podem ser acometidos pela Retocolite Ulcerativa?

A - Boca.	0%	0
B – Esôfago.	0%	0
C – Estômago.	0%	0
D – Intestino delgado.	0%	0
E – Intestino Grosso.	94,12%	16
F – Reto.	94,12%	16
G – Ânus.	23,53%	4
H – Outro (especifique).	0%	0

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 6 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 11 a 13.

Q11. Quais locais do trato gastrointestinal que você considera que podem ser acometidos pela Doença de Crohn?

A - Boca.	76,47%	13
B – Esôfago.	82,35%	14
C – Estômago.	82,35%	14
D – Intestino delgado.	100%	17
E – Cólon.	94,12%	16
F – Reto.	82,35%	14
G – Ânus.	76,47%	13
H – Outro (especifique).	0%	0

Q12. Qual ou quais segmentos do intestino grosso são mais acometidos nos seus pacientes portadores de Retocolite Ulcerativa?

A – Reto.	29,41%	5
B – Reto ao sigmóide.	76,47%	13
C – Reto ao transverso.	0%	0
D – Reto ao cólon direito.	0%	0
E – Outro (especifique).	0%	0

Q13. Qual ou quais segmentos intestinais você considera serem os mais acometidos na Doença de Crohn?

A – Reto.	5,88%	1
B – Cólon esquerdo.	29,41%	5
C – Transverso.	11,76%	2
D – Cólon direito.	29,41%	5
E – Intestino delgado.	88,24%	15
F – Outro (especifique).	0	0

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 7 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 14 a 16.

Q14. As Doenças Inflamatórias Intestinais podem se manifestar em outros órgãos ou sistemas. Qual ou quais manifestações extra-intestinais da DII que você tem mais observado na prática?

A – Artrites/artralgia.	88,24%	15
B – Eritema nodoso.	17,65%	3
C – Pioderma gangrenoso.	0%	0
D – Aftas orais.	41,18%	7
E – Uveítes.	17,65%	3
F – Outro (especifique).	0%	0

Q15. Qual ou quais sintomas você considera mais importantes para auxiliar no diagnóstico da Retocolite Ulcerativa?

A – Diarréia persistente.	76,47%	13
B – Muco nas fezes.	52,94%	9
C – Sangue nas fezes.	88,24%	15
D – Dor abdominal.	29,41%	5
E – Fadiga.	11,76%	2
F – Perda de peso.	29,41%	5
G – Outro (especifique).	0%	0

Q16. Qual ou quais sintomas você considera importantes para auxiliar no diagnóstico da Doença de Crohn?

A – Diarréia persistente.	94,12%	16
B – Muco nas fezes.	35,29%	6
C – Sangue nas fezes.	35,29%	6
D – Dor abdominal.	94,12%	16
E – Fadiga.	29,41%	5
F – Perda de peso.	76,47%	13
G – Outro (especifique).	0%	0

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 8 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 17 a 19.

Q17. Nos pacientes com suspeita de Retocolite Ulcerativa, quais os achados à somatoscopia que você consideraria importantes?

A – Mucosas hipocoradas.	70,59%	12
B – Febre.	29,41%	5
C – Lesões cutâneas.	35,29%	6
D – Edemas articulares.	35,29%	6
E – Lesões oculares.	17,65%	3
F – Outro (especifique): sensibilidade ao longo do cólon no exame físico; estado nutricional; emagrecimento.	17,65%	3

Q18. Nos pacientes com suspeita de Doença de Crohn, quais os achados à somatoscopia que você consideraria importantes?

A – Mucosas hipocoradas.	52,94%	9
B – Febre.	70,59%	12
C – Lesões cutâneas.	52,94%	9
D – Edemas articulares.	51,18%	7
E – Lesões oculares.	23,53%	4
F – Outro (especifique): dor abdominal, sensação de abaulamento/volume em região do quadrante inferior direito do abdômen; presença de fístulas múltiplas anais e desnutrição.	11,76%	2

Q19. Nos pacientes com suspeita de Retocolite Ulcerativa, quais os achados ao exame do abdômen que você consideraria importantes?

A – Distensão abdominal.	70,59%	12
B – Abaulamentos.	11,76%	2
C – Dor a palpação.	82,35%	14
D – Massa palpável.	17,65%	3
E – Irritação peritoneal.	35,29%	6
F – Outro (especifique): som timpânico na percussão do quadrante superior esquerdo, que pode significar megacólon tóxico; distensão.	11,76%	2

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 9 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 20 a 22.

Q20. Nos pacientes com suspeita de Doença de Crohn, quais os achados ao exame do abdômen que você consideraria importantes?

A – Distensão abdominal.	82,35%	14
B – Abaulamentos.	41,18%	7
C – Dor a palpação.	88,24%	15
D – Massa palpável.	64,71%	11
E – Irritação peritoneal.	47,06%	8
F – Outro (especifique).	0	0

Q21. Nos pacientes com suspeita de Retocolite Ulcerativa, quais os achados ao exame da região perianal que você consideraria importantes?

A – Fístula perianal.	37,50%	6
B – Fissura anal.	43,75%	7
C – Estenose anal.	18,75%	3
D – Abscesso perianal.	12,50%	2
E – Fístula retovaginal.	12,50%	2
F – Outro (especifique): sem achados significativos; todos os sintomas são importantes, porém os achados descritos acima são mais comuns para Doença de Crohn, então se um paciente meu evoluísse com os sinais acima, eu questionaria o diagnóstico de RCU; abscessos apesar de incomuns; presença de anite; sem alterações em nível perianal.	31,25%	5

Q22. Nos pacientes com suspeita de Doença de Crohn, qual/quais achados ao exame da região perianal que você consideraria importantes?

A – Fístula perianal.	94,12%	16
B – Fissura anal.	70,59%	12
C – Estenose anal.	58,82%	10
D – Abscesso perianal.	64,71%	11
E – Fístula retovaginal.	58,82%	10
F – Outro (especifique).	0%	0

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 10 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 23 a 25.

Q23. Qual ou quais exames laboratoriais disponíveis no SUS você solicitaria inicialmente na suspeita de Doença Inflamatória Intestinal?

A – Hemograma.	100%	17
B – PCR / VHS.	100%	17
C – Uréia / Creatinina.	41,18%	7
D – Parasitológico de fezes.	82,35%	14
E – TGO / TGP.	41,18%	7
F – Coprocultura.	70,59%	12
G – Outro (especifique): ionograma, ferro sérico, dosagem de vitamina B12, albumina, ferritina, TSH, T4L, pesquisa para clostridium, anticorpos para doença celíaca (não tenho certeza se os dois últimos tem no SUS); calproectina fecal; colonoscopia.	23,53%	4

Q24. Você solicitaria os marcadores sorológicos P-ANCA e ASCA para auxiliar no diagnóstico da Doença Inflamatória intestinal?

A – Sim.	64,71%	11
B – Não.	29,41%	5
C – Outro (especifique): talvez, porque não são específicos.	5,88%	1

Q25. Você considera a anoscopia com a visualização do reto baixo um método prático de auxílio ao diagnóstico de pacientes com suspeita de Doença Inflamatória intestinal?

A – Sim.	100%	17
B – Não (especifique).	0%	0

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 11 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 26 a 28.

Q26. Conhecendo os exames de imagem disponíveis no SUS, você recomendaria algum/alguns dos exames abaixo para ajudar no diagnóstico da Retocolite Ulcerativa antes dos exames endoscópicos?

A – Radiografia de abdômen.	17,65%	3
B – Ultrassonografia do abdômen.	5,88%	1
C – Tomografia do abdômen.	64,71%	11
D – Ressonância do abdômen / pelve.	35,29%	6
E – Nenhum.	17,65%	3
F – Outro (especifique): enema opaco.	5,88%	1

Q27. Conhecendo os exames de imagem disponíveis no SUS, você recomendaria algum para ajudar no diagnóstico da Doença de Crohn antes dos exames endoscópicos?

A – Radiografia de abdômen.	5,88%	1
B – Ultrassonografia do abdômen.	0%	0
C – Tomografia do abdômen.	41,18%	7
D – Ressonância do abdômen / pelve.	52,94%	9
E – Nenhum.	0%	0
F – Outro (especifique).	0%	0

Q28. Conhecendo a realidade local do SUS, qual exame endoscópico você solicitaria para ajudar no diagnóstico da Retocolite Ulcerativa?

A – Anuscopia.	0%	0
B – Retossigmoidoscopia Rígida.	17,65%	3
C – Retossigmoidoscopia Flexível.	47,06%	8
D – Colonoscopia.	35,29%	6
E – Outro (especifique).	0%	0

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 12 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 29 a 30.

Q29. Conhecendo a realidade local do SUS, qual exame endoscópico você solicitaria para ajudar no diagnóstico da Doença de Crohn?

A – Anuscopia.	0%	0
B – Retossigmoidoscopia Rígida.	0%	0
C – Retossigmoidoscopia Flexível.	0%	0
D – Colonoscopia.	100%	17
E – Endoscopia digestiva alta.	0%	0
F – Outro (especifique).	0%	0

Q30. Considerando um paciente do SUS que retorna ao seu ambulatório com o resultado de retossigmoidoscopia flexível com coleta de biópsias, onde foi evidenciado processo inflamatório contínuo em todos os segmentos avaliados; você solicitaria algum outro/outros exames para confirmar o diagnóstico de retocolite ulcerativa?

A – Não.	5,88%	1
B – Aguardaria o histopatológico.	47,06%	8
C – Complementaria com colonoscopia.	47,06%	8
D – Solicitaria enterotomografia.	0%	0
E – Outro (especifique).	0%	0

Fonte: Dados da pesquisa

Após o encerramento da primeira rodada de questionários, as respostas foram compiladas e enviadas aos participantes para que pudessem avaliar os resultados. Uma nova rodada foi necessária para investigar questões em que: não houve consenso na única alternativa aceitável (sendo exigido 60% ou mais entre as opções escolhidas); não houve consenso nas questões de múltiplas alternativas aceitáveis ou quando mais de uma opção tivesse atingido 60% ou mais na seleção; em qualquer questão em que a opção descritiva “Outros” foi a mais selecionada (60% ou mais entre as opções escolhidas). As Tabelas 13 a 18 são relativas às questões da segunda rodada.

Tabela 13 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 1 a 4.

Q1. Qual você considera a melhor definição de retocolite ulcerativa?

A – Doença inflamatória crônica, causada pela interação de fatores genéticos, microbiota intestinal e imunorregulação da mucosa, que afeta a mucosa e eventualmente submucosa do cólon e reto.	47,06%	8
B – Doença inflamatória crônica, caracterizada por inflamação da mucosa iniciada distalmente no reto, podendo se estender de maneira contínua pelo cólon, a uma distância variável.	52,94%	9

Q2. Qual a porcentagem dos seus pacientes que foram submetidos a cirurgia decorrente de complicação da Doença Inflamatória Intestinal antes do diagnóstico?

A - Até 25%.	76,47%	13
B – Entre 25% a 50%.	5,88%	1
C – Entre 50% a 75%.	0%	0
D – Entre 75% a 100%.	0%	0
E – Nenhum paciente.	17,65%	3

Q3. Qual exame complementar os pacientes com suspeita de Doença Inflamatória Intestinal possuíam quando chegaram ao seu ambulatório?

A – Laboratorial.	17,65%	3
B – Endoscópico.	82,35%	14

Q4. Quanto ao acometimento por sexo, qual a opção abaixo você considera ser a mais frequente em relação à Retocolite Ulcerativa na sua prática clínica?

A – Acredito ser semelhante.	29,41%	5
B – Feminino.	70,59%	12

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 14 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 5 a 8.

Q5. Quanto ao acometimento por sexo, qual a opção abaixo você considera ser a mais frequente em relação à Doença de Crohn na sua prática clínica?

A – Acredito ser semelhante.	47,06%	8
B – Feminino.	52,94%	9
C – Masculino.	0%	0

Q6. Considerando que o intestino delgado é o local mais acometido pela Doença de Crohn, que exame você recomendaria para fazer esse diagnóstico? Apenas 1 opção será aceita.

A – Laboratorial (qual?).	0%	0
B – Endoscópico (qual?): colonoscopia, endoscopia, cápsula endoscópica, enteroscopia.	58,82%	10
C – Radiológico (qual?): enterorressonância, enterotomografia, cápsula endoscópica.	35,29%	6
A – Outro (qual?): cápsula endoscópica.	5,88%	1

Q7. A manifestação extra-intestinal mais vista na prática pelos especialistas é a artrite/artralgia. Em qual grupo articular você mais observa essa manifestação na sua prática clínica?

A – Articulações das mãos e ou punhos.	35,29%	6
B – Articulações dos pés e ou tornozelos.	0%	0
C – Articulações de joelhos e ou cotovelos.	17,65%	3
D – Articulações da coluna lombar e ou sacral.	47,06%	8
E – Articulações da coluna torácica e ou cervical.	0%	0
F – Outras articulações (especifique).	0%	0

Q8. Dos sintomas escolhidos pelos especialistas que auxiliam no diagnóstico de Retocolite Ulcerativa, enumere qual você considera ser a ordem de importância desses sintomas?

A – Diarreia persistente.	1 ^o	2,71
B – Sangue nas fezes.	2 ^o	1,88
C – Muco nas Fezes.	3 ^o	1,41

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 15 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 9 a 12.

Q9. Dos sintomas escolhidos pelos especialistas que auxiliam no diagnóstico de Doença de Crohn, enumere qual você considera ser a ordem de importância desses sintomas?

A – Diarreia persistente.	1 ^o	2,53
B – Dor abdominal.	2 ^o	2,24
C – Perda de peso.	3 ^o	1,24

Q10. Dos achados mais importantes à somatoscopia na suspeita de Doença de Crohn qual você considera ser o mais importante?

A – Mucosas hipocoradas.	47,06%	8
B – Febre.	23,53%	4
C – Lesões cutâneas.	29,41%	5

Q11. Dos achados mais importantes no exame do abdômen dos pacientes com suspeita de Retocolite Ulcerativa qual você considera ser o mais importante?

A – Dor à palpação.	52,94%	9
B – Distensão abdominal.	47,06%	8

Q12. Em relação aos achados mais importantes no exame do abdômen dos pacientes com suspeita de Doença de Crohn, enumere qual você considera ser a ordem de importância desses achados?

A – Distensão abdominal.	3 ^o	1,94
B – Dor a palpação.	2 ^o	2,00
C – Massa palpável.	1 ^o	2,06

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 16 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 13 a 15.

Q13. Nos pacientes com suspeita de Retocolite Ulcerativa, quais os achados ao exame da região perianal que você consideraria importantes dentre os abaixo?

A – Fístula perianal.	17,65%	3
B – Fissura anal.	5,88%	1
C – Fístula retovaginal.	5,88%	1
D – Anite.	11,76%	2
E – Abscesso perianal.	5,88%	1
F – Sem alterações ao nível perianal.	52,94%	9

Q14. Em relação aos achados ao exame físico da região perianal nos pacientes com suspeita de Doença de Crohn, enumere qual você considera ser a ordem de importância desses achados?

A – Fístula perianal.	1 ^o	4,18
B – Fístula retovaginal.	3 ^o	2,88
B – Fissura anal.	5 ^o	2,18
C – Estenose anal.	4 ^o	2,59
D – Abscesso perianal.	2 ^o	3,18

Q15. Dos exames laboratoriais disponíveis no SUS, o hemograma, PCR / VHS foram escolhidos por todos para iniciar a investigação em pacientes suspeitos de Doença Inflamatória Intestinal. Em relação aos demais exames escolhidos, qual você considera ser o mais importante?

A – Coprocultura.	64,71%	11
B – Parasitológico de fezes.	35,29%	3

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 17 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 16 a 17.

Q16. Considerando que a tomografia de abdômen é o exame de imagem disponível no SUS que pode ser realizado antes dos exames endoscópicos para auxiliar no diagnóstico de Retocolite Ulcerativa. Você solicitaria esse exame de que forma?

A – Sem contraste.	11,76%	2
B – Com contraste oral.	5,88%	1
C – Com contraste venoso.	5,88%	1
D – Com contraste retal.	5,88%	1
E – Com contraste oral e venoso.	41,18%	7
F – Com contraste oral, venoso e retal.	29,41%	5

Q17. Qual desses exames de imagem disponíveis no SUS que você recomendaria antes dos exames endoscópicos para auxiliar no diagnóstico de Doença de Crohn?

A – Tomografia de abdômen sem contraste.	0%	0
B – Tomografia de abdômen com contraste oral.	0%	0
C – Tomografia de abdômen com contraste venoso.	0%	0
D – Tomografia de abdômen com contraste oral e venoso (enterotomografia).	64,71%	11
E – Ressonância de abdômen sem contraste.	0%	0
F – Ressonância de abdômen com contraste venoso.	5,88%	1
G – Ressonância de abdômen com contraste oral e venoso (enteroressonância).	29,41%	5

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 18 – Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 18 a 19.

Q18. Considerando que, segundo os especialistas, o segmento mais acometido pela Retocolite Ulcerativa é do reto ao sigmoide e conhecendo a realidade do SUS local, qual exame endoscópico você solicitaria para auxiliar no diagnóstico da Retocolite Ulcerativa?

A – Retossigmoidoscopia Rígida.	11,76%	2
B – Retossigmoidoscopia flexível.	64,71%	11
B – Colonoscopia.	23,53%	4

Q19. Considerando um paciente do SUS que retorna ao seu ambulatório com o resultado de retossigmoidoscopia flexível onde foi evidenciado processo inflamatório contínuo em todos os segmentos avaliados (reto e sigmoide), porém ainda sem o resultado das biópsias coletadas, qual seria a sua conduta entre as alternativas abaixo para confirmar o diagnóstico de Retocolite Ulcerativa?

A – Aguardaria histopatológico.	29,41%	2
B – Complementaria com colonoscopia.	70,59%	12

Fonte: Dados da pesquisa

7 DISCUSSÃO

7.1 DEFINIÇÃO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

A Doença de Crohn foi definida por 82,35% dos especialistas como uma inflamação crônica de etiopatogenia multifatorial, podendo afetar qualquer parte do trato gastrointestinal de forma segmentar, assimétrica e transmural com intensidade variável. Essa foi a definição que Cyrla Zaltman utilizou no seu estudo de 2018 (ZALTMAN *et al.*, 2018). Outras definições de DC também podem ser encontradas na literatura, com poucas diferenças, como: inclusão dos segmentos mais acometidos; citação de alguns dos fatores envolvidos na gênese; descrição do carácter recorrente e remitente dos sintomas (TORRES *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; SU *et al.*, 2019; MACDOWELL *et al.*, 2021).

A definição de Retocolite Ulcerativa não conseguiu ser consenso entre os especialistas, mesmo após duas rodadas, sendo que a mais votada (52,94%) foi a que definiu a RCU como uma Doença inflamatória crônica, caracterizada por inflamação da mucosa iniciada distalmente no reto, podendo se estender de maneira contínua pelo cólon, a uma distância variável. Essa definição foi utilizada por Christopher Andrew Lamb no seu estudo em 2018 (LAMB *et al.*, 2018). Outras definições para RCU também podem ser vistas na literatura mundial, com poucas diferenças, como: inclusão do comprometimento inflamatório eventual da camada submucosa; a descrição dos segmentos cólicos que podem ser acometidos; a informação do carácter recidivante e remitente da inflamação mucosa (MARANHÃO; VIEIRA; CAMPOS, 2015; UNGARO *et al.*, 2017; DAMIÃO *et al.*, 2019; MACDOWELL *et al.*, 2021).

7.2 PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO SUS PELOS ESPECIALISTAS

Para 82,35% dos especialistas a faixa etária mais acometida pelos pacientes com DC está entre 18 e 40 anos. Essa é a mesma faixa etária mais acometida pela RCU para 70,59% dos especialistas. Esses dados estão de acordo com trabalhos nacionais e internacionais, em que a idade pico de incidência da DII é entre a segunda e quarta décadas de vida, embora a DC possa acometer em idade mais precoce (entre 15 e 25 anos) e na RCU alguns

consideram um segundo pico entre 50 e 80 anos. No mundo a RCU é mais comum que a DC (SAIRENJI; COLLINS; EVANS, 2017; GASPARINI, 2018; FEUERSTEIN; MOSS; FARRAYE, 2019; GAJENDRAN *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2021).

Para 70,59% dos especialistas, o sexo feminino é o mais acometido pela RCU na prática clínica. Na DC, não houve consenso, sendo que 52,94% dos especialistas também acreditam que o sexo feminino é o mais acometido na prática clínica. Na literatura mundial parece não haver uma predominância por sexo na RCU; entretanto, alguns estudos sugerem uma predominância nos homens. Já na DC parece haver uma maior incidência no sexo feminino; embora também existam estudos relatando que não há predominância, ou seja, não parece haver consenso, assim como ocorreu com nossos especialistas (TORRES *et al.*, 2017; UNGARO *et al.*, 2017; GAJENDRAN *et al.*, 2019; SEYEDIAN; NOKHOSTIN; MALAMIR, 2019; RANASINGHE & HSU, 2020; RODA *et al.*, 2020).

No Brasil, estudos mais recentes indicam uma frequência maior de RCU e DC em mulheres, compatível com o que foi observado pelos especialistas na prática clínica (GASPARINI, 2018; NÓBREGA *et al.*, 2018). No estudo de Moreira *et al.* (2019), no período entre 2008 a 2017 utilizando dados do DATASUS envolvendo pacientes atendidos com diagnóstico de DII, foram identificados 162.894 pacientes com DII, destes 59% com RCU e 41% com DC; a idade média foi de 42 anos, com o predomínio de 59% em mulheres. Esses são dados gerais e que não especificam o perfil dos pacientes com DC e RCU.

Para 70,59% dos especialistas, a maior parte dos seus pacientes já são encaminhados com suspeita da doença, sendo que para 82,35% desses especialistas, a maior parte dos seus pacientes já possuem exame endoscópico. No Brasil, o tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 23 meses para a RCU e de 28 meses para a DC, o que nos deixa atrás de nosso vizinho de continente, o Peru com média de tempo de diagnóstico para DII de 14,6 meses (NÓBREGA *et al.*, 2018). Na Europa, esse tempo costuma ser inferior a 12 meses e na Ásia esse tempo é muito variável, ficando entre 12 a 24 meses, podendo ser ainda maior na DC (RODRÍGUEZ-LAGO; ZABANA; BARREIRO-DE, 2020).

Para 76,47% dos especialistas, até 25% dos seus pacientes já foram submetidos a cirurgia decorrente de complicações da DII, o que é semelhante com a literatura pesquisada. Cerca de 25% dos pacientes com DC podem necessitar de intervenção cirúrgica por complicações da doença em até cinco anos do diagnóstico, podendo essa taxa dobrar em 10 anos. A taxa média no ocidente, de colectomia na RCU em 10 anos é de 20% e no oriente de 10%. Com o advento da terapia biológica, nesses pacientes a tendência é que essa taxa seja cada vez menor (SAIRENJ; COLLINS; EVANS, 2017; AKIYAMA; RAI; RUBIN, 2021; PORTER; KALLA; HO, 2020).

7.3 SEGMENTOS ACOMETIDOS OBSERVADOS PELOS ESPECIALISTAS

Os especialistas consideram que na RCU o segmento mais acometido é do reto ao sigmoide (76,47%), sendo que o acometimento isolado do reto é o segundo mais visto na prática clínica (29,41%). Na literatura mundial pesquisada, há uma inversão na ordem que os especialistas observaram, sendo o reto o local mais acometido e depois o segmento que vai do reto ao sigmoide (UNGARO *et al.*, 2017; GAJENDRAN *et al.*, 2019; SEYEDIAN *et al.*, 2019; MACDOWELL *et al.*, 2021; RODRÍGUEZ-LAGO; ZABANA; BARREIRO-DE, 2020).

Na DC, 88,24% dos especialistas consideram o intestino delgado como o local mais comum de acometimento, sendo esse dado compatível com a literatura mundial pesquisada e o íleo terminal, o segmento do intestino delgado mais acometido (TORRES *et al.*, 2017; GASPARINI 2018; ZALTMAN *et al.* 2018; RANASINGHE & HSU 2020; RODA *et al.*, 2020). No Brasil, o segmento ileocólico parece ser o mais acometido pela inflamação; porém a doença exclusiva no cólon também é vista com alta frequência (SANTOS *et al.*, 2021). Ainda na DC, o comprometimento perianal pode ser isolado ou surgir durante a evolução da doença podendo estar presente em até 40% dos doentes (GASPARINI, 2018; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; RODRÍGUEZ-LAGO *et al.*, 2020).

7.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E EXAME FÍSICO

7.4.1 Manifestações clínicas

Os sintomas mais comuns da RCU na prática clínica para os especialistas foram a diarreia persistente, sangue e muco nas fezes nessa ordem. Essas também são as principais manifestações clínicas encontradas na literatura, sendo que apenas a ordem entre elas é que muda dependendo do estudo (UNGARO *et al.*, 2017; GASPARINI, 2018; NÓBREGA *et al.*; 2018; MACDOWELL *et al.*, 2021). Alguns estudos consideram apenas a diarreia com sangue como principais sintomas, não citando a presença de muco. Outros sintomas comuns encontrados na literatura são: tenesmo, urgência e dor abdominal (MARANHÃO; VIEIRA; CAMPOS, 2015; UNGARO *et al.*, 2017; KUCHARZIK *et al.*, 2020).

Na DC, os especialistas também consideram a diarreia persistente como um dos sintomas mais comuns, seguido pela dor abdominal e perda de peso nessa ordem de importância. Na literatura esses também são os sintomas mais citados, mudando apenas a ordem entre eles dependendo do estudo. Outros sintomas comuns encontrados na literatura são: fadiga, anorexia e déficit no crescimento (MARANHÃO; VIEIRA; CAMPOS, 2015; TORRES *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER, 2018; ZALTMAN *et al.*, 2018; KEDIA *et al.*, 2019; MACDOWELL *et al.*, 2021).

7.4.2 Exame Físico

Na RCU, 70,59% dos especialistas consideram que na somatoscopia a presença de mucosas hipocoradas é importante na suspeita do diagnóstico, seguido por lesões cutâneas e edemas articulares. Esses dados são compatíveis com os encontrados na literatura que considera os sinais de anemia como um importante dado no exame físico, sendo em muitos casos a única manifestação na somatoscopia (UNGARO *et al.*, 2016; RODRÍGUEZ-LAGO; ZABANA; BARREIRO-DE, 2020; KUCHARZIK *et al.*; 2020). As lesões cutâneas e articulares geralmente fazem parte das manifestações extra-intestinais da DII e podem ser observadas durante o exame físico (MACDOWELL *et al.*, 2021). Na avaliação do abdômen a dor durante a palpação é o achado mais importante

para 82,35% dos especialistas, seguido pela distensão abdominal. Essas dores são mais comuns no quadrante inferior ou superior esquerdos (MARANHÃO; VIEIRA; CAMPOS, 2015; MACDOWELL *et al.*, 2021). Na região perianal 52,94% dos especialistas consideraram que não há alteração nessa região ao exame físico, sendo que apesar de não ter atingido consenso mínimo, nenhuma das outras 5 opções foram escolhidas por mais de 18% dos participantes. Nessa região podem ser encontradas fissuras anais devido a irritação local pela diarreia, porém outros achados como fístulas são suspeitos de DC (UNGARO *et al.*, 2016).

Na DC, 70,59% dos especialistas consideram que na somatoscopia a observação de febre é um dos achados mais importantes, entretanto quando solicitado que enumerassem os três principais, a identificação de mucosas hipocoradas e lesões cutâneas foram os dois primeiros nessa ordem. A febre ficou em terceiro na ordem de importância. Na literatura podemos encontrar como achados mais comuns além da febre e mucosas hipocoradas, a taquicardia e a desidratação. As lesões cutâneas são vistas como manifestações extra-intestinais dermatológicas, sendo o eritema nodoso a mais comum (KEYAL; LIU; BHATTA, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER 2018; KEDIA *et al.*, 2019; MACDOWELL *et al.*, 2021). No exame físico do abdômen a identificação de massa abdominal palpável foi o achado mais importante segundo os especialistas, seguido de dor a palpação e distensão abdominal. O quadrante inferior direito é o local mais comum de encontrar essa dor (MACDOWELL *et al.*, 2021). Os especialistas consideraram a fístula perianal como a manifestação mais comum dessa região nos pacientes com DC, sendo que esta é considerada na literatura uma manifestação perianal comum e um indicador de pior prognóstico (LICHTENSTEIN *et al.*, 2018).

7.4.3 Manifestações extra-intestinais

Das manifestações extra-intestinais mais observadas na prática clínica, as artrites / artralguas são as mais vistas na opinião de 88,24% dos especialistas consultados, o que está de acordo com a literatura (MARANHÃO; VIEIRA; CAMPOS, 2015; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; SU *et al.*, 2019; MACDOWELL *et al.*, 2021). Essas manifestações são mais vistas nas articulações da coluna

lombar e/ou sacral para 47,06% dos especialistas, mãos e/ou punhos para 35,29% e joelhos e/ou cotovelos para 17,65% dos especialistas. Na literatura essa manifestação articular pode ser em dois padrões principais: a artrite periférica e a sacroileíte, sendo divergente na literatura qual seria a mais comum, porém ambas são mais vistas na RC (MARANHÃO; VIEIRA; CAMPOS, 2015; UNGARO *et al.*, 2017).

7.5 EXAMES LABORATORIAIS E ENDOSCÓPICOS

7.5.1 Exames laboratoriais

Em relação aos exames laboratoriais 100% dos especialistas solicitam hemograma, proteína C reativa (PCR) e velocidade de hemossedimentação (VHS) já na suspeita de DII. Esses dados são compatíveis com a literatura. No hemograma podem estar presentes anemia, leucocitose e trombocitose (MARANHÃO; VIEIRA; CAMPOS, 2015; UNGARO *et al.*, 2016; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER 2018; MACDOWELL *et al.*, 2021). A PCR é considerada o marcador sorológico mais sensível para detectar DII, porém tem baixa especificidade e pode estar alterado em diversas situações como: infecções, artrites, pancreatites, infarto agudo do miocárdio, gravidez e uso de anticoncepcionais orais (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017). Outros dois exames também são muito solicitados por mais de 60% dos especialistas, ficando por ordem de importância, a coprocultura e o parasitológico de fezes. Esses exames são importantes no diagnóstico diferencial com as enterocolites infecciosas e parasitoses intestinais (UNGARO *et al.*, 2016; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; MACDOWELL *et al.*, 2021).

Os marcadores sorológicos anticorpo perinuclear contra estruturas citoplasmáticas do neutrófilo (P-ANCA) e o anticorpo anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) não foram considerados importantes para auxiliar no diagnóstico de DII para 64,71% dos especialistas, estando de acordo com a literatura, que considera que esses exames podem ser utilizados no diagnóstico diferencial entre as DII, prever o prognóstico da doença, avaliar a necessidade de cirurgia. A positividade do P-ANCA é mais sugestiva de RCU e a positividade do ASCA é mais sugestiva de DC (UNGARO *et al.*, 2016; ZHOU *et al.*, 2016; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; CHEN *et al.*, 2020). O P-ANCA positivo

também pode ser relacionado a um maior risco de desenvolver inflamação crônica na bolsa ileal dos pacientes com RCU que foram submetidos a colectomia total com esse tipo de reservatório (AKIYAMA *et al.*, 2021).

A calprotectina fecal e a lactoferrina fecal não entraram nas rodadas de questionários pois não estão disponíveis no SUS local. Vale ressaltar que o seu uso é mais indicado no acompanhamento do tratamento da DII e na diferenciação entre Síndrome do Intestino Irritável e DII. O teste imunológico, fecal (conhecido como sangue oculto nas fezes), pelo método que detecta hemoglobina humana, pode ser usado no acompanhamento do tratamento da DII, sendo muito sensível quando há úlceras em mucosa intestinal (SU *et al.*, 2019).

7.5.2 Exames endoscópicos

A colonoscopia foi considerada por todos os especialistas como o exame endoscópico que mais auxilia no diagnóstico da DC, sendo que a literatura recomenda que o íleo terminal seja avaliado nesse exame (LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER, 2018;). Na RCU, 64,71% dos especialistas consideraram a retossigmoidoscopia flexível como o exame endoscópico que mais auxilia no diagnóstico. Quando a retossigmoidoscopia flexível com biópsia encontra inflamação contínua em todos os segmentos avaliados, 70,59% dos especialistas preferem complementar a investigação com colonoscopia, não necessitando esperar o resultado das biópsias realizadas. Essa conduta também é vista na literatura, onde preferencialmente a colonoscopia deve ser realizada tanto para o diagnóstico, quanto para avaliar a extensão da inflamação. A análise histopatológica isolada tem pouco valor para o diagnóstico (UNGARO *et al.*, 2016; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; DAMIÃO *et al.*, 2019). Quando há a necessidade urgente de descartar DII em um paciente com diarreia sanguinolenta, a retossigmoidoscopia flexível com biópsias é o exame endoscópico mais adequado (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017). Um dado interessante é que todos os especialistas consideraram que a observação do reto distal através da anoscopia é uma forma prática que pode auxiliar no diagnóstico das DII.

7.6 EXAMES DE IMAGEM

Foi questionado aos especialistas em relação a quais exames de imagem poderiam auxiliar no diagnóstico nas DII, segundo a realidade do SUS local. A tomografia de abdômen foi considerada útil para 64,71% dos especialistas no diagnóstico de RCU, sendo que 70,59% de todos os especialistas a solicitariam com pelo menos contraste oral e venoso; 29,41% ainda incluiriam o contraste retal. Esses dados divergem da literatura, que não consideram a tomografia do abdômen importante no diagnóstico, porém é muito útil na avaliação da distribuição e gravidade da colite, assim como na identificação de complicações como obstrução e perfurações (UNGARO *et al.*, 2016; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; MACDOWELL *et al.*, 2021).

Na DC, a enterotomografia foi a escolha de 64,71% dos especialistas no auxílio ao diagnóstico. Na literatura, a preferência é pela realização de enterografia por Ressonância Magnética no auxílio diagnóstico e no monitoramento da progressão da doença, devido a não utilização de radiação ionizante, já que não parece haver diferença na acurácia dos métodos, porém isso vai depender da disponibilidade local (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER 2018; MACDOWELL *et al.*, 2021).

8 CONCLUSÕES

A visão dos especialistas do Estado do Amazonas sobre os achados clínicos, laboratoriais, de imagem e endoscópicos nos pacientes com DII, foi confrontada com a literatura especializada para a confecção de um Manual prático para auxiliar no diagnóstico da DII.

Os achados clínicos, laboratoriais, de imagens e endoscópicos utilizados pelos especialistas no Amazonas são semelhantes aos da literatura pesquisada, com pouca divergência.

Os dados confrontados da literatura com a visão prática dos especialistas consultados, nos assegura que a criação deste manual será de grande utilidade para o diagnóstico DII na rede básica de saúde.

REFERÊNCIAS

ACTIS, G. C.; PELLICANO, R.; FAGOONEE, S.; RIBALDONE, D. G. History of Inflammatory Bowel Diseases. **J of Clinical Med.**, v. 8, n. 11, p. 1-14, 2019.

Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6912289/pdf/jcm-08-01970.pdf>> Acesso em 21 novembro 2019.

AKIYAMA, Shintaro; RAI, Victoria; RUBIN, David T. Pouchitis in inflammatory bowel disease: a review of diagnosis, prognosis, and treatment. **Intestinal Research**, v. 19, n. 1, p. 1–11, 2021. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7873408/>>. Acesso em 14 novembro 2021.

ANTUNES, Marcelo Moreira. Técnica *Delphi*: metodologia para pesquisas em educação no Brasil. **Rev. Educ. PUC- Campinas**, v. 19, n. 1, p. 63-71, 2014.

Disponível em: <[http://periodicos.puc-](http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/reeducacao/article/view/2616/1894)

[campinas.edu.br/seer/index.php/reeducacao/article/view/2616/1894](http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/reeducacao/article/view/2616/1894)>. Acesso em 12 junho 2020.

BACKES, Dirce Stein; KOERICH, Magda Santos; RODRIGUES, Anna Carolina Ribeiro Lopes; DRAGO, Livia Crespo; KLOCK, Patrícia; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 903-910, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 novembro 2019.

BARGEN, Jacob A.; LOGAN, Arch H. The etiology of chronic ulcerative colitis: experimental studies with suggestions for a more rational form of treatment.

Arch Intern Med (Chic), n. 36, v. 6, p. 818-829, 1925. Disponível em:

<<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/534982>>. Acesso em 14 fevereiro 2020.

BROBREGER, Ove; PERLMANN, Peter. Autoantibodies in human ulcerative colitis. **J Exp Med.**, v. 110, n. 5, p. 657–674, 1959. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2137024/>>. Acesso em 03 março 2020.

BURISCH, J. & MUNKHOLM, P. The epidemiology of inflammatory bowel disease. **Scandinavian J of Gastroenterol.**, v. 50, n. 8, p.942–951, 2015.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25687629>>. Acesso em: 14 abril 2019.

CABRAL, M. G.; ABBY, F. Diagnóstico das Doenças Inflamatórias Intestinais. **Rev Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, n. 4, p. 17-21, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[https://www.e-](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9001/6886)

[publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9001/6886](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9001/6886)>. Acesso em 14 abril 2019.

CANESSA, Cesar E. Examen proctológico y tacto rectal en el diagnóstico clínico de síntomas anorrectales. *Rev. Méd. Urug.*, v. 27, n. 2, p. 65-72, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902011000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 de abril 2021.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. *Rev. Min.Enferm.*, v. 13, n. 3, p. 429-434, 2009. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/209>>. Acesso em 12 junho 2020.

CHEN, Peng; ZHOU, Gaoshi; LIN, Jingxia; LI, Li; ZENG, Zhirong; CHEN, Minhu; ZHANG, Shenghong. Serum Biomarkers for Inflammatory Bowel Disease. *Frontiers in Medicine*, v. 7, n. 123, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7188783/>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2021.

CROHN, Burril B.; GINZBURG, Leon; OPPENHEIMER, Gordon, D. Regional ileitis: a pathologic and clinical entity. *Am Jour Med.*, v. 13, n. 5, p. 1583-590, 1952. Disponível em: <[https://www.amjmed.com/article/0002-9343\(52\)90025-9/pdf](https://www.amjmed.com/article/0002-9343(52)90025-9/pdf)>. Acesso em 26 março 2020.

CONRAD, K.; ROGGENBUCK, D.; LAASS, M. W. Diagnosis and classification of ulcerative colitis. *Autoimmunity. Reviews*, v. 13, n. 4-5, p.463–466, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24424198/>>. Acesso em 14 abril 2019.

DAMIÃO, Adérson Omar Mourão Cintra; VIEIRA, Andrea; VILELA, Eduardo Garcia; TEIXEIRA, Fábio Vieira; ALBUQUERQUE, Idblan Carvalho de; PARENTE, José Miguel Luz; CHEBLI, Júlio Maria Fonseca; JÚNIOR, Orlando Ambrogini; HOSSNE-SAAD, Rogerio; MISZPUTEN, Sender Jankiel. Guideline on Ulcerative Colitis. *International Journal of Inflammatory Bowel Disease*, v. 5, n. 1, p. 12-20, 2019. Disponível em: <https://gediib.org.br/wp-content/uploads/2019/10/REVISTA-INTERNATIONAL-JOURNAL_VOL5-N1-2.pdf>. Acesso em 16 novembro 2019.

FAKHOURY M.; NEGRULJ, R.; MOORANIAN A.; AL-SALAMI H. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and treatments. *J. Inflamm. Res.*, v. 7, p.113–120, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4106026/>>. Acesso em 14 abril 2019.

FERRÉ, María Pilar Ballester; BOSCA-WATTS, Marta Maia; PÉREZ, Mínguez MÍNGUEZ. Crohn's disease. *Med Clin (Barc)*, v. 151, n. 1, p. 26-33, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29246562/>>. Acesso em 18 março 2021.

FEUERSTEIN, Joseph D.; MOSS, Alan C.; FARRAYE, Francis A. Ulcerative Colitis. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 94, n. 7, p. 1357–1373, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31272578/>>. Acesso em: 14 de fevereiro 2021.

FLYNN, Sean; EISENSTEIN Samuel. Inflammatory Bowel Disease Presentation and Diagnosis. **Surg Clin North Am.**, v. 99, n. 6, p.1051-1062, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31676047/>>. Acesso em 20 de fevereiro 2021.

GAJENDRAN, Mahesh; LOGANATHAN, Priyadarshini Loganathan; JIMENEZ, Guillermo; CATINELLA, Anthony P.; NG, Nathaniel; UMAPATHY, Chandraprakash; ZIADE, Nathalie; HASHASH, Jana G. A comprehensive review and update on ulcerative colitis. **Disease-a-Month**, v. 65, n. 12, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0011502919300318>>. Acesso em 20 agosto 2020.

GASPARINI, Rodrigo Galhardi. Incidência e P de Doenças Inflamatórias Intestinais no Estado de São Paulo - Brasil. 2018. Tese (Doutorado) – Bases Gerais da Cirurgia, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2018. <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/152905/gasparini_rg_dr_bot.pdf?sequence=3>. Acesso em 05 de fevereiro de 2021.

HAWKINS, Herbert P. An address on the natural history of ulcerative colitis and its bearing on treatment. **The Br Med J**, v. 1, n. 2517, p. 765–770, 1909. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2318558/pdf/brmedj07902-0001.pdf>>. Acesso em 11 fevereiro 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Assistência Médica Sanitária 2009. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/manaus.html>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010, Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010, Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/manaus.html>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/manaus.html>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2021.

KAPLAN, Gilaad G.; NG, S. C. Understanding and Preventing the Global Increase of Inflammatory Bowel Disease. **Gastroenterology**, v. 152, n. 2, p. 313–321, ed.2, janeiro, 2017. Disponível em:<[doi:10.1053/j.gastro.2016.10.020](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.10.020)>. Acesso em: 14 abril 2019.

KEDIA, Saurabh; DAS, Prasenjit; MADHUSUDHAN, Kumble Seetharama; DATTAGUPTA, Siddhartha; SHARMA, Raju; SAHNI, Peush; MAKHARIA, Govind; AHUJA, Vineet. “Differentiating Crohn's disease from intestinal tuberculosis.” **World J. of Gastroenterol.**, v. 25, n. 4, p. 418-432, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6350172/>>. Acesso em 14 de janeiro 2022.

KEYAL, Uma; LIU, Ye qiang; BHATTA, Anil Kumar. Dermatologic Manifestations of Inflammatory Bowel Disease: A Review. **Discov Med.**, v. 25, n. 139, p. 225-233, 2018. Disponível em: <<https://www.discoverymedicine.com/Uma-Keyal/2018/05/dermatologic-manifestations-of-inflammatory-bowel-disease-a-review/>>. Acesso em 14 novembro 2021.

KHOR, Bernard; GARDET, Agnès; XAVIER, Ramnik J. Genetics and pathogenesis of inflammatory bowel disease. **Nature**, v. 474, n. 7351, p. 307-17. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21677747/>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2020.

KIRSNER, Joseph B. Historical origins of current IBD concepts. **World J. Gastroenterol.**, v. 7, n. 2, p. 175-184, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4723519/>>. Acesso em 09 fevereiro 2020.

KUCHARZIK, Torsten; KOLETZKO, Sibylle; KANNENGIESSER, Klaus; DIGNASS, Axel. Colite Ulcerativa-Diagnóstico e Algoritmos Terapêuticos. **Dtsch Arztebl Int.**, v. 117, n. 33-34, p. 564-574, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8171548/>>. Acesso em 14 janeiro 2022.

LAMB, Christopher Andrew; KENNEDY Nicholas A.; RAINE, Tim; HENDY, Philip Anthony; SMITH, Philip J.; LIMDI, Jimmy K.; HAYEE, Bu'Hussain; LOMER, Miranda C. E.; PARKES, Gareth C.; SELINGER, Christian; BARRET, Kevin J.; DAVIES, R. Justin; BENNETT, Cathy; GITTENS, Stuart; DUNLOP, Malcolm G.; FAIZ, Omar; FRASER, Aileen; GARRICK, Vikki; JOHNSTON, Paul D.; PARKES, Miles; SANDERSON, Jeremy; TERRY, Helen; GAYA, Daniel R.; IQBAL, Tariq H.; TAYLOR, Stuart A.; Smith, Melissa; BROOKES, Metthew; HANSEN, Richard; HAWTHORNE, A. Barney. Consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults, **Gut**. v. 68, suppl. 3, p. s1–s106, 2019. Disponível em: <https://gut.bmj.com/content/68/Suppl_3/s1>. Acesso em 20 abril 2020.

LICHTENSTEIN, Gary R.; LOFTUS, Edward V.; ISAACS, Kim I.; REGUEIRO, Miguel D.; GERSON, Lauren B.; SANDS, Bruce E. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults, **Americ J Gastroenterol**, v. 113, n. 4, p. 481-517, 2018. Disponível em: <https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2018/04000/ACG_Clinical_Guideline__Management_of_Crohn_s.10.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=2>. Acesso em 20 agosto 2020.

LIM, Matthew L.; WALLACE, Mark R. Infectious diarrhea in history. **Infectious Dis. Clinics of North America**, v. 18, n. 2, p. 261–274, 2004. Disponível em: <[https://www.id.theclinics.com/article/S0891-5520\(04\)00021-2/pdf](https://www.id.theclinics.com/article/S0891-5520(04)00021-2/pdf)>. Acesso em 09 fevereiro 2020.

LIU, Ta-Chiang; STAPPENBECK, Thaddeus S. Genetics and Pathogenesis of Inflammatory Bowel Disease. **Ann Rev Pathol.**, v. 11, p. 127-148, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4961083/>>. Acesso em 04 de agosto 2020.

LODDO, I.; ROMANO, C. Inflammatory Bowel Disease: Genetics, Epigenetics, and Pathogenesis. **Frontiers in Immunology**, v. 6, p. 551, 2015. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2015.00551/full>>. Acesso em 14 abril 2019.

LOPES, Juliana de Lima; MARTINS, Luiz Antonio Nogueira; BARBOSA, Dulce Aparecida; BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. Construção e validação de um manual informativo sobre o banho no leito. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 554-560, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/8061/S0103-21002013000600008-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 12 abril 2020.

MAGRO, Fernando; GIONCHETTI, Paolo; ELIAKIM, Rami; ARDIZZONE, Sandro; ARMUZZI, Alessandro; ACOSTA, Manuel Marreiro-de; BURISCH, Johan; GECSE, Krisztina B.; HART, Ailsa L.; HINDRYCKX, Pieter; LANGNER, Cord; LIMDI, Jimmy K.; PELLINO, Gianluca; ZAGÓROWICZ, Edyta; RAINE, Tim; HARBORD, Marcus; RIEDER, Florian. Organização Europeia de Crohn e Colite [ECCO], Terceiro Consenso Europeu Baseado em Evidências sobre Diagnóstico e Tratamento da Colite Ulcerativa. Parte 1: Definições, Diagnóstico, Manifestações Extraintestinais, Gravidez, Vigilância do Câncer, Cirurgia e Distúrbios da Bolsa Íleo-anal, **J. of Crohn's and Colitis**, v. 11, n. 6, p. 649-670, 2017. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/11/6/649/2966917>>. Acesso em 14 de novembro 2019.

MARANHÃO, Débora Davalos Albuquerque.; VIEIRA, Andrea; CAMPOS, Tércio de. Características e diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais. **J. Bras. Med.**, v. 103, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2015/v103n1/a4920.pdf>>. Acesso em 14 maio 2019.

MARQUES, J. B. V.; FREITAS, D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições, Campinas**, v. 29, n. 2, p. 389-415, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072018000200389&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 maio 2019.

MCDOWELL, Christopher; FAROOQ, Umer; HASEEB, Muhammad. Inflammatory Bowel Disease. [Atualizado em 28 de junho de 2020]. In: StatPearls [Internet]. **Treasure Island (FL): StatPearls Publishing**, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470312/>>. Acesso em 21 de maio 2021.

MEALIE, Carl A., ALI, Rimsha; MANTHEY, David E. Abdominal Exam. [Updated 2021 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. **Treasure Island (FL): StatPearls Publishing**; 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459220/>>. Acesso em 09 de dezembro 2021.

MERCEDES R. A.; MERCEDES, T. F. El método Delphi. **REIRE Rev. d'Inov. i Recerca em educació, Universitat de Barcelona, Institut de Ciències de l'Educacion**, v. 9, n. 1, p. 88-102, 2016. Disponível em: <<http://www.ub.edu/ice/reire.htm>>. Acesso em 12 junho 2020.

MIYOSHI, Jun; CHANG, Eugene B. The gut microbiota and inflammatory bowel diseases. **Transl Res.**, v.179, p.38-48, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5156589/>>. Acessado em 04 de agosto 2020.

MOREIRA, André da Luz; LOBATO, Luiz. Felipe de Campos.; SOUZA, Heitor S. de. IBD Epidemiology: What is Going on in the Developing World? Results from 163,000 Patients. **Gastroenterology**, V. 156, ed. 6, suplemento 1, S-73, 2019. Disponível em: <[https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(19\)36968-9/pdf](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(19)36968-9/pdf)>. Acesso em 29 out 2019.

MULDER, Daniel J. Mulder; NOBLE, Angela J.; JUSTINICH, Christopher J.; DUFFIN, Jacalyn M. A tale of two diseases: The history of inflammatory bowel disease. **J. of Crohn's and colitis**, v. 8, n. 5, p. 341-348, 2014. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/8/5/341/616781>>. Acesso em 09 fevereiro 2020

MUMMERY, Percy Lockhart. Causes of colitis, with a special reference to its surgical treatment with an account of 36 cases. **Med Chir Trans**, v. 90, p. 589–618, 1907. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2038524/pdf/medcht00001-0755.pdf>>. Acesso em 09 fevereiro 2020.

NG, S. C. *et al.* Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. **The Lancet**, v. 390(1.114), p. 2769–2778, 2017. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32448-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32448-0)>. Acesso em 14 abril 2019.

NG, W. K.; WONG, S. H.; NG, S. C. Changing epidemiological trends of inflammatory bowel disease in Asia. **Intest Res.** v. 14 (2), p.111–119, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4863044/>>. Acesso em 14 abril 2019.

NÓBREGA, Viviane Gomes; SILVA, Isaac Neri de Novaes; BRITO, Beatriz Silva; SILVA, Juliana; SILVA, Maria Carolina Martins da; SANTANA, Genoile Oliveira. O INÍCIO DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA. **Arq de Gastroenterol [online]**, v. 55, n. 03, p. 290-295, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ag/a/GJPykqyP38drZjHTrVjSbwL/?lang=en#ModalArticles>>. Acesso em 25 de maio de 2021.

O'BRIEN, Bridget C.; HARRIS, Ilene B.; BECKMAN, Thomas J.; REED, Darcy A.; COOK, David A. Standards for Reporting Qualitative Research A Synthesis of Recommendations. **Academic Medicine**, v. 89. n. 9, p. 1245-1251, 2014. Disponível em: <https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2014/09000/Standards_for_Reporting_Qualitative_Research__A.21.aspx>. Acesso em 25 setembro 2019.

PEARCE, J. M. S.; Sir Samuel Wilks (1824–1911): 'The Most Philosophical of English Physicians'. **Eur Neurol**, v. 61, p. 119–123. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/Pdf/180315>>. Acesso em 09 fevereiro 2020.

PORTER, Ross J.; KALLA, Rahul; HO, Gwo-Tzer. Ulcerative colitis: Recent advances in the understanding of disease pathogenesis. **F1000Res**, v. 9, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7194476/>>. Acesso em 18 fevereiro 2021.

RANASINGHE, I.R., HSU, R. Crohn Disease. 2020 Jun 9. In: StatPearls [Internet]. **Treasure Island (FL)**: StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 28613792. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436021/#article-20133.s2>>. Acesso em 18 abril 2021.

RODA, Giulia; CHIEN, Siew Ng; KOTZE, Paulo Gustavo; ARGOLLO, Marjorie; PANACCIONE, Remo; SPINELLI, Antonio; KASER, Arthur; PEYRIN-BIROULET, Laurente; DANESE, Silvio. Crohn's disease. **Nat Rev Dis Primers**, v. 6, n. 1, 2020. *Erratum in*: Nat Rev Dis Primers. 2020 Apr 6;6(1):26. *Erratum in*: Nat Rev Dis Primers. 2020 May 20;6(1):42. *Erratum in*: Nat Rev Dis Primers. 2020 Jun 19;6(1):51. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32242028/>>. Acesso em 18 abril 2021.

RODRÍGUEZ-LAGO, Iago; ZABANA, Yamile; BARREIRO-DE, Manuel Acosta. Diagnosis and natural history of preclinical and early inflammatory bowel disease. **Ann Gastroenterol.**, v. 3, n. 5, p. 443-452, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7406806/>>. Acesso em 14 de janeiro 2022.

SADEGHI, Amir; RAJABNIA, Mohsen; BAGHERI, Mohammad; JAMSHIDIZADEH, Shaghayegh; SABERI, Samane; SHAHNAZI, Paria; PASHARAVESH, Leila; POURHOSEINGHOLI, Mohamad Amin; MIRZAEI, Mona; ASADZADEH AGHDAEI, Hamid; ZALI, Mohammad Reza. Predictive factors of inadequate bowel preparation for elective colonoscopy. **Gastroenterol and hepatol bed to bench**, v. 15, n. 1, p. 66–78, 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9123630/>>. Acesso em 15 maio 2022.

SAIRENJI, Tomoko; COLLINS, Kimberly L.; EVANS, David V. An Update on Inflammatory Bowel Disease. Primary Care: **Clinics in Office Practice**, v. 44, n. 4, p. 673–692, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0095454317301045?via%3Dihub>>. Acesso em 18 fevereiro 2021.

SANTOS, Monique Costa de Assunção; OLIVEIRA, Fernanda de Araújo; ANDRADE, Laíla Damasceno; MARIANO, Victor Dias; PIMENTEL, Andrea Maia; SURLO, Valdiana Cristina; MOTA, Jaciane Araújo; SANTANA, Genoile Oliveira. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Doença de Crohn em uso de terapia biológica de um centro de referência em Salvador, Bahia. **Brazilian J of Development**, v.7, n.3, p. 32489-32502, 2021. Disponível em: <<https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/27334>>. Acesso em 12 de novembro 2021.

SELVA-RUIZ, D.; DOMÍNGUEZ-LIÑÁN, R.; RUIZ-PÉREZ, I. Las técnicas de generación de ideas: aplicándolas a la mejora en salud y gestión de cuidados. **Index de Enfermería**, v. 26, n. 4, p. 285-287, 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s11321296201700030011>. Acesso em 12 junho 2020.

SELVARATNAM, SRIHARAN; GULLINO, SANTIAGO; SHIM, LISA; LEE, Eric; LEE, Alice; PARAMSOTHY, Sudarshan; & LEONG, Rupert W. Epidemiology of inflammatory bowel disease in south america: a systematic review. **World j gastroenterol**, v. 25, n. 47, p. 6866-6875, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc6931006/#b13>>. Acesso em 02 de fevereiro 2021.

SEYEDIAN, Seyed Saeid; NOKHOSTIN, Forogh; MALAMIR, Mehrdad Dargahi. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. **J Med Life**, v. 12, n. 2, p. 113-122, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6685307/>>. Acesso em 14 de fevereiro 2021.

SPICELAND, Clayton M.; NILESH Lodhia. Endoscopy in inflammatory bowel disease: Role in diagnosis, management, and treatment. **World journal of gastroenterology**, v. 24, n. 35, p. 4014-4020, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6148432/>>. Acesso em 20 janeiro 2022.

SU, Hau-Jyun; CHIU, Yu-Tse; CHIU, Chuan-Tai; LIN, Yen-Chun; WANG, Chen-Yu; HSIEH, Jui-Ying; WEI, Shu-Chen. Inflammatory bowel disease and its treatment in 2018: Global and Taiwanese status updates. **J Formos Med Assoc.**, v. 118, n. 7, p. 1083-1092, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092966461830202X?via%3Dihub>>. Acesso em 14 janeiro 2022.

SVARTZ, M. The treatment of 124 cases of ulcerative colitis with salazopyrine and attempts of desensibilization in cases of hypersensitiveness to sulfa. **Acta Medica Scandinavica**, v. 131, suppl 206, p. 465-472, 1947. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.0954-6820.1948.tb12083.x>>. Acesso em 29 fevereiro 2020.

TARRIS, Georges; DE ROUGEMONT, Alexis; CHARKAOUI, Maëva; MICHIELS, Christophe; MARTIN, Laurent; BELLLOT, Gaël. Enteric Viruses and Inflammatory Bowel Disease. **Vírus**, v. 13, n. 1, p. 104, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7828589/>>. Acesso em 28 de maio de 2021.

TORRES, Joana; COLOMBEL, Jean-Frédéric. Genetics and phenotypes in inflammatory bowel disease. **The Lancet**, v. 387, n. 10014, p. 98-100, 2016. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00464-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00464-X/fulltext)>. Acesso em 15 de fevereiro de 2020.

TORRES, Joana; MEHANDRU, Saurabh; COLOMBEL, Jean-Frédéric; PEYRIN-BIROULET, Laurent. Crohn's disease. **Lancet**, v. 389, n. 10080, p. 1741-1755, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27914655/>>. Acesso em 17 abril 2021.

TRUELOVE, S. C.; WITTS, L. J. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. **Br Med J.**, v. 2, n. 4947, p. 1041-1048, 1955. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1981500/pdf/brmedj03231-0011.pdf>>. Acesso em 09 fevereiro 2020.

UNGARO, Ryan; MEHANDRU, Saurabh; ALLEN, Patrick B.; PEYRIN-BIROULET, Laurent; COLOMBEL, Jean-Frédéric. Ulcerative colitis. **Lancet**, v. 389, n. 10080, p.1756-1770, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6487890/>>. Acesso em 10 de fevereiro 2021.

VEAUTHIER, Brian; HORNECKER, Jaime R. Crohn's Disease: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*, v. 98, n. 11, p. 661-669, 2018. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2018/1201/p661.html>>. Acesso em 9 de dezembro 2021.

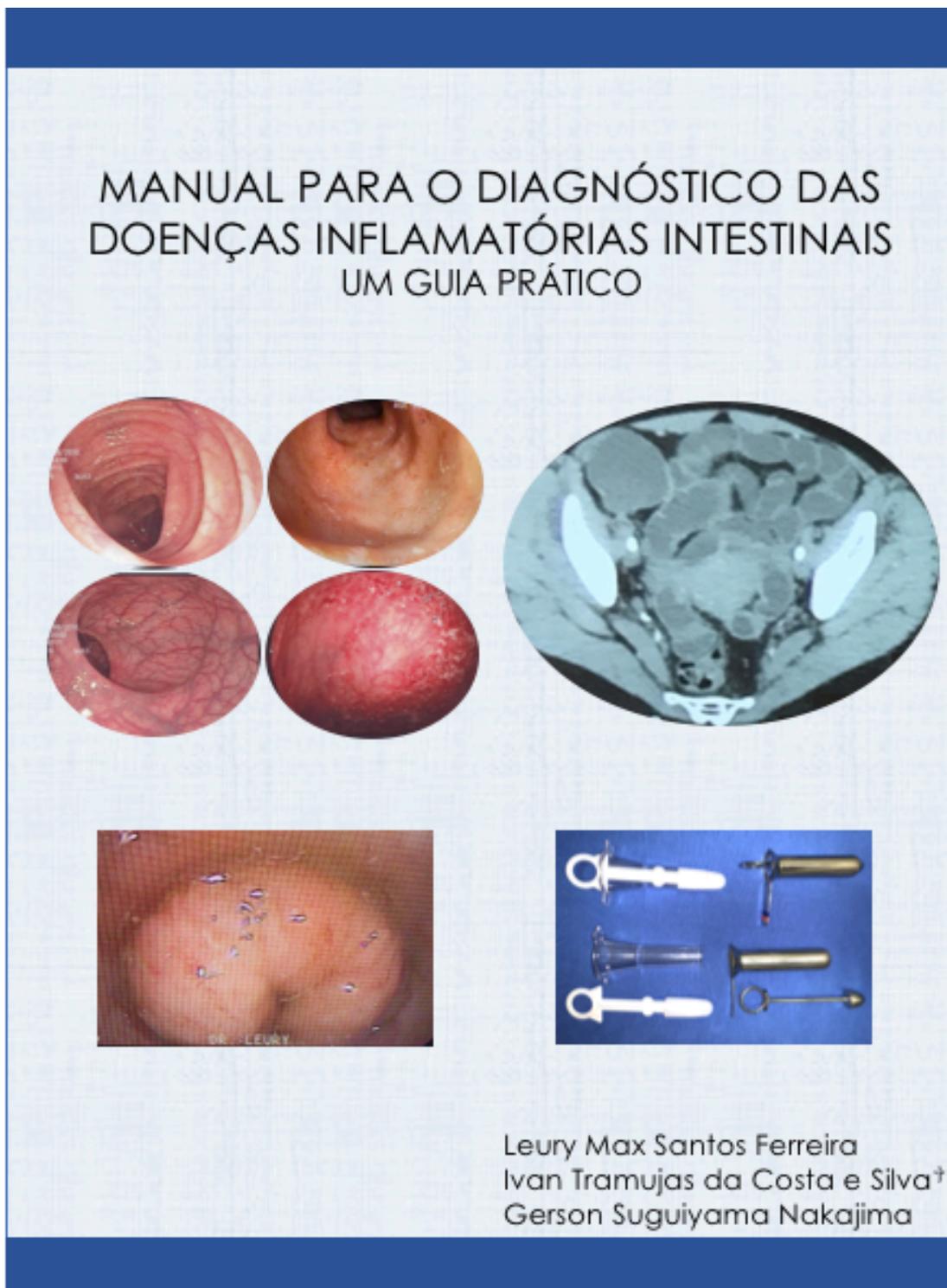
VIDE, Julia *et al.* Cutaneous Morbidity Among Inflammatory Bowel Disease Patients: A Cohort Study. **J Crohn's Colitis**, v. 12, n. 4, p. 442-45, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29300856/>>. Acesso em 12 de nov de 2019.

YAMAMOTO-FURUSHO, J.K.; BOSQUES-PADILLA, F.; DE-PAULA, J.; GALIANO, M.T.; IBÁÑEZ, P.; JULIAO, F.; KOTZE, P.G.; ROCHA, J.L.; STEINWURZ, F.; VEITIA, G.; ZALTMAN, C. Diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease: First Latin American Consensus of the Pan American Crohn's and Colitis Organisation. **Rev Gastroenterol Mex**, v. 82, n. 1, p. 46-84, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090616300829?via%3Dihub>>. Acesso em 14 de fevereiro 2021.

ZALTMAN, Cyrla *et al.* Crohn's Disease Guidelines. **International Journal of Inflammatory Bowel Disease**, v. 4, n. 1, p. 10-18, 2018. Disponível em: <https://gediib.org.br/wp-content/uploads/2019/10/REVISTA-INTERNATIONAL-JOURNAL_VOL4-N1_31-10-2018-1.pdf>. Acesso em 16 novembro 2019.

ZHANG, Y.; LI, Y. Inflammatory bowel disease: pathogenesis. **World J. Gastroenterol.**, v. 20(1), p. 91–99, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3886036/>>. Acesso em 14 abril 2019.

**APÊNDICE A – PRODUTO DO MESTRADO PROFISSIONAL EM CIRURGIA:
MANUAL PARA O DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS
INTESTINAIS**



Fonte: Produzido pelos autores

PREFÁCIO

Leury Max Santos Ferreira

Esse manual é fruto de uma idéia que surgiu em conversa com o amigo e colega Msc Julio Francisco Arce Flores e que foi amadurecida e lapidada pelo saudoso Prof. Dr. Ivan Tramujas da Costa e Silva, que faleceu em 2020. Por atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) do Amazonas como coloproctologista e acompanhar diversos pacientes com Doença Inflamatória Intestinal, pude perceber que existe uma dificuldade entre o início dos sintomas e o diagnóstico desses pacientes. Essa dificuldade pode ser resultado da falta de suspeição para essa doença pelos médicos que atendem esses pacientes na porta de entrada do Serviço de Saúde. Para embasar nosso manual, utilizamos dados de um trabalho de pesquisa de Mestrado Profissional em Cirurgia da Universidade Federal do Amazonas, realizado por meio de questionários eletrônicos, com especialistas em coloproctologia, gastroenterologia e cirurgia do aparelho digestivo, que atendem pacientes com Doença Inflamatória Intestinal (DII) no Sistema Único de Saúde (SUS) de Manaus / Amazonas. Os capítulos foram escritos levando em consideração a realidade local do nosso SUS Amazonas e a experiência dos especialistas que nele atuam. Acreditamos que, se as informações contidas nesse manual puderem chegar aos profissionais que atuam na atenção primária, conseguiremos reduzir o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, o que pode significar menos complicações e melhora na qualidade de vida para nossos pacientes. Boa leitura.

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	2
1 INTRODUÇÃO ÀS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.....	5
1.1 Conceitos.....	5
1.2 Doença de Crohn	5
1.3 Retocolite Ulcerativa	6
1.4 Breve Histórico	7
2 EPIDEMIOLOGIA	12
2.1 Situação Mundial	12
2.1.2 Idade	12
2.1.3 Sexo e localização.....	13
2.1.4 Complicações	13
2.2 Situação no Brasil e no Amazonas	13
2.2.1 Cronologia da doença no Brasil.....	14
3 ANAMNESE.....	20
3.1 Na Retocolite Ulcerativa.....	20
3.1.1 Sintomatologia	20
3.1.2 Comprometimento estrutural	20
3.1.4 Gravidade dos sintomas	22
3.1.5 Comprometimento extra-intestinal	22
3.1.6 Outros dados envolvidos com os sintomas	23
3.1.7 Diagnóstico diferencial.....	23
3.2 Na Doença de Crohn	23
3.2.1 Sintomatologia	23
3.2.2 Acometimento estrutural dos intestinos	24
3.2.3 Manifestação extra-intestinal	25
4 EXAME FÍSICO	30
4.1 Inspeção	30
4.2 Avaliação do Abdômen	30
4.3 Avaliação Perianal	32
5 EXAMES LABORATORIAIS	37
5.1 Exames laboratoriais gerais	37
5.1.1 Alterações no hemograma.....	37
5.1.2 Proteína C reativa	37
5.1.3 Coprocultura e parasitológico de fezes.....	38
5.2 Marcadores fecais	38
5.3 Marcadores sorológicos	39
6 EXAMES DE IMAGEM	42
6.1 Radiografia de abdomen.....	42

6.2 Tomografia de abdômen.....	43
6.2.1 Tomografia convencional	43
6.2.1 Enterografia por tomografia.....	44
6.3 Ressonância de abdômen	45
6.3.1 Enterografia por ressonância de abdômen	46
7 EXAMES ENDOSCÓPICOS	49
7.1 Endoscopia digestiva baixa	49
7.1.1 Colonoscopia.....	49
7.1.2 Retossigmoidoscopia flexível	52
7.2 Endoscopia digestiva alta	53
8 SUGESTÕES DE CONDUTA.....	57
8.1 Sinais e sintomas	57
8.2 Informações úteis na anamnese.....	57
8.3 Achados no Exame Físico.....	55
8.4 Resultados dos exames laboratoriais.....	58
8.5 Exames de imagem e endoscópicos.....	58
8.6 Algoritmo de atendimento dos pacientes com suspeita de DII.....	59
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
10 ÍNDICE REMISSIVO	65

1 INTRODUÇÃO ÀS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

Leury Max Santos Ferreira
Ivan Tramujas da Costa e Silva

Gerson Suguiyama Nakajima

1.1 CONCEITOS

A doença inflamatória intestinal (DII) pode ser definida como uma inflamação intestinal crônica que tem duas principais formas, a Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (DC) (ZHANG & LI, 2014). Alguns ainda consideram uma terceira forma de apresentação, conhecida como Colite Indeterminada (CI), ou seja, quando os dados da investigação não são característicos nem de RCU, nem de DC (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017). Os estudos sugerem que essa doença pode ser o resultado da interação de fatores como a desregulação imunológica, aliada a fatores ambientais e alterações em redes complexas da genética dos indivíduos (LIU & STAPPENBECK, 2016).

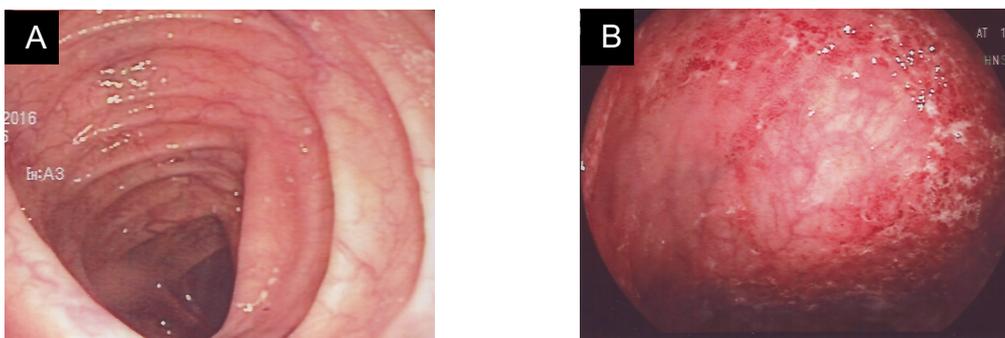
1.2 DOENÇA DE CROHN

Os especialistas consideram que a DC pode ser melhor definida como uma inflamação crônica de etiopatogenia multifatorial, podendo afetar qualquer parte do trato gastrointestinal de forma segmentar, assimétrica e transmural com intensidade variável (ZALTMAN *et al.*, 2018). Essa forma de acometimento pode ser entendida como “em saltos” ou “não contínuo”, podendo haver áreas de mucosa normal entre as áreas inflamadas (Figura 1); com o tempo, a mucosa pode apresentar o aspecto de “paralelepípedo” (RANASINGHE & HSU, 2020). Por ser uma inflamação transmural, ou seja, que pode comprometer todas as camadas do trato gastrointestinal, podem ocorrer estenoses, perfurações e / ou formações de fístulas intestinais (LICHTENSTEIN *et al.*, 2018). Existem mais de 100 genes relacionados à DII, porém na DC mutações em 2 genes conhecidos como NOD2 e CARD15, foram associados a desenvolvimento da inflamação em idade mais precoce, com predominância em íleo e rápida evolução com necessidade de cirurgia (RANASINGHE & HSU, 2020). Na avaliação

histopatológica, há agregados de células linfoplasmáticas, granulomas não caseosos, edema mucoso, fibrose e espessamento neural (TARRIS *et al.*, 2021).

O tabagismo é o fator de risco mais estudado e está relacionado a um risco duas vezes maior de desenvolver DC. Apesar disso, na Ásia e na África, que têm taxas de tabagismo elevadas, a incidência de DC é baixa, o que contrasta com alguns países do norte da Europa, que possuem baixas taxas de tabagismo, com elevada incidência de DC. Outros fatores de risco relacionados são: uso de antibióticos na infância; uso de anticoncepcionais orais (ACO), anti-inflamatórios não esteroides (AINES), ácido acetil salicílico (AAS), redução da ingestão de fibras e aumento da ingestão de gorduras saturadas (FEUERSTEIN *et al.*, 2017; TORRES *et al.*, 2017).

Figura 1. Imagens por colonoscopia.

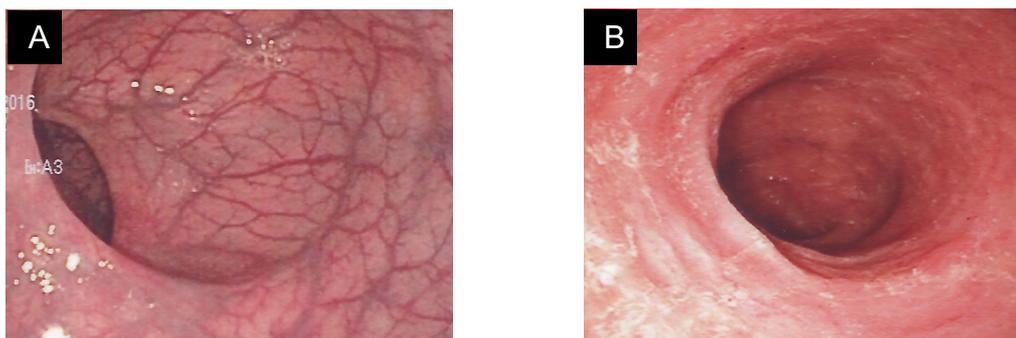


Fonte: Arquivo dos autores. A – aspecto endoscópico normal da mucosa do cólon; B – extensa área com processo inflamatório não contínuo em segmento cólico em meio a área de aspecto normal (canto lateral esquerdo da imagem).

1.3 RETOCOLITE ULCERATIVA

A RCU pode ser melhor definida como uma inflamação da mucosa, iniciada distalmente no reto, podendo se estender de maneira contínua pelo cólon, a uma distância variável (LAMB *et al.*, 2019). Diferentemente da DC, a inflamação na RCU é contínua (Figura 2) e seu curso é caracterizado por momentos de remissão e recorrência (GAJENDRAN *et al.*, 2019). No exame histopatológico podem ser observados focos hemorrágicos na lâmina própria, edema mucoso e danos as criptas (TARRIS *et al.*, 2021).

Figura 2. Imagens por colonoscopia.



Fonte: Arquivo dos autores. A – aspecto endoscópico normal da mucosa do cólon; B – extensa área com processo inflamatório contínuo no reto, com úlceras e fibrina.

Alguns fatores que podem estar envolvidos no desenvolvimento da RCU são: exposição a poluição, hipersensibilidade ao leite de vaca na infância, dieta rica em carne vermelha, elevado consumo de gordura total (gordura animal e ácidos graxos poli-insaturados) e uso de antibióticos. Alguns fatores são considerados de proteção para o não desenvolvimento de RCU, como: consumo de óleo de peixe, apendicite antes dos 20 anos de idade e tabagismo (GAJENDRAN *et al.*, 2019; PORTER *et al.*, 2020). Apesar de existirem dados na literatura sugerindo que o tabagismo atue como fator de proteção contra o desenvolvimento ou agravamento da RCU, não devemos estimular essa prática por motivos já bem conhecidos de todos. A herança genética ainda não está bem esclarecida, entretanto sabe-se que 8% a 14% dos pacientes com RCU têm histórico familiar de DII, sendo que o risco de desenvolver a doença aumenta ainda mais se o parente for de primeiro grau (UNGARO *et al.*, 2017; FEUERSTEIN; MOSS; FARRAYE, 2019).

Para a realização do diagnóstico da DII é necessária a união de: anamnese detalhada, exame físico e exames complementares: laboratoriais, endoscópicos e de imagem (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; VIEIRA, *et al.*, 2018).

1.4 BREVE HISTÓRICO

Os relatos de Hipócrates sobre diarreias com muco e sangue foram os primeiros a sugerir que uma doença podia causar inflamação no trato gastrointestinal. Ele acreditava que esse quadro poderia ser causado pelo consumo de água que ficava empoçada durante o verão, quando apareciam

mais casos de diarreia (LIM & WALLACE, 2004). Giovanni Battista Morgagni (1796) relatou durante a necropsia de um jovem de 20 anos, o achado de ulceração e perfuração de íleo distal, com linfonodomegalia mesentérica (KIRSNER, 2001). Sir Samuel Wilks em (1859) utilizou o termo colite para classificar uma patologia diferente das disenterias epidêmicas da época, onde um processo inflamatório podia ser visto no íleo, com úlceras, que se estendiam e terminavam no ceco, local em que se mostravam mais intensos. Apesar de se referir à colite, hoje poderíamos classificar essas alterações como DC (PEARCE, 2009). As descrições de alterações inflamatórias intestinais só podiam ser feitas por necropsia até o início do século 20, quando John Percy Lockhart-Mummery (1907) utilizou um aparelho com fonte de luz, que intitulou de retossigmoidoscópio elétrico para avaliar a mucosa do reto e do sigmoide distal em 36 pacientes (MUMMERY, 1907). No início da década de 1930, três jovens médicos: Burril Crohn, Leon Ginzburg e Gordon Oppenheimer divulgaram seu estudo, com 14 pacientes, onde descreveram com detalhes o que eles chamaram de Ileíte terminal, tendo como principal diagnóstico diferencial a tuberculose intestinal (CROHN; GINZBURG; OPPENHEIMER, 1952). Truelove & Witts (1955) publicaram os resultados finais de seu ensaio clínico, em que utilizaram corticoides em pacientes com colite ulcerativa. Os resultados foram animadores, porém eles mesmos reconheceram que a longo prazo esse tratamento não poderia ser mantido (TRUELOVE & WITTS, 1955). O reconhecimento da Doença de Crohn como entidade distinta da Retocolite Ulcerativa foi lento, porém em 1960, esse cenário começou a mudar após a publicação de uma pesquisa, que fazia a diferenciação detalhada entre essas duas doenças, Hugh Evelyn Lockhart-Mummery, filho de John Percy Lockhart-Mummery, o mesmo que utilizou o retossigmoidoscópio elétrico para estudar as alterações inflamatórias no sigmóide e reto no início do século XX. A chegada dos estudos em genética e biologia molecular possibilitou um melhor entendimento dessas doenças e melhores formas de tratamento (MULDER *et al.*, 2014).

REFERÊNCIAS

CROHN, Burril B.; GINZBURG, Leon; OPPENHEIMER, Gordon, D. Regional ileitis: a pathologic and clinical entity. *Am J Med*; v. 13, n. 5, p. 1583-590, 1952. Disponível em: <[https://www.amjmed.com/article/0002-9343\(52\)90025-9/pdf](https://www.amjmed.com/article/0002-9343(52)90025-9/pdf)>. Acesso em 26 março 2020.

FEUERSTEIN, Joseph D.; MOSS, Alan C.; FARRAYE, Francis A. Ulcerative Colitis. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 94, n. 7, p. 1357–1373, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31272578/>>. Acesso em 14 de fevereiro 2021.

GAJENDRAN, Mahesh; LOGANATHAN, Priyadarshini Loganathan; JIMENEZ, Guillermo; CATINELLA, Anthony P.; NG, Nathaniel; UMAPATHY, Chandraprakash; ZIADE, Nathalie; HASHASH, Jana G. A comprehensive review and update on ulcerative colitis. *Disease-a-Month*, v. 65, n. 12, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0011502919300318>>. Acesso em 20 agosto 2020.

KIRSNER, Joseph B. Historical origins of current IBD concepts. *World J. Gastroenterol.*, v. 7, n. 2, p. 175-184, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4723519/>>. Acesso em 09 fevereiro 2020.

LAMB, Christopher Andrew; KENNEDY Nicholas A.; RAINE, Tim; HENDY, Philip Anthony; SMITH, Philip J.; LIMDI, Jimmy K.; HAYEE, Bu'Hussain; LOMER, Miranda C. E.; PARKES, Gareth C.; SELINGER, Christian; BARRET, Kevin J.; DAVIES, R. Justin; BENNETT, Cathy; GITTENS, Stuart; DUNLOP, Malcolm G.; FAIZ, Omar; FRASER, Aileen; GARRICK, Vikki; JOHNSTON, Paul D.; PARKES, Miles; SANDERSON, Jeremy; TERRY, Helen; GAYA, Daniel R.; IQBAL, Tariq H.; TAYLOR, Stuart A.; Smith, Melissa; BROOKES, Metthew; HANSEN, Richard; HAWTHORNE, A. Barney. Consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults, *Gut*. v. 68, suppl. 3, p. s1–s106, 2019. Disponível em: <https://gut.bmj.com/content/68/Suppl_3/s1>. Acesso em 20 abril 2020.

LICHTENSTEIN, Gary R.; LOFTUS, Edward V.; ISAACS, Kim I.; REGUEIRO, Miguel D.; GERSON, Lauren B.; SANDS, Bruce E. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults, *Americ J Gastroenterol*, v. 113, n. 4, p. 481-517, 2018. Disponível em: <https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2018/04000/ACG_Clinical_Guideline__Management_of_Crohn_s.10.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=2>. Acesso em 20 agosto 2020.

LIM, Matthew L.; WALLACE, Mark R. Infectious diarrhea in history. *Infectious Dis. Clinics*, v. 18, n. 2, p. 261–274, 2004. Disponível em: <[https://www.id.theclinics.com/article/S0891-5520\(04\)00021-2/pdf](https://www.id.theclinics.com/article/S0891-5520(04)00021-2/pdf)>. Acesso em 09 fevereiro 2020.

LIU, T.C.; STAPPENBECK, T.S. Genetics and Pathogenesis of Inflammatory Bowel Disease. *Ann Rev Pathol.*, v. 11, p. 127-148, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4961083/>>. Acesso em 04 de agosto 2020

MULDER, Daniel J. Mulder; NOBLE, Angela J.; JUSTINICH, Christopher J.; DUFFIN, Jacalyn M. A tale of two diseases: The history of inflammatory bowel disease. *J Crohn's Colitis*, v. 8, n. 5, p. 341-348, 2014. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/8/5/341/616781>>. Acesso em 09 fevereiro 2020.

MUMMERY, Percy Lockhart. Causes of colitis, with a special reference to its surgical treatment with an account of 36 cases. *Med Chir Trans*, v. 90, p. 589–618, 1907. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2038524/pdf/medcht00001-0755.pdf>>. Acesso em 09 fevereiro 2020.

PEARCE, J. M. S.. Sir Samuel Wilks (1824–1911): 'The Most Philosophical of English Physicians'. *Eur Neurol.*, v. 61, p. 119–123, 2009. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/Pdf/180315>>. Acesso em 09 fevereiro 2020.

PORTER, Ross J.; KALLA, Rahul; HO, Gwo-Tzer. Ulcerative colitis: Recent advances in the understanding of disease pathogenesis. *F1000Res*, v. 9, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7194476/>>. Acesso em 18 fevereiro 2021.

RANASINGHE, I.R., HSU, R. Crohn Disease. [Updated 2021 Jun 8]. In: StatPearls [Internet]. *Treasure Island (FL)*: StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 28613792. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436021/#article-20133.s2>>. Acesso em 19 abril 2022.

TARRIS, Georges; DE ROUGEMONT, Alexis; CHARKAOUI, Maëva; MICHIELS, Christophe; MARTIN, Laurent; BELLINOT, Gaël. Enteric Viruses and Inflammatory Bowel Disease. *Virus*, v. 13, n. 1, p. 104, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7828589/>>. Acesso em 28 de maio de 2021.

TRUELOVE, S. C.; WITTS, L. J. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. *Br Med J.*, v. 2, n. 4947, p. 1041-1048, 1955. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1981500/pdf/brmedj03231-0011.pdf>>. Acesso em 09 fevereiro 2020.

TORRES, Joana; MEHANDRU, Saurabh; COLOMBEL, Jean-Frédéric; PEYRIN-BIROULET, Laurent. Crohn's disease. *Lancet*, v. 389, n. 10080, p. 1741-1755, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27914655/>>. Acesso em 17 abril 2021.

UNGARO, Ryan; MEHANDRU, Saurabh; ALLEN, Patrick B.; PEYRIN-BIROULET, Laurent; COLOMBEL, Jean-Frédéric. Ulcerative colitis. *Lancet*, v. 389, n. 10080, p.1756-1770, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6487890/>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2021.

VIEIRA, Andrea *et al.* Discutindo o diagnóstico da doença inflamatória intestinal. *In*: ZALTMAN Cyrla; CHEBLI, Julio Maria Fonseca; TEIXEIRA, Magaly Gêmio; DE ALBUQUERQUE, Idblan Carvalho; DE SOUZA, Heitor Siffert Pereira. As Doenças Inflamatórias Intestinais na Atualidade Brasileira. São Paulo: Office Publicações, 2018, p. 17-27. Disponível em: <https://gediib.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Livro_As-Doencas-Inflamatorias-Intestinais-na-Atualidade-Brasileria-GEDIIB-2018.pdf>. Acesso em 14 de fevereiro 2021.

YAMAMOTO-FURUSHO, J.K.; BOSQUES-PADILLA, F.; DE-PAULA, J.; GALIANO, M.T.; IBAÑEZ, P.; JULIAO, F.; KOTZE, P.G.; ROCHA, J.L.; STEINWURZ, F.; VEITIA, G.; ZALTMAN, C. Diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease: First Latin American Consensus of the Pan American Crohn's and Colitis Organization. *Rev Gastroenterol Mex*, v. 82, n. 1, p. 46-84, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090616300829?via%3Dihub>>. Acesso em 14 de fevereiro 2021.

ZALTMAN, Cyrla; AMARANTE, Heda Maria B. Santos; BRENNER, Maria Machado; COSTA, árcia Henriques Magellan Costa; FLORES, Cristina; LEAL, Raquel Franco; SANTANA, Genoile; ZERONCIO, Marco Antonio. Crohn's Disease Guidelines. *Int J Inflamm Bowel Dis*, v. 4, n. 1, p. 10-18, 2018. Disponível em: <https://gediib.org.br/wp-content/uploads/2019/10/REVISTA-INTERNATIONAL-JOURNAL_VOL4-N1_31-10-2018-1.pdf>. Acesso em 16 novembro 2019.

ZHANG, Y.; LI, Y. Inflammatory bowel disease: pathogenesis. *World J. Gastroenterol.*, v. 20(1), p. 91–99, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3886036/>>. Acesso em 14 abril 2019.

2 EPIDEMIOLOGIA

Leury Max Santos Ferreira

Ivan Tramuja da Costa e Silva

Júlio Francisco Arce Flôres

Gerson Suguiyama Nakajima

2.1 SITUAÇÃO MUNDIAL

Nos Estados Unidos um milhão e meio de pessoas têm DII, na Europa esse número chega a dois milhões (NG; SHI; HAMIDI, 2017). Na Noruega a prevalência da RCU é de 505 por 100.000 habitantes e na Alemanha a prevalência da DC é de 322 por 100.000 habitantes. Nos Estados Unidos a prevalência da RCU é de 286 por 100.000 habitantes e no Canadá a prevalência pela DC é de 319 por 100.00 habitantes (UNGARO *et al.*, 2017; FEUERSTEIN; MOSS; FARRAYE, 2019). Apesar da elevada prevalência, a incidência tem se mostrado estável ou decrescente no leste da Europa e América do Norte nos últimos anos, o que contrasta com o aumento na incidência e prevalência observados em alguns países com industrialização recente na Ásia, África, América do Sul e Oriente Médio (NG *et al.*, 2017; UNGARO *et al.*, 2017; RODRÍGUEZ-LAGO; ZABANA; BARREIRO-DE, 2020). Os fatores que podem ter contribuído para o aumento dessa incidência podem ser: maior conscientização da população, melhor acesso à tecnologia médica e a serviços de saúde, desenvolvimento de sistemas sofisticados de vigilância de doenças e exposições ambientais associadas à ocidentalização da sociedade (KAPLAN & NG, 2017).

A previsão para o ano de 2025 é que a prevalência global da DII seja de até 30 milhões de pessoas (PORTER; KALLA; HO, 2020).

2.1.2 Idade

A média de idade de incidência da DII é entre a segunda e quarta décadas de vida, embora a DC possa acometer em idade mais precoce (entre 15 e 25 anos) e na RCU a quem considere um segundo pico entre 50 e 80 anos. No

mundo, a RCU é mais comum que a DC (SAIRENJI; COLLINS; EVANS, 2017; FEUERSTEIN; MOSS; FARRAYE, 2019; GAJENDRAN *et al.*, 2019).

2.1.3 Sexo e localização

Não parece haver uma predominância por sexo na RCU; entretanto, alguns estudos sugerem uma predominância nos homens, com o reto como o local mais comum de inflamação, seguido pelo segmento que vai do reto ao cólon esquerdo (UNGARO *et al.*, 2017; GAJENDRAN *et al.*, 2019; SEYEDIAN; NOKHOSTIN; MALAMIR, 2019). Na DC há uma maior incidência nas mulheres, entretanto também existem estudos falando que não há predominância, ou seja, não parece haver consenso (TORRES *et al.*, 2017; UNGARO *et al.*, 2017; GAJENDRAN *et al.*, 2019; SEYEDIAN *et al.*, 2019; RANASINGHE & HSU, 2020; RODA *et al.*, 2020). O intestino delgado é acometido em cerca de 33% dos pacientes, com predominância no íleo terminal; 20% têm comprometimento do cólon e a maioria apresentam comprometimento nos intestinos delgado e grosso (TORRES *et al.*, 2017; RANASINGHE & HSU 2020; RODA *et al.*, 2020).

2.1.4 Complicações

Cerca de 25% dos pacientes com DC podem necessitar de intervenção cirúrgica por complicações da doença em até cinco anos do diagnóstico, podendo essa taxa dobrar em 10 anos. A necessidade de cirurgia nos pacientes com RCU é menos comum (SAIRENJI; COLLINS; EVANS, 2017; PORTER; KALLA; HO, 2020).

2.2 SITUAÇÃO NO BRASIL E NO AMAZONAS

Os dados sobre a DII no Brasil são escassos e variam conforme a região; porém é possível observar o aumento na incidência e prevalência ao longo do tempo. Na região sudeste onde se concentram as maiores taxas de incidência e prevalência, o estado de São Paulo vem apresentando maior incidência e prevalência de RCU frente à DC; ao contrário do que acontece no estado do Espírito Santo, onde as taxas de DC são mais elevadas que as de RCU. Isso a

princípio, pode ser atribuído ao maior número de imigrantes europeus naquela população (SELVARATNAM *et al.*, 2019).

2.2.1 Cronologia da doença no Brasil

Para Nóbrega *et al.* (2018), o tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico é muito importante para prevenir as complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. No Brasil, o tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico é de 23 meses para a RC e de 28 meses para a DC, o que nos deixa atrás de nosso vizinho de continente, o Peru com média de tempo de diagnóstico para DII de 14,6 meses.

Em um levantamento por meio do DATASUS no período de 2008 a 2017, foram identificados 162.894 pacientes com DII; dos quais 59% com RCU e 41% com DC; com uma idade média de 42 anos e predomínio de 59% em mulheres. O estado do Amazonas é o terceiro com a menor prevalência (15 por 100.000 habitantes), atrás apenas do Amapá e do Pará, que possuem as menores taxas de prevalência da DII respectivamente no Brasil (MOREIRA; LOBATO; SOUZA, 2019).

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Amazonas é um estado com aproximadamente 1,6 milhão de quilômetros quadrados, com uma população estimada em 2020 de aproximadamente 4,2 milhões de habitantes e densidade demográfica de 2,23 habitantes por quilômetro quadrado no ano de 2010. Mais da metade da população do estado (2,2 milhões de habitantes) reside em Manaus, fazendo com que a cidade tivesse em 2010 uma densidade demográfica de 158,06 habitantes por quilômetro quadrado, concentrando na capital, a maior parte dos atendimentos de alta complexidade (Ilustração 1).

Ilustração 1. Amazonas e sua capital Manaus



Fonte: Arquivo dos autores. Ilustração do maior estado da Federação, indicando a localização da capital, a qual concentra mais da metade da população do estado e por consequência, a maior parte do atendimento de alta complexidade em saúde.

Devido à escassez de dados sobre DII no Amazonas, nos baseamos na visão dos especialistas do Estado do Amazonas, que participaram do estudo de Dissertação de Mestrado Profissional em Cirurgia da Universidade Federal do Amazonas, para estimar esses números. A maior parte dos pacientes atendidos no SUS são adultos jovens (entre 18 – 40 anos), que já chegam ao especialista com alguma suspeita de DII, sendo que até 25% desses já haviam sido submetidos a procedimentos cirúrgicos decorrentes de complicações da DII, sendo esses números compatíveis com a literatura pesquisada. No Amazonas, as mulheres parecem ser mais acometidas que os homens na RCU e o segmento que vai do reto ao sigmoide é o mais acometido pela inflamação. Na DC apesar de não haver consenso entre os especialistas que participaram do estudo, a maioria considera que as mulheres são mais acometidas, tendo o intestino delgado como o segmento mais frequentemente inflamado (Tabela 1).

Tabela 1. Estimativas dos especialistas do Amazonas sobre DII no estado

	RCU	DC
Faixa Etária	18 – 40 anos	18 – 40 anos
Sexo	Feminino	Sem consenso
Segmentos acometidos	Reto ao sigmoide	Intestino delgado
Submetidos a cirurgia	Até 25%	Até 25%

Fonte: Arquivo dos autores

Podemos inferir com esses dados, que o perfil dos acometidos pela DII no Estado do Amazonas é em sua maioria de adultos jovens, do sexo feminino, sendo que até 25% destes já foram submetidos a cirurgias devido a complicações da DII. O fluxo de atendimento desses pacientes no SUS deve iniciar pela consulta com o médico da atenção primária, que então suspeita do diagnóstico e os encaminha para consulta especializada com o médico gastroenterologista, coloproctologista ou cirurgião do aparelho digestivo.

REFERÊNCIAS

FEUERSTEIN, Joseph D.; MOSS, Alan C.; FARRAYE, Francis A. Ulcerative Colitis. **Mayo Clin Proc**, v. 94, n. 7, p. 1357–1373, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31272578/>>. Acesso em 14 de fevereiro 2021.

GAJENDRAN, Mahesh; LOGANATHAN, Priyadarshini Loganathan; JIMENEZ, Guillermo; CATINELLA, Anthony P.; NG, Nathaniel; UMAPATHY, Chandraprakash; ZIADE, Nathalie; HASHASH, Jana G. A comprehensive review and update on ulcerative colitis. **Disease-a-Month**, v. 65, n. 12, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0011502919300318>>. Acesso em 20 agosto 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Assistência Médica Sanitária 2009. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/manaus.html>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010, Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010, Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/manaus.html>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/manaus.html>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2021.

KAPLAN, Gilaad G. & NG, Siew C. Understanding and Preventing the Global Increase of Inflammatory Bowel Disease. **Gastroenterology**, v. 152, n. 2, p. 313–321, ed. 2, 2017. Disponível em: <[doi:10.1053/j.gastro.2016.10.020](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.10.020)>. Acesso em 14 abril 2019.

MOREIRA, A.L.; LOBATO, L. F. de C.; SOUZA, H. S. de. IBD Epidemiology: What is Going on in the Developing World? Results from 163,000 Patients. **Gastroenterology**, V. 156, ed. 6, suplemento 1, S-73, 2019. Disponível em: <[https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(19\)36968-9/pdf](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(19)36968-9/pdf)>. Acesso em 29 outubro 2019.

NG, Siew. C; SHI, Hai Yun; HAMIDI, Nima; UNDERWOOD, Fox E.; TANG, Whitney; BENCHIMOL, Eric I.; PANACCIONE, Remo; GHOSH, Subrata; WU, Justin C. Y.; CHAN, Francis K. L.; SUNG, Joseph J. Y.; KAPLAN, Gilaad G. Bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. **The Lancet**, v. 390(1.114), p. 2769–2778, 2017. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32448-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32448-0)>. Acesso em 14 abril 2019.

NÓBREGA, Viviane Gomes; SILVA, Isaac Neri de Novaes; BRITO, Beatriz Silva; SILVA, Juliana; SILVA, Maria Carolina Martins da; SANTANA, Genoile Oliveira.. O INÍCIO DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA. **Arq. Gastroenterol. [online]**, v. 55, n. 03, p. 290-295, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ag/a/GJPykqyP38drZjHTrVjSbwL/?lang=en#ModalArticles>>. Acesso em 25 de maio de 2021.

PORTER, Ross J.; KALLA, Rahul; HO, Gwo-Tzer. Ulcerative colitis: Recent advances in the understanding of disease pathogenesis. **F1000Res**, v. 9, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7194476/>>. Acesso em 18 fevereiro 2021.

RANASINGHE, Indika R.; HSU, Ronald. Crohn Disease. 2020 Jun 9. In: StatPearls [Internet]. **Treasure Island (FL)**: StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 28613792. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436021/#article-20133.s2>>. Acesso em 18 abril 2021.

RODA, Giulia; CHIEN, Siew Ng; KOTZE, Paulo Gustavo; ARGOLLO, Marjorie; PANACCIONE, Remo; SPINELLI, Antonio; KASER, Arthur; PEYRIN-BIROULET, Laurente; DANESE, Silvio. Crohn's disease. *Nat Rev Dis Primers*, v. 6, n. 1, 2020. *Erratum in: Nat Rev Dis Primers*. 2020 Apr 6;6(1):26. *Erratum in: Nat Rev Dis Primers*. 2020 May 20;6(1):42. *Erratum in: Nat Rev Dis Primers*. 2020 Jun 19;6(1):51. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32242028/>>. Acesso em 18 abril 2021.

RODRÍGUEZ-LAGO, Iago; ZABANA, Yamile; BARREIRO-DE ACOSTA, Manuel. Diagnosis and natural history of preclinical and early inflammatory bowel disease. **Ann Gastroenterol.**, v. 33, n. 5, p. 443-452, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7406806/>>. Acesso em 18 abril 2021.

SAIRENJI, Tomoko; COLLINS, Kimberly L.; EVANS, David V. An Update on Inflammatory Bowel Disease. Primary Care: **Clinics in Office Practice**, v. 44, n. 4, p. 673–692, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0095454317301045?via%3Dihub>>. Acesso em 18 fevereiro 2021.

SELVARATNAM, Sriharan; GULLINO, Santiago; SHIM, Lisa; LEE, Alice; PARAMSOTHY, Sudarshan; LEONG, Rupert W. Epidemiology of inflammatory bowel disease in South America: A systematic review. *World J Gastroenterol*, v. 25, n. 47, p. 6866-6875, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6931006/#B13>>. Acesso em 02 de fevereiro 2021.

SEYEDIAN, Seyed Saeid; NOKHOSTIN, Forogh; MALAMIR, Mehrdad Dargahi. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. **J Med Life**, v. 12, n. 2, p. 113-122, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6685307/>>. Acesso em 14 de fevereiro 2021.

TORRES, Joana; MEHANDRU, Saurabh; COLOMBEL, Jean-Frédéric; PEYRIN-BIROULET, Laurent. Crohn's disease. *Lancet*, v. 389, n. 10080, p. 1741-1755, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27914655/>>. Acesso em 17 abril 2021.

UNGARO, Ryan; MEHANDRU, Saurabh; ALLEN, Patrick B.; PEYRIN-BIROULET, Laurent; COLOMBEL, Jean-Frédéric. Ulcerative colitis. **Lancet**, v. 389, n. 10080, p.1756-1770, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6487890/>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2021.

3 ANAMNESE

Leury Max Santos Ferreira

Ivan Tramujas da Costa e Silva

Gerson Suguiyama Nakajima

3.1 NA RETOCOLITE ULCERATIVA

A anamnese detalhada é o ponto de partida para o início da investigação. Além da caracterização detalhada dos sintomas, dados na história familiar, epidemiológica e hábitos de vida são fundamentais no direcionamento para as etapas seguintes (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; VIEIRA *et al.*, 2018).

3.1.1 Sintomatologia

O sintoma mais comum da RCU é a diarreia persistente, tanto na visão dos especialistas que participaram do estudo de Dissertação de Mestrado Profissional em Cirurgia da Universidade Federal do Amazonas, quanto na literatura consultada. Esse é um sintoma muito visto na prática clínica de uma maneira geral, por isso ele precisa ser bem caracterizado durante a anamnese a fim de se excluir outras causas. A diarreia costuma ser persistente, com duração de semanas há meses, geralmente pós-prandial; também pode ser noturna, acompanhada de sangue e muco. (SAIRENJI; COLLINS; EVANS, 2017; FLYNN & EISENSTEIN, 2019). Outros sintomas que podem ser encontrados são: urgência evacuatória, tenesmo retal, dor abdominal do tipo cólica, que costuma regredir com a defecação, perda de peso, fadiga e febre. Constipação também pode ser referida, porém é menos comum (FLYNN & EISENSTEIN, 2019; GAJENDRAN *et al.*, 2019).

3.1.2 Comprometimento estrutural

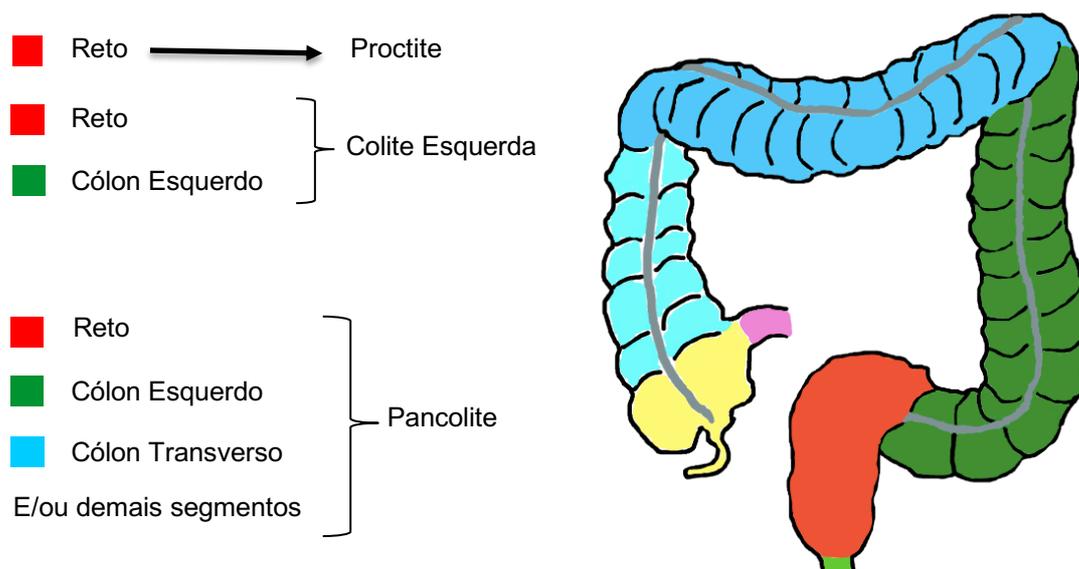
Como a RCU é uma doença inflamatória crônica que afeta a mucosa do reto e pode se estender ao longo do intestino grosso, sua sintomatologia está

diretamente relacionada ao local e extensão da inflamação (SAIRENJI; COLLINS; EVANS, 2017; GAJENDRAN *et al.*, 2019).

3.1.3 Extensão da doença

Para entendermos como isso funciona, vamos observar a Classificação de Montreal (Figura 1), que leva em consideração a inflamação e sua extensão ao longo do reto e cólon (DAMIÃO *et al.*, 2019; FEUERSTEIN; MOSS; FARRAYE, 2019; GAJENDRAN *et al.*, 2019). Quando a inflamação está restrita ao reto, chamamos de proctite e seus principais sintomas: sangramento anal, tenesmo e urgência evacuatória. Quando a inflamação compromete o reto e o cólon esquerdo (sigmoide e descendente), porém não ultrapassa o ângulo esplênico do cólon, chamamos de colite esquerda e seus principais sintomas são os mesmos da proctite, se associando a diarreia e à cólica abdominal. Quando a inflamação vai além do ângulo esplênico do cólon, chamamos de colite extensa, ou pancolite e os sintomas mais comuns são os mesmos da colite esquerda, acrescidos de fadiga e febre (UNGARO *et al.*, 2017; DAMIÃO *et al.*, 2019; GAJENDRAN *et al.*, 2019).

Figura 1: Classificação de Montreal por segmentos inflamados na RCU



Fonte: Arquivo dos autores, adaptado de FEUERSTEIN; MOSS; FARRAYE, 2019

Os especialistas consideram que o segmento intestinal que vai do reto ao sigmoide é o mais acometido pela inflamação na prática clínica; sendo assim, a diarreia persistente, sangue e muco nas fezes são os sintomas mais comuns nessa ordem de importância.

3.1.4 Gravidade dos sintomas

Os sintomas geralmente evoluem de maneira gradual ao longo de dias a semanas, levando a um quadro leve, moderado ou grave. Essa evolução pode ser melhor entendida observando a Tabela 1, que considera o número de evacuações diárias com sangue, elevação na frequência do pulso, febre e exames laboratoriais (UNGARO *et al.*, 2017; DAMIÃO *et al.*, 2019; FEUERSTEIN; MOSS; FARRAYE, 2019;). Lembrando que essa classificação é utilizada para orientar o tratamento quando já existe o diagnóstico de RCU.

Tabela 1: Classificação de Truelove and Witts para o quadro clínico da RCU

Quadro Clínico	LEVE	MODERADO	GRAVE
Evacuações com sangue por dia	< 4	≥ 4	≥ 6
Pulso	< 90 bpm	≤ 90 bpm	> 90 bpm
Temperatura	< 37,5 ^o C	entre 37,5 – 37, 8 ^o C	> 37,8 ^o C
Hemoglobina	> 11,5 g/dl	entre 11,5 – 10,5 g/dl	< 10,5 g/dl
VHS* na primeira hora	< 20mm	entre 20 – 30 mm	> 30 mm
PCR**	Normal	≤ 30 mg/L	> 30 mg/L

Fonte: Arquivo dos autores, adaptado de MAGRO *et al.*, 2017.
VHS*, velocidade de hemossedimentação; PCR**, proteína C reativa.

3.1.5 Comprometimento extra-intestinal

Além do comprometimento intestinal, a RCU pode se manifestar fora do intestino numa proporção de 20% a 40% dos pacientes com DII, levando a sintomas no sistema musculoesquelético, pele, ocular, hepatobiliar e endócrino. (VIDE *et al.*, 2018; VIEIRA *et al.*, 2018; DAMIÃO *et al.*, 2019). A artrite periférica é a manifestação extra-intestinal mais comum do sistema músculo esquelético, podendo acometer pequenas ou grandes articulações, ser limitada ou

persistente (MAGRO *et al.*, 2017; UNGARO *et al.*, 2017). Para os especialistas, as manifestações extra-intestinais mais vistas na prática clínica nos pacientes com DII são as artrites / artralguas na coluna lombar, coluna sacral, articulações dos punhos e articulações das mãos.

3.1.6 Outros dados envolvidos com os sintomas

Além de caracterizar bem os sintomas, outros dados na anamnese precisam ser explorados: história de viagem recente pode indicar infecção parasitária; histórico familiar de DII; o uso de antibióticos pode induzir uma colite infecciosa por *Clostridium difficile*; intercurso sexual anal sem preservativo pode levar a infecções por patógenos transmitidos sexualmente, assim como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV); a radioterapia pélvica pode levar à proctite com diarreia, tenesmo e evacuação com sangue (SAIRENJI; COLLINS; EVANS, 2017; VIEIRA *et al.*, 2018; FLYNN & EISENSTEIN, 2019; PORTER *et al.*, 2020).

3.1.7 Diagnóstico diferencial

É importante lembrar que o câncer colorretal, a doença diverticular, a colite isquêmica, síndrome do intestino irritável e a doença celíaca são diagnósticos diferenciais importantes, entretanto, difíceis de se concluir apenas com a história clínica (SAIRENJI; COLLINS; EVANS, 2017).

3.2 NA DOENÇA DE CROHN

Iniciar a investigação da mesma maneira que vimos anteriormente com a RCU, aferindo uma anamnese detalhada, caracterizando bem os sintomas, a história familiar, epidemiológica e hábitos de vida.

3.2.1 Sintomatologia

Os especialistas consideram que os sintomas mais vistos na prática clínica são a dor abdominal, diarreia e perda de peso nessa ordem de

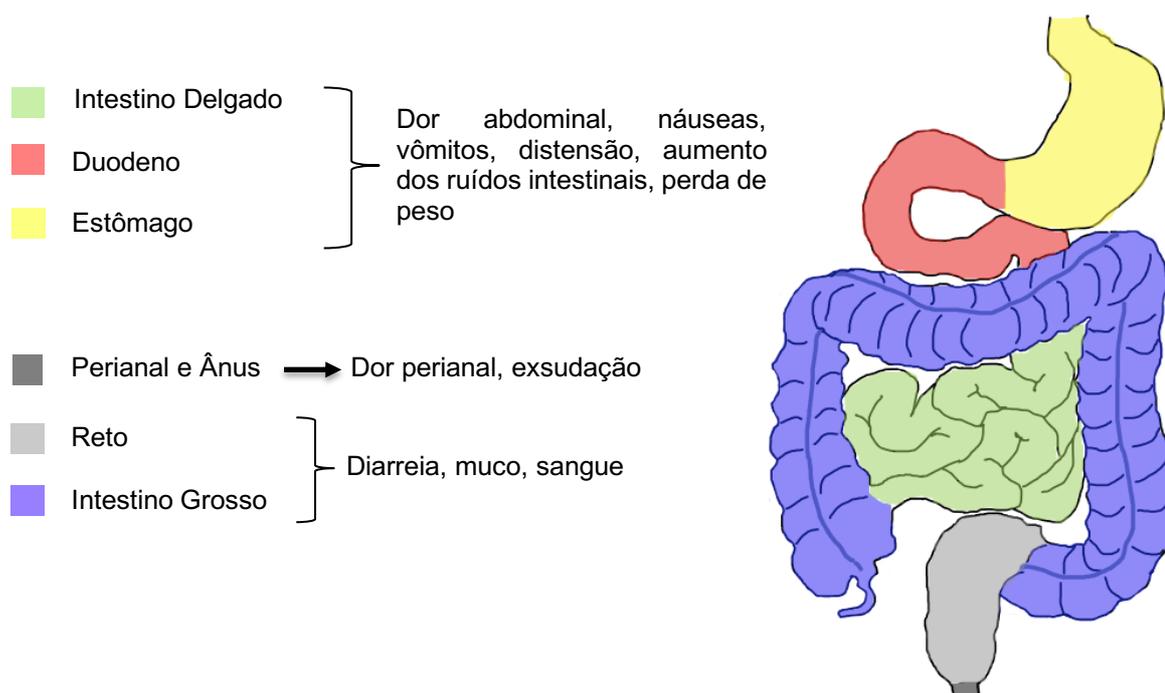
importância. Esses também são os sintomas mais citados na literatura pesquisada (MARANHÃO *et al.*, 2015; TORRES *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER, 2018; VIEIRA *et al.*, 2018; ZALTMAN *et al.*, 2018; KEDIA *et al.*, 2020; MACDOWELL *et al.*, 2021).

A dor abdominal geralmente é no quadrante inferior direito, tipo cólica, algumas vezes intensa, constante ou intermitente e que pode melhorar com a evacuação (FLYN & EISENSTEIN, 2019). A diarreia é crônica, podendo ser em grande quantidade quando a inflamação envolve o íleo, e em menor quantidade, porém com muco e sangue, quando a inflamação envolve o cólon (FERRÉ; BOSCA-WATTS; PÉREZ, 2018). Com o aparecimento de áreas de estenose no intestino delgado, surgem náuseas, vômitos e aumento dos ruídos intestinais (FEUERSTEIN; MOSS; FARRAYE, 2019; RODA *et al.*, 2020). O relato de febre pode estar relacionado a complicações graves como a sepse, por exemplo. Outros sintomas que devem ser pesquisados: perda de peso, fadiga, anorexia e queixa perianal (MACDOWELL *et al.*, 2021).

3.2.2 Acometimento estrutural dos intestinos

Assim como na RCU, a apresentação dos sintomas na DC vai depender do segmento do trato digestivo acometido pela doença e pelo tipo de acometimento. A classificação de Montreal também pode ser utilizada para indicar a localização da inflamação e o comportamento da doença. Quanto a localização pode ser: íleo, cólon, ilecolólico e trato gastrointestinal superior. Quanto ao comportamento, a doença pode ser: não estenosante, não penetrante, estenosante, penetrante e doença perianal (TORRES *et al.*, 2017; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; FERRÉ; BOSCA-WATTS; PÉREZ, 2018; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; ZALTMAN *et al.*, 2018). Na Figura 2 podemos ver os possíveis sintomas de acordo com a localização da inflamação.

Figura 2: Sintomas da Doença de Crohn conforme local de acometimento



Fonte: Arquivo dos autores, adaptado de FLYNN & EISENSTEIN, 2019

A atividade da doença pode ser classificada em remissão, atividade leve, moderada e grave, de acordo com alguns índices, sendo os mais utilizados o CDAI (Crohn's Disease Activity Index) e o índice de Harvey-Bradshaw (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; ZALTMAN *et al.*, 2018). Com a evolução da doença, podem aparecer fístulas do intestino com estruturas próximas como o próprio intestino, bexiga, vagina e até mesmo com a pele. As fístulas entre intestinos podem ser assintomáticas ou ter a diarreia como queixa. Fístulas do intestino com a bexiga, vagina ou pele terão a saída de fezes ou gás por esses órgãos como sinais e sintomas (FLYNN & EISENSTEIN, 2019).

3.2.3 Manifestação extra-intestinal

Assim como a RCU, a DC também pode se manifestar fora do trato intestinal. Entre 40 a 50% dos pacientes podem apresentar sintomas articulares, oculares, cutâneos, orais e hepatobiliares. Esses sintomas podem preceder os sintomas gastrointestinais e / ou estarem relacionados à atividade da doença. A lombalgia (artrite axial) e manchas dolorosas na pele (eritema nodoso) geralmente estão presentes quando existe atividade inflamatória no trato gastrointestinal. As dores em articulações periféricas podem persistir mesmo

com a doença gastrointestinal sob controle. O risco para o desenvolvimento de câncer colorretal e câncer do intestino delgado nos pacientes com DC é maior do que na população geral (TORRES *et al.*, 2017; RODA *et al.*, 2020).

3.2.4 Outros dados envolvidos com os sintomas

Após caracterizar bem os sintomas, outros dados na anamnese precisam ser explorados afim de corroborar com o diagnóstico de DC ou de afastar essa suspeita: história de DII na família e tabagismo falam mais a favor do diagnóstico de DC; já o uso de medicações (AINES, ACO, AAS, antibióticos) e viagens recentes, falam mais contra esse diagnóstico (TORRES *et al.*, 2017; VIEIRA *et al.*, 2018).

REFERÊNCIAS

DAMIÃO, Adérson Omar Mourão Cintra; VIEIRA, Andrea; VILELA, Eduardo Garcia; TEIXEIRA, Fábio Vieira; ALBUQUERQUE, Idblan Carvalho de; PARENTE, José Miguel Luz; CHEBLI, Júlio Maria Fonseca; JÚNIOR, Orlando Ambrogini; HOSSNE-SAAD, Rogerio; MISZPUTEN, Sender Jankiel. Guideline on Ulcerative Colitis. **International J. of Inflammatory Bowel Dis.**, v. 5, n. 1, p. 12-20, 2019. Disponível em: <https://gediib.org.br/wp-content/uploads/2019/10/REVISTA-INTERNATIONAL-JOURNAL_VOL5-N1-2.pdf>. Acesso em 16 novembro 2019.

FERRÉ, María Pilar Ballester; BOSCA-WATTS, Marta Maia; PÉREZ, Mínguez. Crohn's disease. **Med Clin (Barc)**, v. 151, n. 1, p. 26-33, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29246562/>>. Acesso em 18 março 2021.

FEUERSTEIN, Joseph D.; MOSS, Alan C.; FARRAYE, Francis A. Ulcerative Colitis. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 94, n. 7, p. 1357–1373, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31272578/>>. Acesso em: 14 de fevereiro 2021.

FLYNN, Sean; EISENSTEIN Samuel. Inflammatory Bowel Disease Presentation and Diagnosis. **Surg Clin North Am.**, v. 99, n. 6, p.1051-1062, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31676047/>>. Acesso em 20 de fevereiro 2021.

GAJENDRAN, Mahesh; LOGANATHAN, Priyadarshini Loganathan; JIMENEZ, Guillermo; CATINELLA, Anthony P.; NG, Nathaniel; UMAPATHY, Chandraprakash; ZIADE, Nathalie; HASHASH, Jana G. A comprehensive review and update on ulcerative colitis. **Disease-a-Month**, v. 65, n. 12, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0011502919300318>>. Acesso em 20 agosto 2020.

KEDIA, Saurabh; DAS, Prasenjit; MADHUSUDHAN, Kumble Seetharama; DATTAGUPTA, Siddhartha; SHARMA, Raju; SAHNI, Peush; MAKHARIA, Govind; AHUJA, Vineet. “Differentiating Crohn's disease from intestinal tuberculosis.” **World J of Gastroenterol**, v. 25, n. 4, p. 418-432, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6350172/>>. Acesso em 14 de janeiro 2022.

LICHTENSTEIN, Gary R.; LOFTUS, Edward V.; ISAACS, Kim I.; REGUEIRO, Miguel D.; GERSON, Lauren B.; SANDS, Bruce E. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults, **Americ J Gastroenterol**, v. 113, n. 4, p. 481-517, 2018. Disponível em: <https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2018/04000/ACG_Clinical_Guideline__Management_of_Crohn_s.10.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=2>. Acesso em 20 agosto 2020.

MAGRO, Fernando; GIONCHETTI, Paolo; ELIAKIM, Rami; ARDIZZONE, Sandro; ARMUZZI, Alessandro; ACOSTA, Manuel Marreiro-de; BURISCH, Johan; GECSE, Krisztina B.; HART, Ailsa L.; HINDRYCKX, Pieter; LANGNER, Cord; LIMDI, Jimmy K.; PELLINO, Gianluca; ZAGÓROWICZ, Edyta; RAINE, Tim; HARBORD, Marcus; RIEDER, Florian. Organização Europeia de Crohn e Colite [ECCO], Terceiro Consenso Europeu Baseado em Evidências sobre Diagnóstico e Tratamento da Colite Ulcerativa. Parte 1: Definições, Diagnóstico, Manifestações Extraintestinais, Gravidez, Vigilância do Câncer, Cirurgia e Distúrbios da Bolsa Íleo-anal, **J. of Crohn's and Colitis**, v. 11, n. 6, p. 649-670, 2017. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/11/6/649/2966917>>. Acesso em 14 de novembro 2019.

MARANHÃO, Débora Davalos Albuquerque.; VIEIRA, Andrea; CAMPOS, Tércio de. Características e diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais. **J. Bras. Med.**, v. 103, n. 1, mar 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2015/v103n1/a4920.pdf>>. Acesso em 14 maio 2019.

MCDOWELL, Christopher; FAROOQ, Umer; HASEEB, Muhammad. Inflammatory Bowel Disease. [Atualizado em 28 de junho de 2020]. In: StatPearls [Internet]. **Treasure Island (FL)**: StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470312/>>. Acesso em 21 maio 2021.

PORTER, Ross J.; KALLA, Rahul; HO, Gwo-Tzer. Ulcerative colitis: Recent advances in the understanding of disease pathogenesis. **F1000Res**, v. 9, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7194476/>>. Acesso em 18 fevereiro 2021.

RODA, Giulia; CHIEN, Siew Ng; KOTZE, Paulo Gustavo; ARGOLLO, Marjorie; PANACCIONE, Remo; SPINELLI, Antonio; KASER, Arthur; PEYRIN-BIROULET, Laurente; DANESE, Silvio. Crohn's disease. *Nat Rev Dis Primers*, v. 6, n. 1, 2020. *Erratum in: Nat Rev Dis Primers*. 2020 Apr 6;6(1):26. *Erratum in: Nat Rev Dis Primers*. 2020 May 20;6(1):42. *Erratum in: Nat Rev Dis Primers*. 2020 Jun 19;6(1):51. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32242028/>>. Acesso em 18 abril 2021.

SAIRENJI, Tomoko; COLLINS, Kimberly L.; EVANS, David V. An Update on Inflammatory Bowel Disease. Primary Care: **Clinics in Office Practice**, v. 44, n. 4, p. 673–692, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0095454317301045?via%3Dihub>>. Acesso em 18 fevereiro 2021.

TORRES, Joana; MEHANDRU, Saurabh; COLOMBEL, Jean-Frédéric; PEYRIN-BIROULET, Laurent. Crohn's disease. **Lancet**, v. 389, n. 10080, p. 1741-1755, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27914655/>>. Acesso em 17 abril 2021.

UNGARO, Ryan; MEHANDRU, Saurabh; ALLEN, Patrick B.; PEYRIN-BIROULET, Laurent; COLOMBEL, Jean-Frédéric. Ulcerative colitis. **Lancet**, v. 389, n. 10080, p.1756-1770, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6487890/>>. Acesso em 10 fevereiro 2021.

VEAUTHIER, Brian; HORNECKER, Jaime R. Crohn's Disease: Diagnosis and Management. **Am Fam Physician**, v. 98, n. 11, p. 661-669, 2018. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2018/1201/p661.html>>. Acesso em 09 dezembro 2021.

VIDE, Julia; OSÓRIO, Filipa; COSTA-SILVA, Miguel; LOPES, Sofia; AZEVEDO, Filomena; DIAS, Cláudia Camila; MAGINA, Sofia; MAGRO, Fernando. Cutaneous Morbidity Among Inflammatory Bowel Disease Patients: A Cohort Study. **J Crohn's Colitis**, v. 12, n. 4, p. 442-45, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29300856/>>. Acesso em 12 novembro 2019.

VIEIRA, Andrea *et al.* Discutindo o diagnóstico da doença inflamatória intestinal. *In*: ZALTMAN Cyrla; CHEBLI, Julio Maria Fonseca; TEIXEIRA, Magaly Gênio; DE ALBUQUERQUE, Idblan Carvalho; DE SOUZA, Heitor Siffert Pereira. As Doenças Inflamatórias Intestinais na Atualidade Brasileira. São Paulo: Office Publicações, 2018, p. 17-27. Disponível em: <https://gediib.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Livro_As-Doencas-Inflamatorias-Intestinais-na-Atualidade-Brasileria-GEDIIB-2018.pdf>. Acesso em 14 de fevereiro 2021.

YAMAMOTO-FURUSHO, J.K.; BOSQUES-PADILLA, F.; DE-PAULA, J.; GALIANO, M.T.; IBAÑEZ, P.; JULIAO, F.; KOTZE, P.G.; ROCHA, J.L.; STEINWURZ, F.; VEITIA, G.; ZALTMAN, C. Diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease: First Latin American Consensus of the Pan American Crohn's and Colitis Organisation. **Rev Gastroenterol Mex**, v. 82, n. 1, p. 46-84, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090616300829?via%3Dihub>>. Acesso em 14 fevereiro 2021.

ZALTMAN, Cyrla; AMARANTE, Heda Maria B. Santos; BRENNER, Maria Machado; COSTA, árcia Henriques Magellan Costa; FLORES, Cristina; LEAL, Raquel Franco; SANTANA, Genoile; ZERONCIO, Marco Antonio. Crohn's Disease Guidelines. **Int J Inflamm Bowel Dis**, v. 4, n. 1, p. 10-18, 2018. Disponível em: <https://gediib.org.br/wp-content/uploads/2019/10/REVISTA-INTERNATIONAL-JOURNAL_VOL4-N1_31-10-2018-1.pdf>. Acesso em 16 novembro 2019.

4 EXAME FÍSICO

Leury Max Santos Ferreira

Ivan Tramuja da Costa e Silva

Gerson Suguiyama Nakajima

Depois de concluir a anamnese e coletar de forma detalhada as informações, o próximo passo é o exame físico, que muitas das vezes pode ser direcionado pelas queixas. Lembrar de seguir a sequência de inspeção, palpação, ausculta, avaliação da região perianal e se possível a avaliação do ânus por meio da anoscopia.

4.1 INSPEÇÃO

Os especialistas consultados consideram importante na suspeita de RCU a identificação de mucosas, seguido por lesões cutâneas e edemas articulares. Na DC os especialistas consideram que os três principais achados são: mucosas hipocoradas, lesões cutâneas e a febre nessa ordem de importância. Veremos a seguir esses e outros achados.

Na inspeção, o paciente pode se apresentar com fácies emagrecida decorrente de desnutrição, palidez cutânea mucosa decorrente de anemia e pele ressecada devido à desidratação. Na aferição dos sinais vitais, a taquicardia e a febre são sinais que indicam gravidade. Na boca, podemos encontrar queilite angular (lesões de aspecto granulomatoso), úlceras aftóides nos lábios e gengivas, que podem estar ou não acompanhadas de dor. Na pele, podemos encontrar desde manchas avermelhadas e elevadas (eritema nodoso), a lesões ulceradas e exsudativas (pioderma gangrenoso), sendo essa última mais comum na RCU (MARANHÃO; VIEIRA; CAMPOS, 2015; KEYAL; LIU; BHATTA, 2018; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; SEYEDIAN; NOKHOSTIN; MALAMIR, 2019).

4.2 AVALIAÇÃO DO ABDÔMEN

Na avaliação do abdômen, os especialistas consideram que a dor durante a palpação do abdômen é o achado mais importante na suspeita de RCU, seguido pela distensão abdominal. Na DC, o achado de massa abdominal palpável foi o achado mais importante, seguido pela dor e distensão abdominais.

A avaliação do abdômen é realizada com o paciente em decúbito dorsal horizontal, com o examinador a direita do paciente e deve seguir o padrão já conhecido: a inspeção, a palpação, a percussão e a ausculta. Na inspeção, podemos identificar distensão abdominal, cicatrizes cirúrgicas, manchas na pele e até mesmo estomas que podem ter sido decorrentes de cirurgias por complicações da doença inflamatória (MEALIE; ALI; MANTHEY, 2021).

Na RCU, a palpação profunda do abdômen no quadrante inferior esquerdo ou superior esquerdo pode revelar dor, geralmente sem defesa abdominal. Esse mesmo quadro pode ser observado em pacientes com doença diverticular ou com diverticulite (Figura 1). Timpanismo observado durante a percussão pode indicar distensão do cólon e será melhor avaliada através de radiografia do abdômen. Podem estar presentes nos casos graves: distensão abdominal, dor à palpação e a descompressão súbita, defesa abdominal, dor à percussão do abdômen e redução dos ruídos intestinais na ausculta (UNGARO *et al.*, 2017; SEYEDIAN; NOKHOSTIN; MALAMIR, 2019; MCDOWELL *et al.*, 2020; MEALIE; ALI; MANTHEY, 2021).

Na DC, durante a inspeção do abdômen, podemos identificar abaulamento no quadrante inferior direito e dor à palpação, que pode corresponder à inflamação do íleo terminal e cólon direito, dando um aspecto tumoral. Não devemos esquecer que nessa mesma localização, também podemos identificar dor e massa tumoral à palpação, tendo como outras suspeitas a apendicite e as neoplasias do ceco e cólon direito (Figura 1). A história clínica é fundamental para direcionar o diagnóstico. A ausência de ruídos intestinais ou seu aumento, pode indicar obstrução do intestino delgado, que, na DC ocorre mais frequentemente por estenoses (SEYEDIAN; NOKHOSTIN; MALAMIR, 2019; MEALIE; ALI; MANTHEY, 2021).

Figura 1. Esquema do abdômen e seus quadrantes

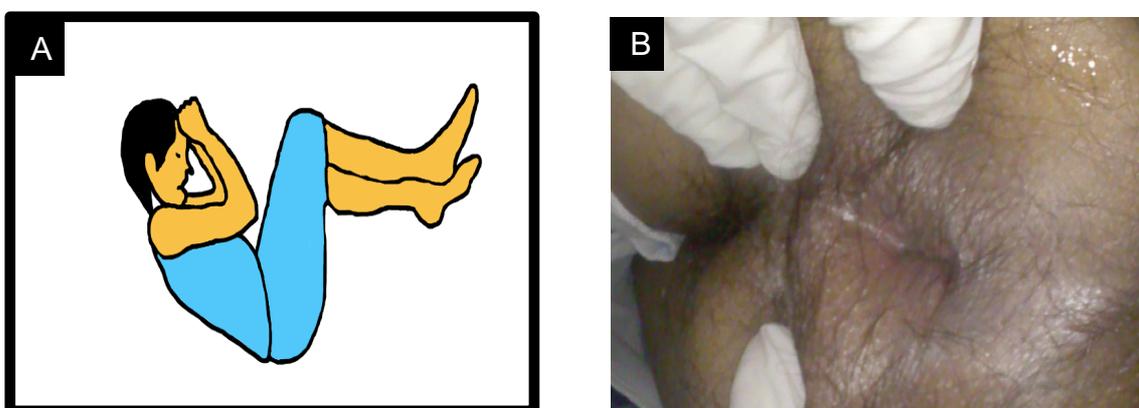


Fonte: Arquivo dos autores

4.3 AVALIAÇÃO PERIANAL

O exame da região perineal é considerado complementar ao exame do abdômen. O paciente deve ser reposicionado para decúbito lateral esquerdo, com as coxas fletidas sobre o abdômen (posição de Sims modificada). Essa é a posição preferida pelos autores, pois parece ser a menos constrangedora para os pacientes e permite uma boa avaliação. O orifício anal normalmente é visto fechado devido a contração da musculatura esfíncteriana (COSTA e SILVA, 2019; MEALIE; ALI; MANTHEY, 2021; UELLNER & NADAL, 2022). Na Figura 2 podemos ver a posição de Sims modificada com uma sugestão de cobertor para não expor o paciente e a inspeção da região perianal normal através da separação dos glúteos.

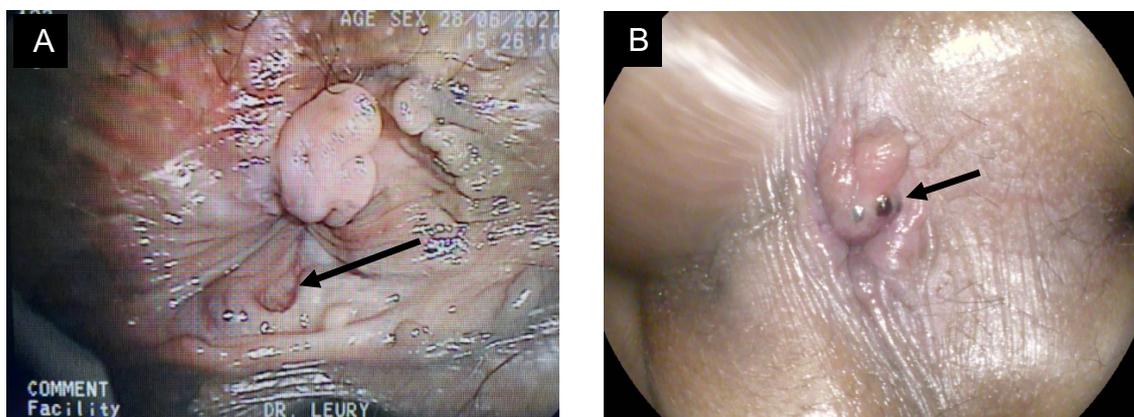
Figura 2: Posição de Sims modificada (decúbito lateral esquerdo) e região perianal normal



Fonte: Arquivo dos autores. A – posição de Sims modificada; B – região perianal normal.

Na DC, podemos identificar durante a inspeção, feridas exsudativas que podem corresponder a orifícios externos de fístulas anais e abaulamentos eritematosos que podem corresponder a abscessos, sendo essas duas as manifestações perianais mais encontradas. Na borda anal é comum identificar na população em geral plicomas e hemorróidas externas, que não devem ser confundidas com manifestação de DII (Figura 3). As fissuras anais não são específicas das DII, porém são mais comuns na DC, apenas sendo vistas na RCU devido a irritação causada pela alta frequência das evacuações diarreicas. No toque retal, realizado com luva e lubrificante, observar se há a presença de sangue, muco ou pus. Lembrando que o comprometimento perianal é incomum na RCU (CANESSA, 2011; UNGARO *et al.*, 2017; KEYAL; LIU; BHATTA, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER, 2018; VIEIRA *et al.*, 2018; COSTA e SILVA, 2019). Mais da metade dos especialistas consultados consideram não haver alteração perianal decorrente da RCU. Na DC a fístula perianal é a alteração perianal considerada mais comum pelos especialistas.

Figura 3: Região perianal com alterações durante o exame físico

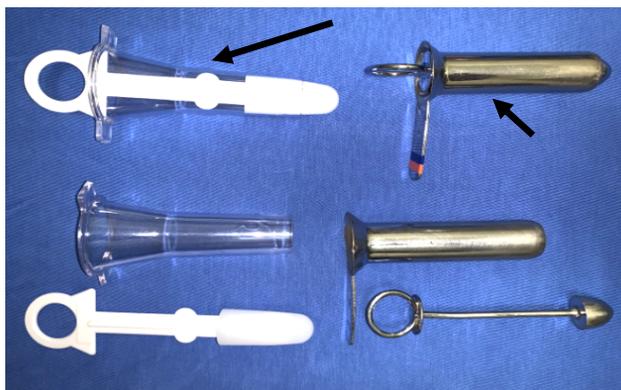


Fonte: Arquivo dos autores. A – plicoma anal posterior (seta menor) e fissura anterior (seta maior); B – trombose hemorroidária (seta).

4.4 Anuscopia

A anuscopia é parte complementar da avaliação anorretal ambulatorial. Consiste em visualizar as estruturas do reto distal e do canal anal através da introdução de um aparelho pelo ânus, o anuscópio, que geralmente é descartável, como vemos na Figura 4 (UELLNER & NADAL, 2022).

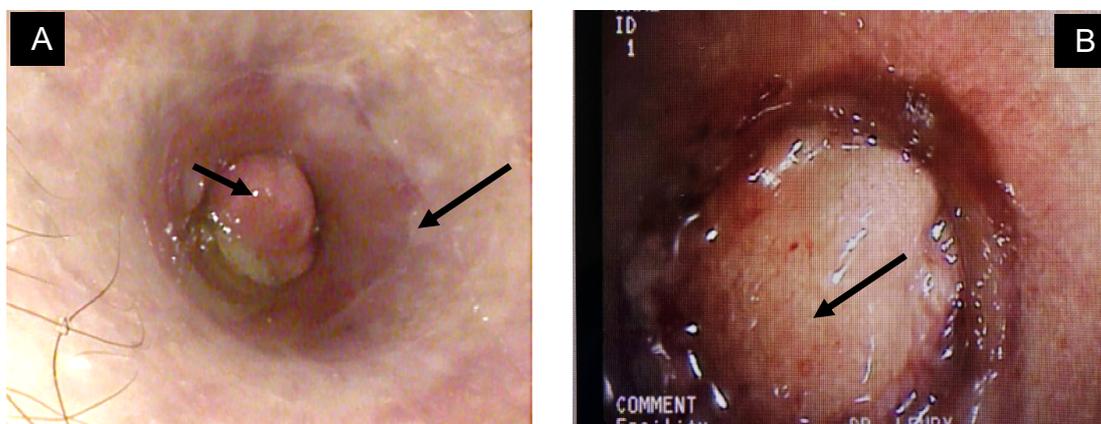
Figura 4: Anuscópios descartáveis e permanentes



Fonte: Arquivo dos autores. Anuscópio descartável (seta maior) e anuscópio permanente (seta menor).

A técnica é simples e sempre deve ser precedida pelo toque retal. Introduce-se o anuscópio bem lubrificada (com geleia anestésica ou vaselina sólida) no sentido borda anal para o reto distal. Após a introdução de todo o aparelho retira-se o obturador e com uma fonte de luz procede-se à avaliação. O exame das estruturas é feito à medida que o aparelho é retirado, podendo ou não se utilizar da manobra de Valsalva. A mucosa do reto distal pode ser avaliada, assim como o canal anal com suas estruturas: mamilos hemorroidários internos, criptas, papilas e a linha pectínea (CANESSA, 2011; MALLMANN & MALLMANN, 2012). Todos os especialistas consultados concordam que a anoscopia, com a visualização do reto distal, é uma forma prática que pode auxiliar no diagnóstico das DII (Figura 5).

Figura 5: visualização por anoscopia do reto distal com auxílio do colonoscópio



Fonte: Arquivo dos autores. A – linha pectínea (seta maior); mucosa do reto distal com aspecto normal (seta menor); B – aspecto inflamatório da mucosa de reto inferior visto a anoscopia. Note o edema, enantema e aumento da vascularização (seta).

REFERÊNCIAS

CANESSA, Cesar E. Examen proctológico y tacto rectal en el diagnóstico clínico de síntomas anorrectales. **Rev. Méd. Urug.**, v. 27, n. 2, p. 65-72, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902011000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 de abril 2021

COSTA E SILVA, I. T. Noções de Coloproctologia: Exame Proctológico. Módulos de Coloproctologia. Disciplina de Cirurgia do Sistema Digestório, Órgãos Anexos e Parede Abdominal. Universidade Federal do Amazonas, 2019. Disponível em <<http://home.ufam.edu.br/dcc1/modulos/l/1exame.htm>>. Acesso em: 29 dezembro 2020.

KEYAL, Uma; LIU, Yeqiang; BHATTA, Anil Kumar. Dermatologic Manifestations of Inflammatory Bowel Disease: A Review. **Discov Med**, v. 25, n. 139, p. 225-233, 2018. Disponível em: <<https://www.discoverymedicine.com/Uma-Keyal/2018/05/dermatologic-manifestations-of-inflammatory-bowel-disease-a-review/>>. Acesso em 14 novembro 2021.

LICHTENSTEIN, Gary R. *et al.* ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults, **Am J of Gastroenterol.**, v. 113, n. 4, p. 481-517, 2018. Disponível em: <https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2018/04000/ACG_Clinical_Guideline__Management_of_Crohn_s.10.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=2>. Acesso em 20 agosto 2020.

MARANHÃO, Débora Davalos Albuquerque.; VIEIRA, Andrea; CAMPOS, Tércio de. Características e diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais. **J. Bras. Med.**, v. 103, n. 1, mar 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2015/v103n1/a4920.pdf>>. Acesso em 14 maio 2019.

MALLMANN, K.; MALLMANN, I. O. Exame proctológico – preparação e técnica. *In.* CAMPOS, F. G. C. M.; REGADAS, F. S. P.; PINHO, Mário. **Tratado de Coloproctologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 65-68.

MCDOWELL, Christopher; FAROOQ, Umer; HASEEB, Muhammad. Inflammatory Bowel Disease. [Atualizado em 28 de junho de 2020]. *In:* StatPearls [Internet]. **Treasure Island (FL):** StatPearls Publishing, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470312/>>. Acessado em 21 de maio 2021.

MEALIE, Carl A., ALI, Rimsha; MANTHEY, David E. Abdominal Exam. [Updated 2021 Jun 26]. *In:* StatPearls [Internet]. **Treasure Island (FL):** StatPearls Publishing; 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459220/>>. Acesso em 09 dezembro 2021.

SEYEDIAN, Seyed Saeid; NOKHOSTIN, Forogh; MALAMIR, Mehrdad Dargahi. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. **J Med Life**, v. 12, n. 2, p. 113-122, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6685307/>>. Acesso em 14 fevereiro 2021.

UELLNER, Valéria; NADAL, Sidney Roberto. **Manual de anoscopia de alta resolução**. In: Anatomia do canal anal e região perianal aplicada à anoscopia de alta resolução. 1ª edição, Rio de Janeiro, Dilivros Editora, 2022, p. 13-20.

UNGARO, Ryan; MEHANDRU, Saurabh; ALLEN, Patrick B.; PEYRIN-BIROULET, Laurent; COLOMBEL, Jean-Frédéric. Ulcerative colitis. **Lancet**, v. 389, n. 10080, p.1756-1770, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6487890/>>. Acesso em 10 fevereiro de 2021.

VEAUTHIER, Brian; HORNECKER, Jaime R. Crohn's Disease: Diagnosis and Management. **Am Fam Physician**, v. 98, n. 11, p. 661-669, 2018. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2018/1201/p661.html>>. Acesso em 09 dezembro 2021.

VIEIRA, Andrea *et al.* Discutindo o diagnóstico da doença inflamatória intestinal. In: ZALTMAN Cyrla; CHEBLI, Julio Maria Fonseca; TEIXEIRA, Magaly Gênio; DE ALBUQUERQUE, Idblan Carvalho; DE SOUZA, Heitor Siffert Pereira. As Doenças Inflamatórias Intestinais na Atualidade Brasileira. São Paulo: Office Publicações, 2018, p. 17-27. Disponível em: <https://gediib.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Livro_As-Doencas-Inflamatorias-Intestinais-na-Atualidade-Brasileria-GEDIIB-2018.pdf>. Acesso em 14 de fevereiro 2021.

5 EXAMES LABORATORIAIS

Leury Max Santos Ferreira

Gerson Suguiyama Nakajima

5.1 EXAMES LABORATORIAIS GERAIS

Os exames laboratoriais que veremos nos tópicos 5.1.1 a 5.1.3 estão disponíveis no SUS local e podem ser solicitados na Atenção Primária. O hemograma, a proteína C reativa (PCR) e a velocidade de hemossedimentação (VHS) são os exames laboratoriais solicitados por todos os especialistas na suspeita de DII. Esses exames, em conjunto com a história e o exame físico ajudam a reforçar a hipótese diagnóstica de DII, como visto na tabela 1 (SU *et al.*, 2019).

5.1.1 Alterações no hemograma

No hemograma podemos encontrar anemia, como resultado da perda sanguínea devido a persistência da atividade inflamatória; leucocitose e trombocitose que podem ser decorrentes da inflamação crônica ou complicações como fístulas e sepse (MARANHÃO *et al.*, 2015; UNGARO *et al.*, 2016; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER 2018; VIEIRA *et al.*, 2018; MACDOWELL *et al.*, 2021).

5.1.2 Proteína C reativa

A PCR é uma proteína inflamatória de fase aguda produzida pelos hepatócitos em resposta ao estímulo das citocinas inflamatórias, sendo que seus níveis normais são < 1mg/L. Sua meia vida é cerca de 19 horas, podendo seus níveis aumentarem rapidamente acima de mil vezes em resposta a inflamações agudas. Sensível para detectar DII, porém tem baixa especificidade e pode estar alterado em diversas situações como: infecções, artrites, pancreatites, infarto agudo do miocárdio, gravidez e uso de anti-concepcionais orais (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; CHEN *et al.*, 2020). Na colite leve, os níveis da PCR

podem estar normais; na colite moderada, a PCR pode chegar a 30mg/L; na colite grave podemos encontrar valores de PCR acima de 30mg/L (DAMIÃO *et al.*, 2019).

5.1.3 Coprocultura e parasitológico de fezes

A coprocultura e o exame parasitológico de fezes (EPF) são, nessa ordem, considerados importantes por mais de 60% dos especialistas. Esses exames ajudam no diagnóstico diferencial com as enterocolites infecciosas e parasitoses intestinais, que podem fazer quadros clínicos semelhantes às DII (UNGARO *et al.*, 2016; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; MACDOWELL *et al.*, 2021).

Tabela 1. Possíveis resultados nos exames laboratoriais disponíveis no SUS Amazonas

EXAMES LABORATORIAIS	DII
Ht/Hb	Anemia
PCR	Elevado
VHS	Elevado
Coprocultura	Negativa
Parasitológico de Fezes	Negativa
Pesquisa de Sangue oculto nas fezes	Positiva

Fonte: Arquivo dos autores

5.2 MARCADORES FECAIS

A calprotectina fecal e a lactoferrina fecal não entraram nas rodadas de questionários pois não estão disponíveis no SUS local. Seus valores elevados indicam a presença de inflamação, sendo mais indicada sua solicitação no acompanhamento da resposta ao tratamento da DII ou na diferenciação entre Síndrome do Intestino Irritável e DII (UNGARO *et al.*, 2017; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; VIEIRA *et al.*, 2018; SU *et al.*, 2019). Como alternativa à falta desses exames, podemos utilizar o teste imunológico fecal, que detecta hemoglobina humana (conhecido como sangue oculto nas fezes). É um exame de sensibilidade elevada e quando positivo pode

significar a existência de úlceras em mucosa (SU *et al.*, 2019). Este exame é disponibilizado no SUS local.

5.3 MARCADORES SOROLÓGICOS

O anticorpo perinuclear contra estruturas citoplasmáticas do neutrófilo (P-ANCA) e o anticorpo anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) não foram considerados importantes para auxiliar no diagnóstico de DII para 64,71% dos especialistas, estando de acordo com a literatura, que considera que esses marcadores sorológicos podem ser utilizados no diagnóstico diferencial entre a RCU e a DC (UNGARO *et al.*, 2016; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017). O P-ANCA positivo também está relacionado a um maior risco de desenvolver inflamação crônica na bolsa ileal dos pacientes que foram submetidos a colectomia total com esse tipo de reservatório devido a RCU; sua positividade também pode indicar uma menor taxa resposta ao tratamento com infliximabe (CHEN *et al.*, 2020; AKIYAMA; RAI; RUBIN, 2021). Na DC em que o ASCA se encontra positivo, os pacientes podem iniciar a doença em idade precoce e ter uma evolução mais rápida para estenose (CHEN *et al.*, 2020).

REFERÊNCIAS

AKIYAMA, Shintaro; RAI, Victoria; RUBIN, David T. Pouchitis in inflammatory bowel disease: a review of diagnosis, prognosis, and treatment. **Intestinal Research**, v. 19, n. 1, p. 1–11, 2021. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7873408/>>. Acesso em 14 novembro 2021.

CHEN, Peng; ZHOU, Gaoshi; LIN, Jingxia; LI, Li; ZENG, Zhirong; CHEN, Minhu; ZHANG, Shenghong. Serum Biomarkers for Inflammatory Bowel Disease. **Frontiers in medicine**, v. 7, n. 123, 2020. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7188783/>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2021.

DAMIÃO, Adérson Omar Mourão Cintra; VIEIRA, Andrea; VILELA, Eduardo Garcia; TEIXEIRA, Fábio Vieira; ALBUQUERQUE, Idblan Carvalho de; PARENTE, José Miguel Luz; CHEBLI, Júlio Maria Fonseca; JÚNIOR, Orlando Ambrogini; HOSSNE-SAAD, Rogerio; MISZPUTEN, Sender Jankiel. Guideline on Ulcerative Colitis. **International J of Inflammatory Bowel Dis**, v. 5, n. 1, p. 12-20, 2019. Disponível em: <https://gediib.org.br/wp-content/uploads/2019/10/REVISTA-INTERNATIONAL-JOURNAL_VOL5-N1-2.pdf>. Acesso em 16 novembro 2019.

LICHTENSTEIN, Gary R.; LOFTUS, Edward V.; ISAACS, Kim I.; REGUEIRO, Miguel D.; GERSON, Lauren B.; SANDS, Bruce E. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Ad **36 Americ J Gastroenterol**, v. 113, n. 4, p. 481-517, 2018. Disponível em:

<https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2018/04000/ACG_Clinical_Guideline__Management_of_Crohn_s.10.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=2>. Acesso em 20 agosto 2020.

MARANHÃO, Débora Davalos Albuquerque.; VIEIRA, Andrea; CAMPOS, Tércio de. Características e diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais. **J. Bras. Med.**, v. 103, n. 1, mar 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2015/v103n1/a4920.pdf>>. Acesso em 14 maio 2019.

MCDOWELL, Christopher; FAROOQ, Umer; HASEEB, Muhammad. Inflammatory Bowel Disease. [Atualizado em 28 de junho de 2020]. In: StatPearls [Internet]. **Treasure Island (FL)**: StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470312/>>. Acessado em 21 maio 2021.

SU, Hau-Jyun; CHIU, Yu-Tse; CHIU, Chuan-Tai; LIN, Yen-Chun; WANG, Chen-Yu; HSIEH, Jui-Ying; WEI, Shu-Chen. Inflammatory bowel disease and its treatment in 2018: Global and Taiwanese status updates. **J Formos Med Assoc.**, v. 118, n. 7, p. 1083-1092, 2019. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092966461830202X?via%3Dihub>>. Acesso em: 14 janeiro 2022.

UNGARO, Ryan; MEHANDRU, Saurabh; ALLEN, Patrick B.; PEYRIN-BIROULET, Laurent; COLOMBEL, Jean-Frédéric. Ulcerative colitis. **Lancet**, v. 389, n. 10080, p.1756-1770, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6487890/>>. Acesso em 10 fevereiro de 2021.

VEAUTHIER, Brian; HORNECKER, Jaime R. Crohn's Disease: Diagnosis and Management. **Am Fam Physician**, v. 98, n. 11, p. 661-669, 2018. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2018/1201/p661.html>>. Acesso em 09 dezembro 2021.

VIEIRA, Andrea *et al.* Discutindo o diagnóstico da doença inflamatória intestinal. *In*: ZALTMAN Cyrla; CHEBLI, Julio Maria Fonseca; TEIXEIRA, Magaly Gênio; DE ALBUQUERQUE, Idblan Carvalho; DE SOUZA, Heitor Siffert Pereira. As Doenças Inflamatórias Intestinais na Atualidade Brasileira. São Paulo: Office Publicações, 2018, p. 17-27. Disponível em: <https://gediib.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Livro_As-Doencas-Inflamatorias-Intestinais-na-Atualidade-Brasileria-GEDIIB-2018.pdf>. Acesso em 14 de fevereiro 2021.

YAMAMOTO-FURUSHO, J.K.; BOSQUES-PADILLA, F.; DE-PAULA, J.; GALIANO, M.T.; IBAÑEZ, P.; JULIAO, F.; KOTZE, P.G.; ROCHA, J.L.; STEINWURZ, F.; VEITIA, G.; ZALTMAN, C. Diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease: First Latin American Consensus of the Pan American Crohn's and Colitis Organisation. **Rev Gastroenterol Mex**, v. 82, n. 1, p. 46-84, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090616300829?via%3Dihub>>. Acesso em 14 de fevereiro 2021.

6 EXAMES DE IMAGEM

Leury Max Santos Ferreira

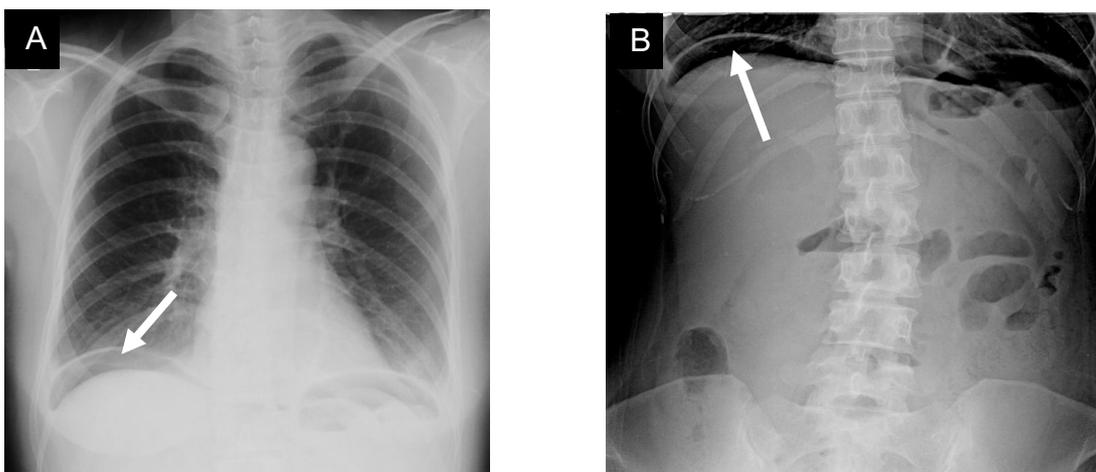
Gerson Suguiyama Nakajima

Os exames de radiografia, tomografia (TC) e ressonância (RNM) do abdômen estão disponíveis no SUS local e por isso serão bem discutidos nesse capítulo. Os exames de enterografia tanto por TC, quanto por RNM não estão previstos na tabela SUS, conforme é possível constatar no site oficial do Sistema de Gerenciamento do SUS (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>). Em alguns casos temos conseguido solicitar esse exame da seguinte forma: solicitamos tomografia ou ressonância de abdômen e pelve com contraste oral e venoso, colocando uma observação de que o exame a ser feito é a enterografia por TC ou por RNM.

6.1 RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN

A radiografia do abdômen é pouco utilizada no diagnóstico de DII. Seu uso é mais frequente em casos de urgência abdominal dos pacientes com DII. Sua associação com a radiografia de tórax permite identificar: perfuração, com a visualização de pneumoperitônio (Figura 1); megacólon tóxico, com a dilatação do cólon transversal acima de 5,5cm; obstrução intestinal. Esse exame vem sendo substituído pela tomografia de abdômen (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; VEAUTHIER & HORNECKER 2018; MACDOWELL; FAROOQ; HASEEB, 2021).

Figura 1. Radiografia de tórax e abdômen em pacientes na urgência



Fonte: Arquivo dos autores. A – radiografia de tórax com pneumoperitônio em paciente com suspeita de perfuração de intestino delgado (seta); B – radiografia de abdômen com pneumoperitônio em paciente com suspeita de perfuração de intestino delgado (seta)

6.2 TOMOGRAFIA DE ABDÔMEN

6.2.1 Tomografia convencional

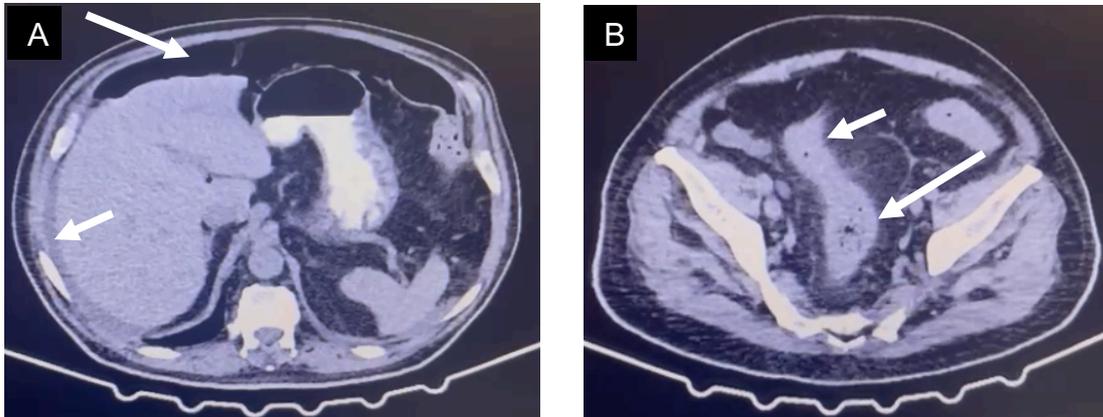
A tomografia (TC) de abdômen foi considerada útil no diagnóstico de RCU por 64,71% dos especialistas consultados. Sua utilidade é maior na avaliação da distribuição e gravidade da colite, assim como na identificação de complicações como obstrução e perfurações (UNGARO *et al.*, 2016; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; MACDOWELL; FAROOQ; HASEEB, 2021).

Os pacientes que se beneficiam da TC de abdômen são aqueles com quadro clínico grave, em que a colonoscopia não pode ser realizada; nos Serviços de Urgência; na suspeita de complicações abdominais da DII (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; VEAUTHIER & HORNECKER 2018; MACDOWELL; FAROOQ; HASEEB, 2021).

A distribuição e gravidade da colite podem ser vistas na tomografia de abdômen, como: áreas de espessamento da parede do segmento intestinal que pode chegar a 8mm, contra os 2mm de espessura do cólon normal; áreas de obstrução causando distensão nas alças intestinais; perfuração intestinal causando pneumoperitônio, líquido livre e abscesso com produção de gás (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; GAJENDRAN *et al.*, 2019; MACDOWELL; FAROOQ; HASEEB, 2021). Na Figura 2 podemos ver pneumoperitônio e

espessamento do reto ao sigmoide em paciente com retocolite ulcerativa que evoluiu com perfuração em cólon.

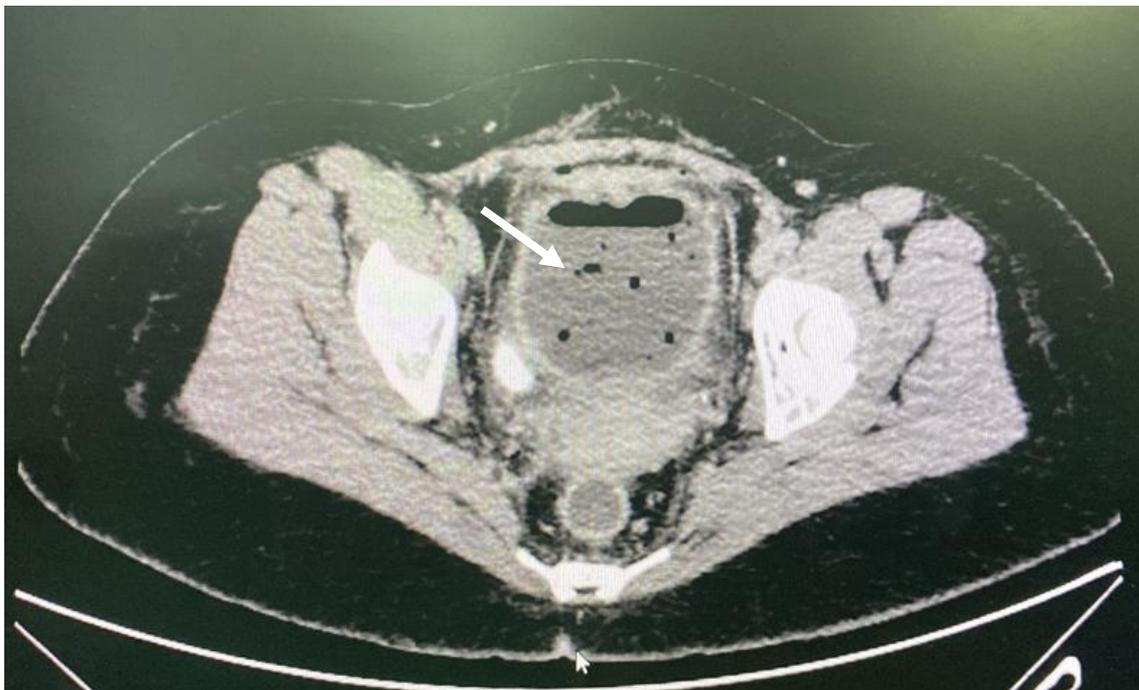
Figura 2. Tomografia de abdômen com contraste oral



Fonte: Arquivo dos autores. A – pneumoperitônio em paciente com complicação de RCU (seta maior) e líquido livre peri-hepático (seta menor); B – extenso espessamento em parede de reto e cólon sigmoide (setas maior e menor respectivamente).

Na Figura 3, podemos ver grande um grande abscesso pélvico, com focos gasosos, em paciente com DC que apresentou perfuração espontânea em intestino delgado.

Figura 3. Tomografia de pelve com contraste venoso



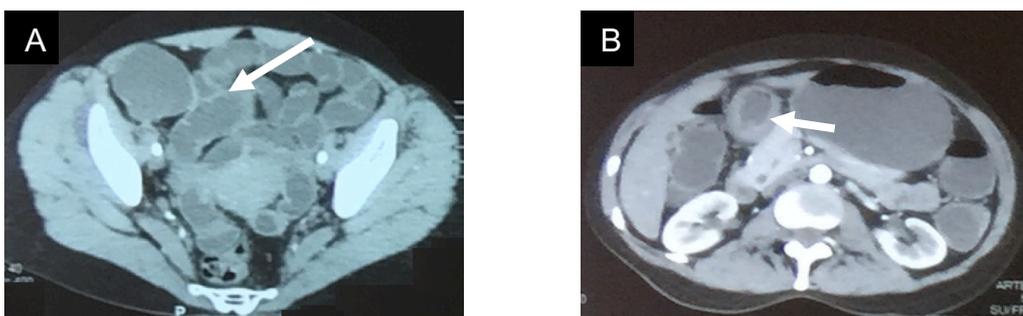
Fonte: Arquivo dos autores. Extenso abscesso pélvico, com nível hidroaéreo e focos gasosos (seta).

6.2.1 Enterografia por tomografia

Utilizada na suspeita de DC a enterografia por TC foi a escolhida por 64,71% dos especialistas para auxiliar no diagnóstico. Na literatura, a preferência é pela realização de enterografia por ressonância devido a não utilização de radiação ionizante, já que não parece haver diferença na acurácia dos métodos, porém isso vai depender da disponibilidade local (TORRES *et al.*, 2017; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER 2018; SU *et al.*, 2019; MACDOWELL; FAROOQ; HASEEB, 2021).

A enterografia por TC é um exame que utiliza contraste venoso e solução isosmolar por via oral, para realçar a vascularização e as paredes do intestino delgado, podendo identificar: espessamento, estenose e complicações (Figura 4). Esse é um exame realizado de maneira rápida para o diagnóstico e o acompanhamento da DC no intestino delgado (TORRES *et al.*, 2017; YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; GODOY & CAVASIN 2018; VIEIRA *et al.*, 2018; SEYEDIAN; NOKHOSTIN; MALAMIR, 2019; SU *et al.*, 2019; MACDOWELL; FAROOQ; HASEEB, 2021).

Figura 4. Enterografia por Tomografia em paciente com DC



Fonte: Arquivo dos autores. A – parede do intestino delgado de fino calibre (seta); B – espessamento na parede do intestino delgado (seta).

6.3 RESSONÂNCIA DE ABDÔMEN

A ressonância de abdômen/pelve com contraste venoso pode auxiliar no diagnóstico da DII. Está indicada como opção para os pacientes que precisam fazer tomografia, porém não podem utilizar o contraste iodado. Nas grávidas a opção é pela ressonância de abdômen/pelve sem contraste (VEAUTHIER &

HORNECKER 2018). As fístulas anais e perianais, que são manifestações frequentes da DC, podem ser avaliadas pela RNM de pelve (TORRES *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; VIEIRA *et al.*, 2018; MACDOWELL; FAROOQ; HASEEB, 2021).

6.3.1 Enterografia por ressonância de abdômen

A enterografia por RNM é o exame que pode ser utilizado para avaliar o intestino delgado dos pacientes com suspeita de DC. Espessamentos, estenoses, e complicações podem ser identificadas por esse exame. Sua sensibilidade é comparável a enterografia por TC; entretanto, por não utilizar radiação ionizante é preferencialmente indicada em pacientes com menos de 35 anos e naqueles que necessitarão de avaliações posteriores para o acompanhamento da doença (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018).

REFERÊNCIAS

GAJENDRAN, Mahesh; LOGANATHAN, Priyadarshini Loganathan; JIMENEZ, Guillermo; CATINELLA, Anthony P.; NG, Nathaniel; UMAPATHY, Chandraprakash; ZIADE, Nathalie; HASHASH, Jana G. A comprehensive review and update on ulcerative colitis. *Disease-a-Month*, v. 65, n. 12, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0011502919300318>>. Acesso em 20 agosto 2020.

GODOY, Gabriel Sena de; CAVASIN, Iohane Liz Spoladore. Revisão dos métodos de diagnóstico por imagem na avaliação da Doença de Crohn. **UNICESUMAR – Centro Universitário de Maringá**, Brasil 2018. Disponível em: <<https://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/625>>. Acesso em 20 fevereiro 2021.

LICHTENSTEIN, Gary R.; LOFTUS, Edward V.; ISAACS, Kim I.; REGUEIRO, Miguel D.; GERSON, Lauren B.; SANDS, Bruce E. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults, *Americ J Gastroenterol*, v. 113, n. 4, p. 481-517, 2018. Disponível em: <https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2018/04000/ACG_Clinical_Guideline__Management_of_Crohn_s.10.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=2>. Acesso em 20 agosto 2020.

MACDOWELL, Christopher; FAROOQ, Umer; HASEEB, Muhammad. Inflammatory Bowel Disease. [Atualizado em 28 de junho de 2020]. In: StatPearls [Internet]. **Treasure Island (FL)**: StatPearls Publishing; 2021 Jan. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470312/>>. Acessado em 21 maio 2021.

SEYEDIAN, Seyed Saeid; NOKHOSTIN, Forogh; MALAMIR, Mehrdad Dargahi. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. *J Med Life*, v. 12, n. 2, p. 113-122, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6685307/>>. Acesso em 14 de fevereiro 2021.

SU, Hau-Jyun; CHIU, Yu-Tse; CHIU, Chuan-Tai; LIN, Yen-Chun; WANG, Chen-Yu; HSIEH, Jui-Ying; WEI, Shu-Chen. Inflammatory bowel disease and its treatment in 2018: Global and Taiwanese status updates. *J Formos Med Assoc.*, v. 118, n. 7, p. 1083-1092, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092966461830202X?via%3Dihub>>. Acesso em: 14 janeiro 2022.

TORRES, Joana; MEHANDRU, Saurabh; COLOMBEL, Jean-Frédéric; PEYRIN-BIROULET, Laurent. Crohn's disease. *Lancet*, v. 389, n. 10080, p. 1741-1755, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27914655/>>. Acesso em 17 abril 2021.

UNGARO, Ryan; MEHANDRU, Saurabh; ALLEN, Patrick B.; PEYRIN-BIROULET, Laurent; COLOMBEL, Jean-Frédéric. Ulcerative colitis. **Lancet**, v. 389, n. 10080, p.1756-1770, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6487890/>>. Acesso em 10 fevereiro 2021.

VEAUTHIER, Brian; HORNECKER, Jaime R. Crohn's Disease: Diagnosis and Management. **Am Fam Physician**, v. 98, n. 11, p. 661-669, 2018. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2018/1201/p661.html>>. Acesso em 09 dezembro 2021.

YAMAMOTO-FURUSHO, J.K.; BOSQUES-PADILLA, F.; DE-PAULA, J.; GALIANO, M.T.; IBAÑEZ, P.; JULIAO, F.; KOTZE, P.G.; ROCHA, J.L.; STEINWURZ, F.; VEITIA, G.; ZALTMAN, C. Diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease: First Latin American Consensus of the Pan American Crohn's and Colitis Organisation. **Rev Gastroenterol Mex**, v. 82, n. 1, p. 46-84, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090616300829?via%3Dihub>>. Acesso em 14 fevereiro 2021.

VIEIRA, Andrea *et al.* Discutindo o diagnóstico da doença inflamatória intestinal. *In*: ZALTMAN Cyrla; CHEBLI, Julio Maria Fonseca; TEIXEIRA, Magaly Gêmio; DE ALBUQUERQUE, Idblan Carvalho; DE SOUZA, Heitor Siffert Pereira. *As Doenças Inflamatórias Intestinais na Atualidade Brasileira*. São Paulo: Office Publicações, 2018, p. 17-27. Disponível em: <https://gediib.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Livro_As-Doencas-Inflamatorias-Intestinais-na-Atualidade-Brasileria-GEDIIB-2018.pdf>. Acesso em 14 de fevereiro 2021.

7 EXAMES ENDOSCÓPICOS

Leury Max Santos Ferreira

Gerson Suguiyama Nakajima

Os exames endoscópicos estão disponíveis no SUS local, sendo realizados em algumas Unidades Hospitalares e Policlínicas. A oferta da endoscopia digestiva alta é maior, quando comparada com a colonoscopia e a retossigmoidoscopia flexível. Uma das Unidades que realizam esses exames na cidade de Manaus é o Hospital Universitário Getúlio Vargas.

7.1 ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAIXA

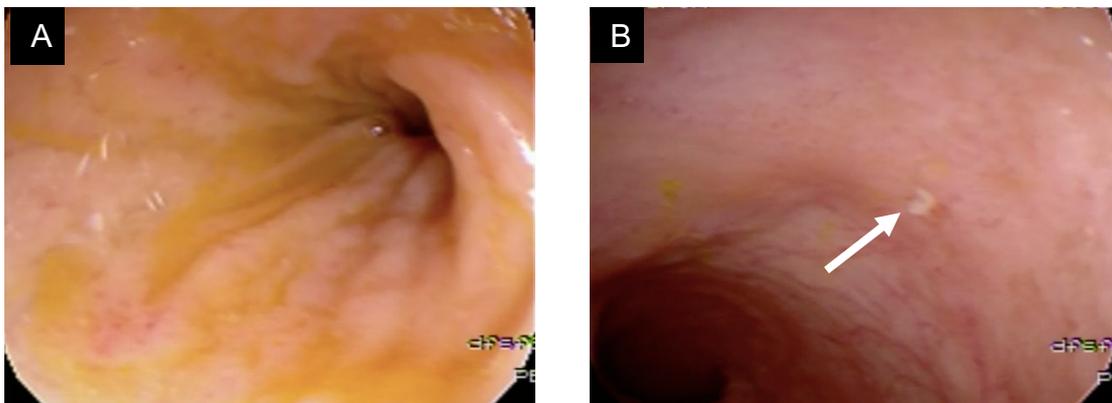
Todos os especialistas consultados consideraram a colonoscopia o exame endoscópico que mais auxilia no diagnóstico da DC. Para cerca de 65% dos especialistas a retossigmoidoscopia flexível é o exame endoscópico que mais auxilia no diagnóstico da RCU, entretanto, quando nesse exame for identificado inflamação contínua em todos os segmentos avaliados, 70,59% dos especialistas preferem complementar a investigação com colonoscopia, não necessitando esperar o resultado das biópsias realizadas.

7.1.1 Colonoscopia

A colonoscopia é um exame realizado sob sedação, que consiste na passagem de um aparelho através do orifício anal para visibilização do reto, intestino grosso, ceco e íleo terminal. Durante a realização desse exame podem ser coletadas biópsias para análise histopatológica. Para que haja uma boa visualização da mucosa intestinal, é necessária uma preparação intestinal. Geralmente são utilizados laxantes orais na véspera do exame. Um preparo intestinal inadequado pode aumentar o risco de complicações durante o exame e não conseguir avaliar de maneira satisfatória a mucosa intestinal (SADEGHI *et al.*, 2022). Entre os laxantes utilizados temos o manitol a 10%, que apesar de proporcionar um bom preparo, não é utilizado com frequência devido a produção de gases inflamáveis, com relatos de explosão. O polietilenoglicol ainda é

bastante utilizado e considerado seguro (HARB GAMA *et al.*, 1981; HARB GAMA *et al.*, 1986). Todos os pacientes com suspeita de DII devem realizar colonoscopia com visualização do íleo terminal, já que a DC pode atingir o intestino delgado, sendo o íleo terminal o local mais comum (LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018; SPICELAND & NILESH, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER, 2018). Na Figura 1 podemos ver o íleo terminal com seu aspecto habitual e com inflamação em sua mucosa.

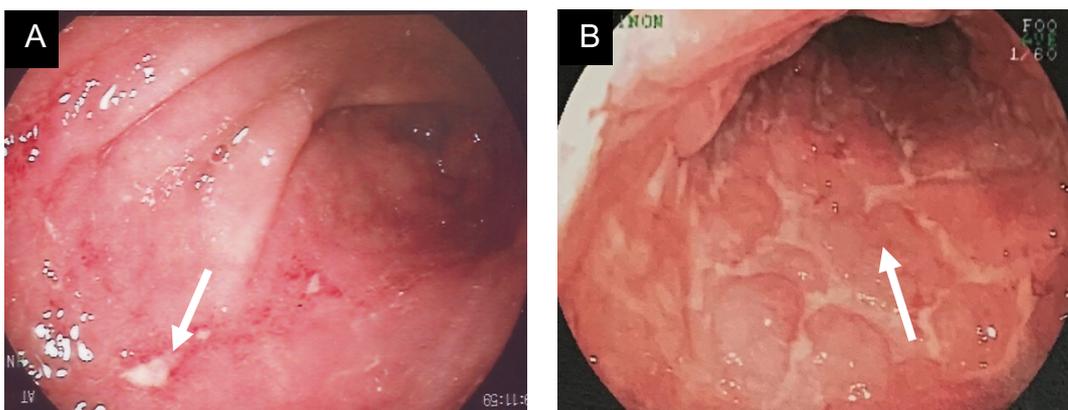
Figura 1. Íleo terminal visto na colonoscopia



Fonte: Arquivo dos autores. A – íleo terminal de aspecto normal; B – íleo terminal com edema e enantema. Úlcera com fundo fibrinoso e bordas enantemáticas (seta).

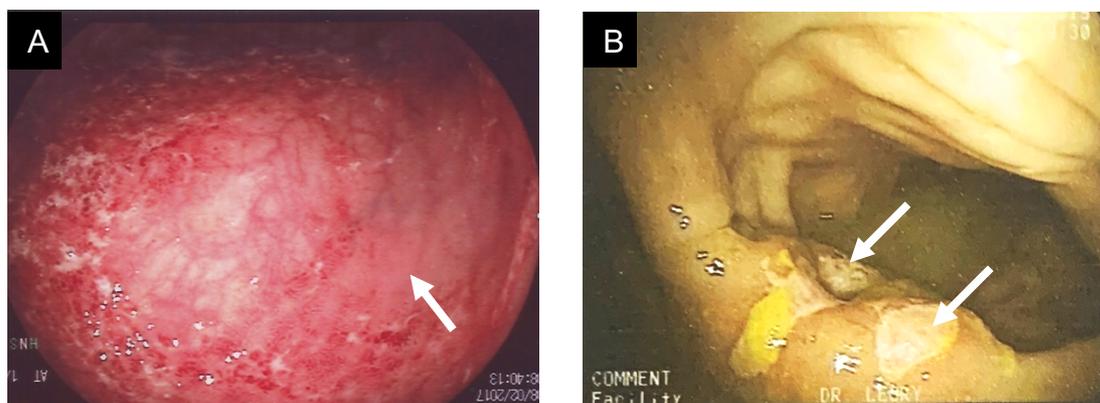
Parece não haver lesões específicas na colonoscopia para diferenciar a DC da RCU, porém algumas características dos achados podem sugerir o diagnóstico (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017). São achados sugestivos de DC na colonoscopia: úlceras longitudinais e aftóides; inflamação não contínua; lesões com aspecto de “pedras de calçamento”; o reto pode estar com aparência normal; estenoses e fístulas intestinais (LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018; SPICELAND & NILESH, 2018; VIEIRA *et al.*, 2018; SU *et al.*, 2019; RANASINGHE & HSU, 2020). Podemos ver esses achados nas Figuras 2 e 3.

Figura 2. Achados na colonoscopia sugestivos de DC



Fonte: Arquivo dos autores. A – úlcera longitudinal, com borda enantematosa e fundo fibrinoso (seta); B – elevações compatíveis com o padrão de pedra de calçamento, atingindo mais de 50% da circunferência do segmento intestinal (seta).

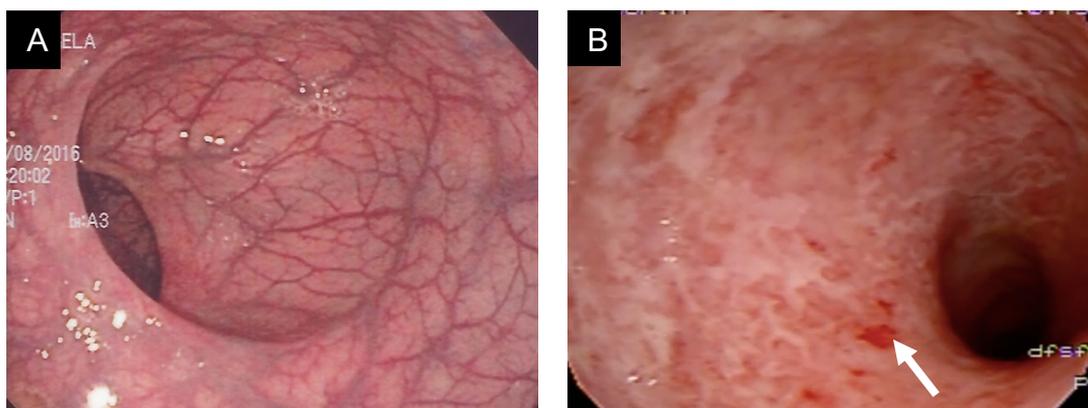
Figura 3. Achados na colonoscopia sugestivos de DC



Fonte: Arquivo dos autores. A – área de inflamação em meio a mucosa de aspecto normal (seta); B – úlceras grandes com fundo fibrinoso na válvula íleo cecal (setas).

São achados sugestivos de RCU na colonoscopia: inflamação contínua do reto ao cólon; perda do padrão vascular; clara demarcação entre a área inflamada e a não inflamada; friabilidade e úlceras (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; SPICELAND & NILESH, 2018; GAJENDRAN *et al.*, 2019; LAMB *et al.*, 2019; SU *et al.*, 2019; KUCHARZIK *et al.*, 2020). Podemos ver esses achados na Figura 4.

Figura 4. Achados na colonoscopia sugestivos de RCU



Fonte: Arquivo dos autores. A – mucosa retal com aspecto normal e com vascularização visível; B – mucosa retal com intenso processo inflamatório contínuo, com friabilidade (seta) e apagamento da vascularização.

Além da avaliação visual, a colonoscopia permite a coleta de biópsias das lesões encontradas. As principais alterações no exame histopatológico são na arquitetura da mucosa, que é composta por criptas, células da lâmina própria e epitélio (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; SU *et al.*, 2019). Na DC, os achados histopatológicos podem ser: edema mucoso; fibrose; agregados de células linfoplasmáticas; granuloma não caseoso, sendo que esse achado é característico de DC (TORRES *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018; SU *et al.*, 2019; TARRIS *et al.*, 2021). Na RCU, não existe nenhuma característica histopatológica específica. Os achados mais sugestivos são: focos hemorrágicos na lâmina própria, plasmocitose basal, edema mucoso e atrofia com distorção difusa das criptas (VIEIRA *et al.*, 2018; LAMB *et al.*, 2019; TARRIS *et al.*, 2021).

7.1.2 Retossigmoidoscopia flexível

A retossigmoidoscopia flexível é um exame que pode ser solicitado quando se quer um diagnóstico mais rápido ou quando a colonoscopia não pode ser realizada. Ela fornece imagens da mucosa do cólon esquerdo e reto, podendo também serem coletadas biópsias (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018; SPICELAND & NILESH, 2018). Quando é detectada inflamação colorretal na retossigmoidoscopia flexível, é recomendada a realização de colonoscopia para melhor avaliação da extensão

da inflamação e para realizar o diagnóstico diferencial com DC (LAMB *et al.*, 2019).

7.2 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

A endoscopia digestiva alta (EDA) não é solicitada como rotina diagnóstica nos pacientes com suspeita de DII, pois o envolvimento do trato digestivo alto nos pacientes com DC é de até 16%. Nos pacientes com suspeita de DC e que possuem sintomas de dor abdominal, náuseas, vômitos e perda de peso, a EDA está bem indicada (TORRES *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018). Os achados mais característicos de DC na EDA são: enantema, úlceras aftosas, estenoses e fístulas. Uma observação que deve ser levada em consideração é que na população pediátrica, o envolvimento do trato digestivo alto é mais frequente que nos adultos, então nessa população a EDA faz parte da avaliação inicial na suspeita de DII (SPICELAND & NILESH, 2018).

REFERÊNCIAS

GAJENDRAN, Mahesh; LOGANATHAN, Priyadarshini Loganathan; JIMENEZ, Guillermo; CATINELLA, Anthony P.; NG, Nathaniel; UMAPATHY, Chandraprakash; ZIADE, Nathalie; HASHASH, Jana G. A comprehensive review and update on ulcerative colitis. **Disease-a-Month**, v. 65, n. 12, 2019. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0011502919300318>>. Acesso em 20 agosto 2020.

HABR-GAMA, Angelita; TEIXEIRA, Magali Gênio; ALVES, Paulo Roberto Arruda; VENTURA, T. C.; GAMA RODRIGUES, Joaquim. Emprego da solução de manitol a 10% no preparo do intestino grosso para colonoscopia e cirurgia. *Rev Hosp Clin Fac Med*, v. 36, p. 239-243, 1981. Disponível em:

<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-38210>>. Acesso em 20 dezembro 2022.

HABR-GAMA Angelita; VIEIRA, Maria José Femenias; ALVES, Paulo Roberto; SOUSA JUNIOR, Afonso Henrique da Silva e; SOTOTUKA, Jorge Kuma; GAMA RODRIGUES, Joaquim; TRAVASSOS, Victor HUGO C. R. Bowel preparation for colonoscopy: a prospective study with 10% mannitol solution and with electrolyte solution containing polyethylene glycol. *GED gastroenterol. endosc. dig*, v. 5, n. 4, p. 127-32, 1986. Disponível em:

<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-38210>>. Acesso em 20 dezembro 2022.

KUCHARZIK, Torsten; KOLETZKO, Sibylle; KANNENGIESSER, Klaus; DIGNASS, Axel. Ulcerative Colitis-Diagnostic and Therapeutic Algorithms. **Dtsch Arztebl Int**, v. 117, n. 33-34, p. 564–574, 2020. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8171548/>. Acesso em 20 fevereiro 2021.

LAMB, Christopher Andrew; KENNEDY Nicholas A.; RAINE, Tim; HENDY, Philip Anthony; SMITH, Philip J.; LIMDI, Jimmy K.; HAYEE, Bu'Hussain; LOMER, Miranda C. E.; PARKES, Gareth C.; SELINGER, Christian; BARRET, Kevin J.; DAVIES, R. Justin; BENNETT, Cathy; GITTENS, Stuart; DUNLOP, Malcolm G.; FAIZ, Omar; FRASER, Aileen; GARRICK, Vikki; JOHNSTON, Paul D.; PARKES, Miles; SANDERSON, Jeremy; TERRY, Helen; GAYA, Daniel R.; IQBAL, Tariq H.; TAYLOR, Stuart A.; Smith, Melissa; BROOKES, Metthew; HANSEN, Richard; HAWTHORNE, A. Barney. Consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults, **Gut**. v. 68, suppl. 3, p. s1–s106, 2019. Disponível em: <https://gut.bmj.com/content/68/Suppl_3/s1>. Acesso em 20 abril 2020.

LICHTENSTEIN, Gary R.; LOFTUS, Edward V.; ISAACS, Kim I.; REGUEIRO, Miguel D.; GERSON, Lauren B.; SANDS, Bruce E. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults, **Americ J Gastroenterol**, v. 113, n. 4, p. 481-517, 2018. Disponível em: <https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2018/04000/ACG_Clinical_Guideline__Management_of_Crohn_s.10.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=2>. Acesso em 20 agosto 2020.

RANASINGHE, Indika R.; HSU, Ronald. Crohn Disease. 2020 Jun 9. In: StatPearls [Internet]. **Treasure Island (FL)**: StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 28613792. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436021/#article-20133.s2>>. Acesso em 18 abril 2021.

SADEGHI, Amir; RAJABNIA, Mohsen; BAGHERI, Mohammad; JAMSHIDIZADEH, Shaghayegh; SABERI, Samane; SHAHNAZI, Paria; PASHARAVESH, Leila; POURHOSEINGHOLI, Mohamad Amin; MIRZAEI, Mona; ASADZADEH AGHDAEI, Hamid; ZALI, Mohammad Reza. Predictive factors of inadequate bowel preparation for elective colonoscopy. **Gastroenterol and hepatol bed to bench**, v. 15, n. 1, p. 66–78, 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9123630/>>. Acesso em 15 maio 2022.

SPICELAND, Clayton M.; NILESH Lodhia. Endoscopy in inflammatory bowel disease: Role in diagnosis, management, and treatment. **World J of Gastroenterol**, v. 24, n. 35, p. 4014-4020, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6148432/>>. Acesso em 20 janeiro 2022.

SU, Hau-Jyun; CHIU, Yu-Tse; CHIU, Chuan-Tai; LIN, Yen-Chun; WANG, Chen-Yu; HSIEH, Jui-Ying; WEI, Shu-Chen. Inflammatory bowel disease and its treatment in 2018: Global and Taiwanese status updates. **J Formos Med Assoc.**, v. 118, n. 7, p. 1083-1092, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092966461830202X?via%3Dihub>>. Acesso em 14 janeiro 2022.

TARRIS, Georges; DE ROUGEMONT, Alexis; CHARKAOUI, Maëva; MICHIELS, Christophe; MARTIN, Laurent; BELLLOT, Gaël. Enteric Viruses and Inflammatory Bowel Disease. **Virus**, v. 13, n. 1, p. 104, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7828589/>>. Acesso em 28 maio 2021.

TORRES, Joana; MEHANDRU, Saurabh; COLOMBEL, Jean-Frédéric; PEYRIN-BIROULET, Laurent. Crohn's disease. **Lancet**, v. 389, n. 10080, p. 1741-1755, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27914655/>>. Acesso em 17 abril 2021.

VEAUTHIER, Brian; HORNECKER, Jaime R. Crohn's Disease: Diagnosis and Management. **Am Fam Physician**, v. 98, n. 11, p. 661-669, 2018. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2018/1201/p661.html>>. Acesso em 9 dezembro 2021.

VIEIRA, Andrea *et al.* Discutindo o diagnóstico da doença inflamatória intestinal. *In*: ZALTMAN Cyrla; CHEBLI, Julio Maria Fonseca; TEIXEIRA, Magaly Gêmio; DE ALBUQUERQUE, Idblan Carvalho; DE SOUZA, Heitor Siffert Pereira. *As Doenças Inflamatórias Intestinais na Atualidade Brasileira*. São Paulo: Office Publicações, 2018, p. 17-27. Disponível em: <https://gediib.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Livro_As-Doencas-Inflamatorias-Intestinais-na-Atualidade-Brasileria-GEDIIB-2018.pdf>. Acesso em 14 de fevereiro 2021.

YAMAMOTO-FURUSHO, J.K.; BOSQUES-PADILLA, F.; DE-PAULA, J.; GALIANO, M.T.; IBAÑEZ, P.; JULIAO, F.; KOTZE, P.G.; ROCHA, J.L.; STEINWURZ, F.; VEITIA, G.; ZALTMAN, C. Diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease: First Latin American Consensus of the Pan American Crohn's and Colitis Organisation. **Rev Gastroenterol Mex**, v. 82, n. 1, p. 46-84, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090616300829?via%3Dihub>>. Acesso em 14 de fevereiro 2021.

8 SUGESTÕES DE CONDUTA

Leury Max Santos Ferreira

Gerson Suguiyama Nakajima

Nesse capítulo iremos apresentar um roteiro do que deverá ser avaliado nos pacientes com suspeita de DII e um algoritmo de atendimento.

8.1 SINAIS E SINTOMAS

Pesquisar por sintomas sugestivos de DII: diarreia crônica, múltiplos episódios por dia; sangue misturado nas fezes; presença de muco, que pode ser relatado como “catarro”; tenesmo, que é a sensação de necessidade de defecar e não conseguir; dor abdominal, que pode ser relatada nas laterais do abdômen ou por vezes mais centralizada; perda de peso inexplicável (MARANHÃO; VIEIRA; CAMPOS, 2015; SAIRENJI; COLLINS; EVANS, 2017; TORRES *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER, 2018; ZALTMAN *et al.*, 2018; FLYNN & EISENSTEIN, 2019; GAJENDRAN *et al.*, 2019; KEDIA *et al.*, 2020; MACDOWELL *et al.*, 2021).

8.2 INFORMAÇÕES ÚTEIS NA ANAMNESE

Descartar outras causas de diarreia crônica, é fundamental e pode ser pesquisado inicialmente, durante a consulta: uso de medicações crônicas; viagens recentes; intercurso sexual anal sem preservativo; infecção pelo HIV; radioterapia pélvica prévia (SAIRENJI; COLLINS; EVANS, 2017; TORRES *et al.*, 2017; FLYNN & EISENSTEIN, 2019; PORTER; KALLA; HO, 2020).

8.3 ACHADOS NO EXAME FÍSICO

Avaliar as mucosas que podem apresentar sinais de anemia ou a presença de úlceras aftóides na boca ou no ânus. A pele pode se encontrar ressecada devido a desidratação. No abdômen, inspecionar se há distensão, massas, dor à palpação e cicatrizes por cirurgias prévias; questionar qual a cirurgia e há quanto tempo a mesma foi realizada (UNGARO, *et al.*, 2017; SEYEDIAN; NOKHOSTIN; MALAMIR, 2019; MCDOWELL, *et al.*, 2020; MEALIE;

ALI; MANTHEY, 2021). Não esquecer da avaliação perianal em busca de lesões como fissuras, fístulas, abscessos. O toque retal pode revelar além de dor ou não, sangue e muco no dedo de luva. Se possível realizar anoscopia para avaliar a mucosa do reto distal que pode estar com edema, enantema, sangramento e úlceras (CANESSA, 2011; MALLMANN & MALLMANN, 2012; UNGARO, *et al.*, 2017; KEYAL; LIU; BHATTA, 2018; VEAUTHIER & HORNECKER, 2018; COSTA & SILVA, 2019).

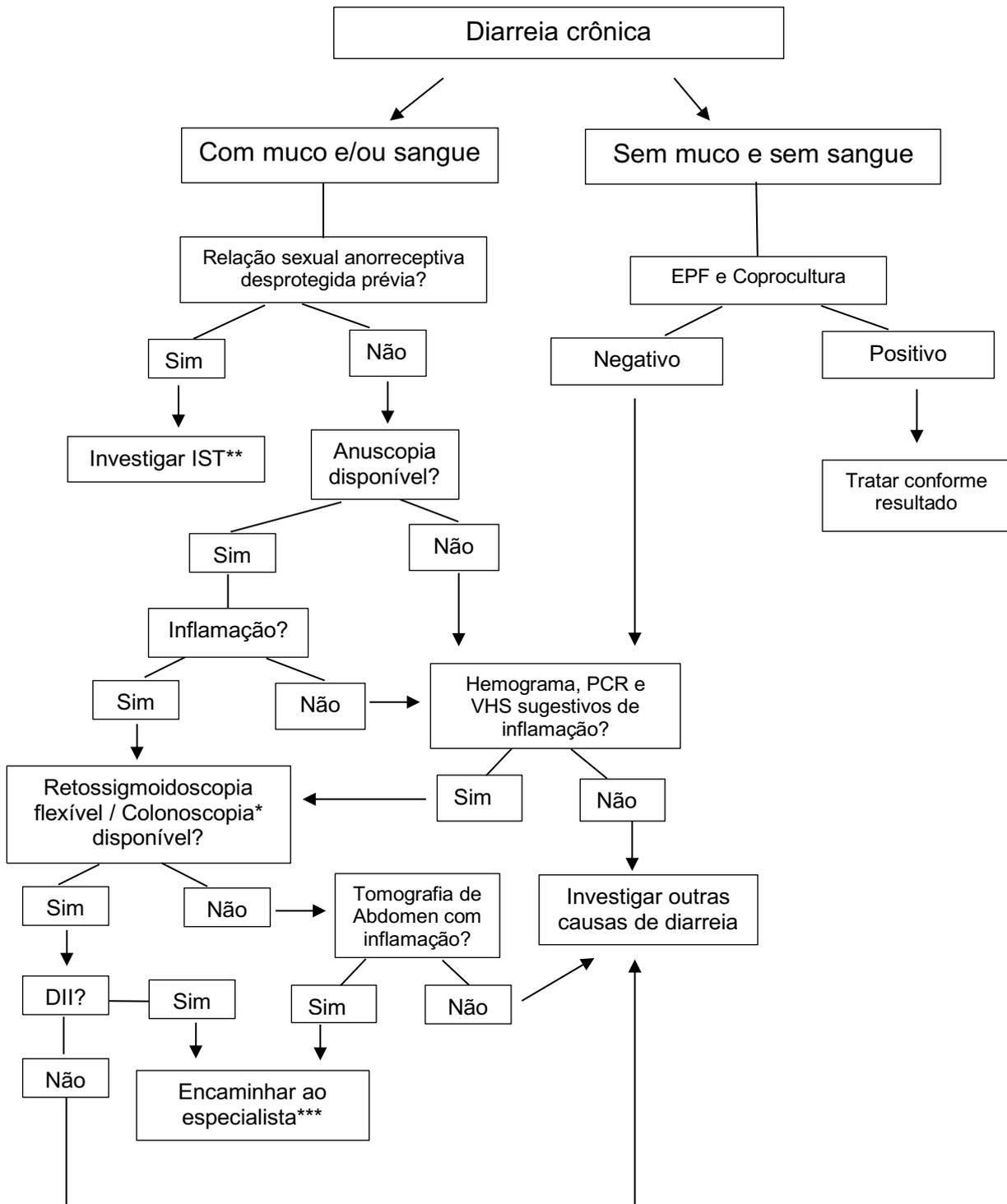
8.4 RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS

Solicitar hemograma, PCR, VHS, coprocultura e parasitológico de fezes. No hemograma, estar atento à anemia e presença de leucocitose (MACDOWELL *et al.*, 2021). A elevação da PCR e VHS é sensível para inflamação e pode indicar DII (DAMIÃO *et al.*, 2019). A coprocultura e o parasitológico de fezes, indicam doença infecciosa ou parasitária quando positivos (respectivamente), sendo menos provável o diagnóstico de DII (UNGARO *et al.*, 2016; LICHTENSTEIN *et al.*, 2018; MACDOWELL *et al.*, 2021).

8.5 EXAMES DE IMAGEM E ENDOSCÓPICOS

Quando houver suspeita de DII e os exames endoscópicos não estiverem disponíveis, a tomografia do abdômen pode ser útil caso identifique espessamento da parede colônica, estenoses, abscessos e distensão (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; MACDOWELL; FAROOQ; HASEEB, 2021). A retossigmoidoscopia flexível deve ser solicitada quando a suspeita é de RCU, pois sua realização é mais rápida, podendo ser complementada posteriormente pela colonoscopia, que ainda é o exame mais recomendado para o diagnóstico de DII (YAMAMOTO-FURUSHO *et al.*, 2017; LICHTENSTEIN, *et al.*, 2018; SPICELAND & NILESH, 2018; LAMB *et al.*, 2019). Os pacientes a partir de 45 anos de idade têm indicação de realizar colonoscopia para prevenir o câncer colorretal (WOLF *et al.*, 2018). Após diagnosticado, encaminhar o paciente para um desses especialistas nas unidades de referência: coloproctologista ou gastroenterologista ou cirurgião do aparelho digestivo.

8.6 ALGORITMO DE ATENDIMENTO DOS PACIENTES COM SUSPEITA DE DII



* Pacientes a partir de 45 anos já tem indicação de exame colonoscópico como prevenção do câncer colorretal (WOLF *et al.*, 2018);

** Infecção sexualmente transmissível;

*** Gastroenterologista, coloproctologista, cirurgião do aparelho digestivo;

Unidades de referência: Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), Policlínica Danilo Correia, Policlínica do bairro Cachoeirinha.

REFERÊNCIAS

CANESSA, Cesar E. Examen proctológico y tacto rectal en el diagnóstico clínico de síntomas anorrectales. **Rev. Méd. Urug.**, v. 27, n. 2, p. 65-72, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902011000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 abril 2021

COSTA E SILVA, I. T. Noções de Coloproctologia: Exame Proctológico. Módulos de Coloproctologia. Disciplina de Cirurgia do Sistema Digestório, Órgãos Anexos e Parede Abdominal. Universidade Federal do Amazonas, 2019. Disponível em <<http://home.ufam.edu.br/dcc1/modulos/l/1exame.htm>>. Acesso em 29 dezembro 2020.

DAMIÃO, Adérson Omar Mourão Cintra; VIEIRA, Andrea; VILELA, Eduardo Garcia; TEIXEIRA, Fábio Vieira; ALBUQUERQUE, Idblan Carvalho de; PARENTE, José Miguel Luz; CHEBLI, Júlio Maria Fonseca; JÚNIOR, Orlando Ambrogini; HOSSNE-SAAD, Rogerio; MISZPUTEN, Sender Jankiel. Guideline on Ulcerative Colitis. **International J of Inflammatory Bowel Dis**, v. 5, n. 1, p. 12-20, 2019. Disponível em: <https://gediib.org.br/wp-content/uploads/2019/10/REVISTA-INTERNATIONAL-JOURNAL_VOL5-N1-2.pdf>. Acesso em 16 novembro 2019.

FLYNN, Sean; EISENSTEIN Samuel. Inflammatory Bowel Disease Presentation and Diagnosis. **Surg Clin North Am.**, v. 99, n. 6, p.1051-1062, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31676047/>>. Acesso em 20 de fevereiro 2021.

GAJENDRAN, Mahesh; LOGANATHAN, Priyadarshini Loganathan; JIMENEZ, Guillermo; CATINELLA, Anthony P.; NG, Nathaniel; UMAPATHY, Chandraprakash; ZIADE, Nathalie; HASHASH, Jana G. A comprehensive review and update on ulcerative colitis. **Disease-a-Month**, v. 65, n. 12, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0011502919300318>>. Acesso em 20 agosto 2020.

KEDIA, Saurabh; DAS, Prasenjit; MADHUSUDHAN, Kumble Seetharama; DATTAGUPTA, Siddhartha; SHARMA, Raju; SAHNI, Peush; MAKHARIA, Govind; AHUJA, Vineet. "Differentiating Crohn's disease from intestinal tuberculosis." **World J of Gastroenterol**, v. 25, n. 4, p. 418-432, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6350172/>>. Acesso em 14 janeiro 2022.

KEYAL, Uma; LIU, Yeqiang; BHATTA, Anil Kumar. Dermatologic Manifestations of Inflammatory Bowel Disease: A Review. **Discov Med** v. 25, n. 139, p. 225-233, 2018. Disponível em: <<https://www.discoverymedicine.com/Uma-Keyal/2018/05/dermatologic-manifestations-of-inflammatory-bowel-disease-a-review/>>. Acesso em 14 novembro 2021.

LAMB, Christopher Andrew; KENNEDY Nicholas A.; RAINE, Tim; HENDY, Philip Anthony; SMITH, Philip J.; LIMDI, Jimmy K.; HAYEE, Bu'Hussain; LOMER, Miranda C. E.; PARKES, Gareth C.; SELINGER, Christian; BARRET, Kevin J.; DAVIES, R. Justin; BENNETT, Cathy; GITTENS, Stuart; DUNLOP, Malcolm G.; FAIZ, Omar; FRASER, Aileen; GARRICK, Vikki; JOHNSTON, Paul D.; PARKES, Miles; SANDERSON, Jeremy; TERRY, Helen; GAYA, Daniel R.; IQBAL, Tariq H.; TAYLOR, Stuart A.; Smith, Melissa; BROOKES, Metthew; HANSEN, Richard; HAWTHORNE, A. Barney. Consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. **Gut**, v. 68, suppl. 3, p. s1–s106, 2019. Disponível em: <https://gut.bmj.com/content/68/Suppl_3/s1>. Acesso em 20 abril 2020.

LICHTENSTEIN, Gary R.; LOFTUS, Edward V.; ISAACS, Kim I.; REGUEIRO, Miguel D.; GERSON, Lauren B.; SANDS, Bruce E. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults, **Americ J Gastroenterol**, v. 113, n. 4, p. 481-517, 2018. Disponível em: <https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2018/04000/ACG_Clinical_Guideline__Management_of_Crohn_s.10.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=2>. Acesso em 20 agosto 2020.

MARANHÃO, Débora Davalos Albuquerque.; VIEIRA, Andrea; CAMPOS, Tércio de. Características e diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais. **J. Bras. Med.**, v. 103, n. 1, mar 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2015/v103n1/a4920.pdf>>. Acesso em 14 maio 2019.

MALLMANN, K.; MALLMANN, I. O. Exame proctológico – preparação e técnica. *In*. CAMPOS, F. G. C. M.; REGADAS, F. S. P.; PINHO, Mário. **Tratado de Coloproctologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 65-68.

MCDOWELL, Christopher; FAROOQ, Umer; HASEEB, Muhammad. Inflammatory Bowel Disease. [Atualizado em 28 de junho de 2020]. *In*: StatPearls [Internet]. **Treasure Island (FL)**: StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470312/>>. Acessado em 21 maio 2021.

MEALIE, Carl A., ALI, Rimsha; MANTHEY, David E. Abdominal Exam. [Updated 2021 Jun 26]. *In*: StatPearls [Internet]. **Treasure Island (FL)**: StatPearls Publishing; 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459220/>>. Acesso em 09 dezembro 2021.

PORTER, Ross J.; KALLA, Rahul; HO, Gwo-Tzer. Ulcerative colitis: Recent advances in the understanding of disease pathogenesis. **F1000Res**, v. 9, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7194476/>>. Acesso em 18 fevereiro 2021.

SAIRENJI, Tomoko; COLLINS, Kimberly L.; EVANS, David V. An Update on Inflammatory Bowel Disease. Primary Care: **Clinics in Office Practice**, v. 44, n. 4, p. 673–692, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0095454317301045?via%3Dihub>>. Acesso em 18 fevereiro 2021.

SEYEDIAN, Seyed Saeid; NOKHOSTIN, Forogh; MALAMIR, Mehrdad Dargahi. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. **J Med Life**, v. 12, n. 2, p. 113-122, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6685307/>>. Acesso em 14 fevereiro 2021.

SPICELAND, Clayton M.; NILESH Lodhia. Endoscopy in inflammatory bowel disease: Role in diagnosis, management, and treatment. **World J of Gastroenterol.**, v. 24, n. 35, p. 4014-4020, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6148432/>>. Acesso em 20 janeiro 2022.

TORRES, Joana; MEHANDRU, Saurabh; COLOMBEL, Jean-Frédéric; PEYRIN-BIROULET, Laurent. Crohn's disease. **Lancet**, v. 389, n. 10080, p. 1741-1755, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27914655/>>. Acesso em 17 abril 2021.

UNGARO, Ryan; MEHANDRU, Saurabh; ALLEN, Patrick B.; PEYRIN-BIROULET, Laurent; COLOMBEL, Jean-Frédéric. Ulcerative colitis. **Lancet**, v. 389, n. 10080, p.1756-1770, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6487890/>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2021.

VEAUTHIER, Brian; HORNECKER, Jaime R. Crohn's Disease: Diagnosis and Management. **Am Fam Physician**, v. 98, n. 11, p. 661-669, 2018. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2018/1201/p661.html>>. Acesso em 09 dezembro 2021.

WOLF, Andrew M. D.; FONTHAM Elizabeth T. H.; CHURCH, Timothy R.; FLOWERS, Christopher R.; GUERRA, Carmen E.; LAMONTE, Samuel J.; ETZIONI, Ruth; MCKENNA, Matthew T.; OEFFINGER, Kevin C.; SHIH, Ya-Chen Tina; WALTER, Louise, C.; ANDREWS, Kimberly S.; BRAWLEY, Otis W.; BROOKS Durado; FEDEWA, Stacey A.; MANASSARAM-BAPTISTE, Deana; SIEGEL, Rebecca L.; WENDER, Richard C.; SMITH, Robert A. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. **CA Cancer J Clin**, v. 68, n. 4, p. 250-281, 2018. Disponível em: <<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21457>>. Acesso em 09 junho 2021.

YAMAMOTO-FURUSHO, J.K.; BOSQUES-PADILLA, F.; DE-PAULA, J.; GALIANO, M.T.; IBAÑEZ, P.; JULIAO, F.; KOTZE, P.G.; ROCHA, J.L.; STEINWURZ, F.; VEITIA, G.; ZALTMAN, C. Diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease: First Latin American Consensus of the Pan American Crohn's and Colitis Organisation. **Rev Gastroenterol Mex**, v. 82, n. 1, p. 46-84, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090616300829?via%3Dihub>>. Acesso em 14 de fevereiro 2021.

ZALTMAN, Cyrla; AMARANTE, Heda Maria B. Santos; BRENNER, Maria Machado; COSTA, Árcia Henriques Magellan Costa; FLORES, Cristina; LEAL, Raquel Franco; SANTANA, Genoile; ZERONCIO, Marco Antonio. Crohn's Disease Guidelines. **Int J Inflamm Bowel Dis**, v. 4, n. 1, p. 10-18, 2018. Disponível em: <https://gediib.org.br/wp-content/uploads/2019/10/REVISTA-INTERNATIONAL-JOURNAL_VOL4-N1_31-10-2018-1.pdf>. Acesso em 16 novembro 2019.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Leury Max Santos Ferreira

Gerson Suguiyama Nakajima

Conhecer a DII é de suma importância para fazer seu diagnóstico. Esse Manual contém informações de maneira prática e simplificada. Não é a intenção dos autores que o leitor se torne especialista em DII e sim, mostrar que é possível para o profissional de saúde que atende na Atenção Básica, fazer esse diagnóstico com o que está disponível no SUS do nosso Estado. Com as perguntas certas na anamnese e um exame físico direcionado, a suspeita diagnóstica pode ficar mais clara. Os exames complementares serão melhor utilizados e o paciente poderá ser encaminhado para tratamento especializado em tempo menor, reduzindo a chance de complicações e melhorando sua qualidade de vida.

10 ÍNDICE REMISSIVO

A

abscesso (s), 33, 43, 44, 58
Amazonas, 2, 13, 14, 15, 16, 20, 38
anamnese, 7, 20, 23, 26, 30, 57, 64
antibiótico (s), 6, 7, 23, 26
anticoncepcionais, 6
anti-inflamatórios, 6
anuscopia, 30, 33, 34, 58
ASCA, 39
atividade, 25, 37

C

calprotectina fecal, 38
câncer colorretal, 23, 26, 58, 59
ceco, 8, 31, 49
cirurgia (s), 5, 13, 15, 16, 20, 31, 57
classificação de Montreal, 21, 24
colite, 5, 8, 21, 23, 37, 38, 43
cólon, 6, 7, 13, 21, 24, 31, 42, 43, 44, 51, 52
colonoscopia, 6, 7, 43, 49, 50, 51, 52, 58,
coprocultura, 38, 58, 59

D

Doença de Crohn (DC), 5, 6, 8, 12, 13, 14, 15, 23, 24, 25, 26, 30, 31, 32, 33, 39, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 52, 53
descompressão súbita, 31

diagnóstico, 7, 8, 13, 14, 16, 22, 23, 26, 31, 34, 38, 39, 42, 43, 45, 49, 50, 52, 53, 58, 64
diarreia (s), 7, 8, 20, 21, 23, 24, 25, 57,
Doença Inflamatória Intestinal (DII), 5, 7, 12, 13, 14, 15, 16, 22, 23, 26, 33, 34, 37, 38, 39, 42, 43, 45, 50, 53, 57, 58, 59, 64
distensão, 25, 30, 31, 43, 57, 58
doença celíaca, 23
doença diverticular, 23, 31
dor abdominal, 20, 23, 24, 53, 57

E

Endoscopia dogestiva alta (EDA), 49, 53
edema, 6, 30, 34, 50, 52, 58
endoscópicos, 7, 49, 58
enterografia, 42, 45, 46
eritema nodoso, 25, 30
espessamento (s), 6, 43, 44, 45, 46, 58
estenose (s), 5, 24, 31, 39, 45, 46, 50, 53, 58
exame físico, 7, 30, 33, 37, 57, 64
exame parasitológico de fezes (EPF), 38, 59

F

febre, 20, 21, 22, 24, 30
fístula (s), 5, 25, 33, 37, 46, 50, 53, 58,

G

gastrointestinal, 5, 7, 24, 25, 26
gene (s), 5
genética, 5, 7, 8
granuloma (s), 6, 30, 52

H

hemograma, 37, 58, 59
hemorróida (s), 33
histopatológico, 6, 52
HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), 23, 57

I

leíte, 8
íleo, 5, 8, 13, 24, 31, 49, 50, 51
incidência, 6, 12, 13

P

P-ANCA, 39
pancolite, 21
Proteína C reativa (PCR), 22, 37, 38, 58, 59
pedras de calcamento, 50
perda de peso, 20, 23, 24, 25, 53, 57
perfuração (ões), 5, 8, 42, 43, 44
perianal, 24, 25, 30, 32, 33, 57
pneumoperitônio, 42, 43, 44
prevalência, 12, 13, 14
proctite, 21, 23

inflamação, 5, 6, 7, 13, 15, 20, 21, 24, 31, 37, 38, 39, 49, 50, 51, 52, 53, 58, 59
intestino delgado, 13, 15, 24, 25, 26, 31, 43, 44, 45, 46, 50
intestino grosso, 20, 49

L

laboratoriais, 7, 22, 37, 38, 58

M

manifestação extra-intestinal, 22, 25
massa abdominal, 30
megacólon tóxico, 42
muco, 7, 20, 24, 25, 33, 57, 58, 59
mucosa (s), 5, 6, 7, 8, 20, 30, 34, 38, 49, 50, 51, 52, 57, 58

R

radiografia, 31, 42, 43
Retocolite Ulcerativa (RCU), 5, 6, 7, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 30, 31, 32, 33, 39, 43, 44, 49, 50, 51, 52, 58
recorrência, 6
remissão, 6, 25
reto, 6, 7, 8, 13, 15, 20, 21, 25, 33, 34, 43, 44, 49, 50, 51, 52, 58
retossigmoidoscopia, 49, 52, 58, 59
retossigmoidoscópio, 8
Ressonância (RNM), 42, 45, 46

S

sangramento, 21, 58
sangue, 7, 20, 21, 22, 23, 24, 25,
33, 38, 57, 58, 59
sigmóide, 8
síndrome do intestino irritável, 23,
38
Sistema Único de Saúde (SUS), 14,
15, 16, 37, 38, 39, 42, 49, 64

T

tabagismo, 6, 7, 26
Tomografia (TC), 42, 43, 44, 45, 46,
58, 59
toque retal, 33, 34, 58

U

úlceras (as), 7, 8, 30, 38, 50, 51, 53,
57, 58

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



O pesquisador Leury Max Santos Ferreira, com a orientação do Dr Ivan Tramuja, pede autorização para coletar informações, que irão ajudar na realização das atividades do Trabalho de Pesquisa **“MANUAL PARA O DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS NO AMAZONAS”**. A presente pesquisa objetiva produzir um manual para auxiliar no diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais nos indivíduos que procuram atendimento na atenção primária do sistema único de saúde do Amazonas, com queixas relacionadas ao trato digestivo. Compreendemos no decorrer dessa pesquisa que a conscientização, principalmente dos médicos sobre o universo das doenças inflamatórias, torna-se fundamental na construção e promoção de ações para a melhoria da vida desses indivíduos. O senhor(a) responderá dois questionários eletrônicos, por meio de acesso a internet, com perguntas pertinentes sobre definições, epidemiologia, sintomatologia, exames laboratoriais, exames de imagem e exames endoscópicos. Sua participação se dará por meio de acesso a internet, utilizando computador, tablet ou smartphone, de preferência em seu domicílio, em cadeira confortável, dispondo de pelo menos 30 a 40 minutos, que não precisam ser contínuos, para resolução dos questionários a fim de evitar desconforto e sensação de que suas horas vagas estão sendo ocupadas por atividade não planejada. Sua participação poderá ser interrompida a qualquer momento visando o seu bem-estar. O seu nome não será divulgado e as informações obtidas são de caráter sigiloso, utilizadas apenas para fins científicos. Também estão assegurados a você, como participante da pesquisa, o direito de pedir indenizações e a cobertura material para reparação de eventual dano que lhe for causado pela pesquisa conforme resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7. Mesmo após sua autorização, terá o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem prejuízo do atendimento fornecido pelo pesquisador. Você não terá nenhuma despesa e também nenhuma

remuneração. Conseqüentemente a vantagem de sua participação é a de caráter científico ao auxiliar este estudo que poderá proporcionar meios para auxiliar no diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais no estado do Amazonas. Qualquer dúvida que você tiver, entre em contato com o pesquisador, Leury Max Santos Ferreira, pelo e-mail leurymax@hotmail.com ou pelo fone (92) 98450-4400. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004 / (92) 99171-2496, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Consentimento após informação: Considero-me devidamente informado e esclarecido sobre o conteúdo deste documento e da pesquisa a ser desenvolvida e, livremente, dou meu consentimento para inclusão como participante da pesquisa e atesto que me foi entregue uma via desse documento por e-mail.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante.

Data: ___/___/____

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO APLICADO NA PRIMEIRA FASE DO PROJETO

1 - Qual você considera a melhor definição de Retocolite Ulcerativa?

A – Doença inflamatória crônica, causada pela interação de fatores genéticos, microbiota intestinal e imunorregulação da mucosa, que afeta a mucosa e eventualmente submucosa do cólon e reto.

B – Doença inflamatória crônica, causada pela desregulação do sistema imunológico em resposta a alterações na flora intestinal comensal, acometendo inicialmente a mucosa do reto, podendo se estender para a mucosa do cólon.

C – Doença inflamatória crônica, caracterizada por inflamação da mucosa iniciada distalmente no reto, com extensão contínua proximal por uma distância variável, geralmente com uma demarcação abrupta entre a mucosa inflamada e não inflamada.

2 - Qual você considera a melhor definição de Doença de Crohn?

A - Doença inflamatória crônica de etiopatogenia multifatorial que pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal de forma segmentar, assimétrica e transmural com intensidade variável.

B - Doença inflamatória crônica, causada pela desregulação do sistema imunológico em resposta a alterações na relação hospedeiro-microbiota intestinal, podendo envolver todo ou qualquer parte do trato gastrointestinal.

C – É uma condição gastrointestinal inflamatória crônica complexa com idade de início, localização e comportamento variáveis.

3 - Em qual etapa da investigação a maior parte de seus pacientes com Doença Inflamatória Intestinal chegou até seu ambulatório?

A – Com diagnóstico.

B – Com suspeita.

C – Sem suspeita.

D – Outro _____.

4 - Qual ou quais exames complementares os pacientes com Doença inflamatória intestinal possuíam quando chegaram ao seu ambulatório?

A – Laboratorial.

B – Endoscópico.

C – Radiológico.

D – Outro _____.

5 – Qual/quais faixas etárias você considera serem as mais comuns de acometimento pela Doença de Crohn no Brasil?

- A – Até 17 anos.
- B – Entre 18 – 40 anos.
- C – Maior de 40 anos.
- D – Outro _____.

6 – Qual/quais faixas etárias você considera serem as mais comuns de acometimento pela Retocolite Ulcerativa no Brasil?

- A – Até 17 anos.
- B – Entre 18 – 40 anos.
- C – Maior de 40 anos.
- D – Outro _____.

7 - Qual o sexo você considera ser o mais acometido pela Retocolite Ulcerativa?

- A – Feminino.
- B – Masculino.
- C – Acredito ser semelhante.

8 - Qual o sexo você considera ser o mais acometido pela Doença de Crohn?

- A – Feminino.
- B – Masculino.
- C – Acredito ser semelhante.

9 – Algum paciente seu já havia sido submetido a cirurgia decorrente de complicação da doença inflamatória antes do diagnóstico?

- A – Sim.
- B – Não.

10 - Quais locais do trato gastrointestinal você considera que podem ser acometidos pela Retocolite Ulcerativa?

- A – Boca.
- B – Esôfago.
- C – Estômago.
- D – Intestino Delgado.
- E – Intestino Grosso.
- F – Reto.
- G – Ânus.
- H – Outro _____.

11 - Quais locais do trato gastrointestinal que você considera que podem ser acometidos pela Doença de Crohn?

- A – Boca.
- B – Esôfago.
- C – Estômago.
- D – Intestino Delgado.
- E – Intestino Grosso.
- F – Reto.
- G – Ânus.
- H – Outro _____.

12 – Qual ou quais segmentos intestinais você considera serem os mais acometidos na Retocolite Ulcerativa?

- A – Reto.
- B – Reto ao sigmoide.
- C – Reto ao transverso.
- D – Reto ao cólon direito.
- E – Outro _____.

13 – Qual ou quais segmentos intestinais você considera serem os mais acometidos na Doença de Crohn?

- A – Reto.
- B – Cólon esquerdo.
- C – Transverso.
- D – Cólon direito.
- E – Outro _____.

14 – As Doenças Inflamatórias Intestinais podem se manifestar em outros órgãos ou sistemas. Qual ou quais manifestações extra-intestinais da DII que você tem mais observado na prática?

- A – Atrites/artralgia.
- B – Eritema nodoso.
- C – Pioderma gangrenoso.
- D – Aftas orais.
- E – Uveítes.
- F – Outros _____.

15 - Qual ou quais sintomas você considera mais importantes para auxiliar no diagnóstico da Retocolite Ulcerativa?

- A – Diarréia persistente.
- B – Muco nas fezes.
- C – Sangue nas fezes.
- D – Dor abdominal.
- E – Fadiga.
- F – Perda de peso.
- G - Outros _____.

16 - Qual ou quais sintomas você considera importantes para auxiliar no diagnóstico da Doença de Crohn?

- A – Diarréia persistente.
- B – Muco nas fezes.
- C – Sangue nas fezes.
- D – dor abdominal.
- E – Fadiga.
- F – Perda de peso.
- G - Outros _____.

17 – Nos pacientes com suspeita de Retocolite Ulcerativa, quais os achados a somatoscopia que você consideraria importantes?

- A – Mucosas hipocoradas.
- B – Febre.
- C – Lesões cutâneas.
- D – Edemas articulares.
- E – Lesões oculares.
- G - Outros _____.

18 – Nos pacientes com suspeita de Doença de Crohn, quais os achados a somatoscopia que você consideraria importantes?

- A – Mucosas hipocoradas.
- B – Febre.
- C – Lesões cutâneas.
- D – Edemas articulares.
- E – Lesões oculares.
- G - Outros _____.

19 – Nos pacientes com suspeita de Retocolite Ulcerativa, quais os achados ao exame do abdômen que você consideraria importantes?

- A – Distensão abdominal.
- B – Abaulamentos.
- C – Dor a palpação.
- D – Massa palpável.
- E – Irritação peritoneal.
- F – Outros_____.

20 – Nos pacientes com suspeita de Doença de Crohn, quais os achados ao exame do abdômen que você consideraria importantes?

- A – Distensão abdominal.
- B – Abaulamentos.
- C – Dor a palpação.
- D – Massa palpável.
- E – Irritação peritoneal.
- F – Outros_____.

21 – Nos pacientes com suspeita de Retocolite Ulcerativa, quais os achados ao exame da região perianal que você consideraria importantes?

- A – Fístula perianal.
- B – Fissura anal.
- C – Estenose anal.
- D – Abscesso perianal.
- E – Fístula retovaginal.
- F – Outros_____.

22 – Nos pacientes com suspeita de Doença de Crohn, qual/quais achados ao exame da região perianal que você consideraria importantes?

- A – Fístula perianal.
- B – Fissura anal.
- C – Estenose anal.
- D – Abscesso perianal.
- E – Fístula retovaginal.
- F – Outros_____.

23 – Qual ou quais exames laboratoriais disponíveis no SUS você solicitaria inicialmente na suspeita de Doença Inflamatória Intestinal?

- A – Hemograma.
- B – PCR/VHS.
- C – Uréia/Creatinina.
- D – Parasitológico de fezes.
- E – TGO/TGP.
- F – Coprocultura
- G – Outros _____.

24 – Você solicitaria os marcadores sorológicos P-ANCA e ASCA para auxiliar no diagnóstico da Doença Inflamatória intestinal?

- A – Sim.
- B – Não.
- C – Outros _____.

25 – Você considera a anoscopia com a visualização do reto baixo um método prático de auxílio ao diagnóstico de pacientes com suspeita de Doença Inflamatória intestinal?

- A – Sim.
- B – Não. (especifique): _____.

26 – Conhecendo os exames de imagem disponíveis no SUS, você recomendaria algum/alguns dos exames abaixo para ajudar no diagnóstico da Retocolite Ulcerativa antes dos exames endoscópicos?

- A – Radiografia de abdômen.
- B – Ultrassonografia do abdômen.
- C – Tomografia do abdômen.
- D – Ressonância de Abdômen/pelve.
- E - Nenhum.
- F – Outro _____.

27 – Conhecendo os exames de imagem disponíveis no SUS, você recomendaria algum para ajudar no diagnóstico da Doença de Crohn antes dos exames endoscópicos?

- A – Radiografia de abdômen.
- B – Ultrassonografia do abdômen.
- C – Tomografia do abdômen.
- D – Ressonância de Abdômen/pelve.
- E - Nenhum.
- F – Outro _____.

28 – Conhecendo a realidade local do SUS, qual exame endoscópico você solicitaria para ajudar no diagnóstico da Retocolite Ulcerativa?

- A – Anuscopia.
- B – Retossigmoidoscopia Rígida.
- C – Retossigmoidoscopia Flexível.
- D – Colonoscopia.
- E. Outro_____.

29 – Conhecendo a realidade local do SUS, qual exame endoscópico você solicitaria para ajudar no diagnóstico da Doença de Crohn?

- A – Anuscopia.
- B – Retossigmoidoscopia Rígida.
- C – Retossigmoidoscopia Flexível.
- D – Colonoscopia.
- E – Endoscopia digestiva alta.
- F – Outro_____.

30 – Considerando um paciente do SUS que retorna ao seu ambulatório com o resultado de retossigmoidoscopia flexível com coleta de biópsias, onde foi evidenciado processo inflamatório contínuo em todos os segmentos avaliados; você solicitaria algum outro/outros exames para confirmar o diagnóstico de retocolite ulcerativa?

- A – Não.
- B – Aguardaria o histopatológico.
- C – Complementaria com colonoscopia.
- D – Solicitaria Enterotomografia.
- E – Outro_____.

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO APLICADO NA SEGUNDA FASE DO PROJETO

1 – Qual você considera a melhor definição de Retocolite Ulcerativa?

A – Doença inflamatória crônica, causada pela interação de fatores genéticos, microbiota intestinal e imunorregulação da mucosa, que afeta a mucosa e eventualmente submucosa do cólon e reto.

B – Doença inflamatória crônica, caracterizada por inflamação da mucosa iniciada distalmente no reto, podendo se estender de maneira contínua pelo cólon, a uma distância variável.

2 – Qual a porcentagem dos seus pacientes que foram submetidos a cirurgia decorrente de complicação da doença inflamatória intestinal antes do diagnóstico?

A – até 25%

B – 25% a 50%

C – 50% a 75%

D – 75% a 100%

E: Nenhum paciente

3 – Qual exame complementar os pacientes com suspeita de Doença Inflamatória Intestinal possuíam quando chegaram ao seu ambulatório?

A – Laboratorial

B – Endoscópico

4 – Quanto ao acometimento por sexo, qual a opção abaixo você considera ser mais frequente em relação à Retocolite Ulcerativa na sua prática clínica?

A – Acredito ser semelhante

B – Feminino

5 – Quanto ao acometimento por sexo, qual a opção abaixo você considera ser mais frequente em relação à Doença de Crohn na sua prática clínica?

A – Acredito ser semelhante

B – Feminino

C – Masculino

6 – Considerando que o intestino delgado é o local mais acometido pela Doença de Crohn, que exame você recomendaria para fazer esse diagnóstico? Apenas 1 opção será aceita.

A – Laboratorial (qual?)

B – Endoscópico (qual?)

C – Radiológico (qual?)

D – Outro (qual?)

7 – A manifestação extra-intestinal mais vista na prática pelos especialistas é a artrite / artralgia. Em qual grupo articular você mais observa essa manifestação na sua prática clínica?

- A – Articulações das mãos e ou punhos
- B – Articulações dos pés e ou tornozelos
- C – Articulações de joelhos e ou cotovelos
- D – Articulações da coluna lombar e ou sacral
- E – Articulações da coluna torácica e ou cervical
- F – Outras Articulações (especifique)

8 – Dos sintomas escolhidos pelos especialistas que auxiliam no diagnóstico de Retocolite Ulcerativa, enumere qual você considera ser a ordem de importância desses sintomas?

- Diarreia persistente
- Sangue nas fezes
- Muco nas fezes

9 – Dos sintomas escolhidos pelos especialistas que auxiliam no diagnóstico de Doença de Crohn, enumere qual você considera ser a ordem de importância desses sintomas?

- Diarreia persistente
- Dor abdominal
- Perda de peso

10 – Dos achados mais importantes à somatoscopia na suspeita de Doença de Crohn qual você considera ser o mais importante?

- A – Mucosas hipocoradas
- B – Febre
- C – Lesões cutâneas

11 – Dos achados mais importantes à somatoscopia na suspeita de Retocolite Ulcerativa qual você considera ser o mais importante?

- A – Dor a palpação
- B – Distensão abdominal

12 – Em relação aos achados mais importantes no exame do abdômen dos pacientes com suspeita de Doença de Crohn, enumere qual você considera ser a ordem de importância desses achados?

- Distensão abdominal
- Dor a palpação
- Massa palpável

13 – Nos pacientes com suspeita de Retocolite Ulcerativa, quais os achados ao exame da região perianal que você consideraria importantes dentre os abaixo?

- A – Fístula perianal.
- B – Fissura anal.
- C – Fístula retovaginal.
- D – Anite.
- E – Abscesso perianal.
- F – Sem alterações ao nível perianal.

14 – Em relação aos achados ao exame da região perianal nos pacientes com suspeita de Doença de Crohn, enumere qual você considera ser a ordem de importância desses achados?

- () Fístula perianal
- () Fissura anal
- () Estenose anal
- () Fístula retovaginal
- () Abscesso perianal

15 – Dos exames laboratoriais disponíveis no SUS, o hemograma, PCR / VHS foram escolhidos por todos para iniciar a investigação em pacientes suspeitos do Doença Inflamatória Intestinal. Em relação aos demais exames escolhidos, qual você considera ser o mais importante?

- A – Coprocultura.
- B – Parasitológico de fezes

16 – Considerando que a tomografia de abdômen é o exame de imagem disponível no SUS que pode ser realizado antes dos exames endoscópicos para auxiliar no diagnóstico de Retocolite Ulcerativa. Você solicitaria esse exame de que forma?

- A – Sem contraste
- B – Com contraste oral
- C – Com contraste venoso
- D – Com contraste retal
- E – Com contraste oral e venoso
- F – Com contraste oral, venoso e retal

17– Qual desses exames de imagem disponíveis no SUS que você recomendaria antes dos exames endoscópicos para auxiliar no diagnóstico de Doença de Crohn?

- A – Tomografia de abdômen sem contraste.
- B – Tomografia de abdômen com contraste oral
- C – Tomografia de abdômen com contraste venoso
- D – Tomografia de abdômen com contraste oral e venoso (enterotomografia)
- E – Ressonância de abdômen sem contraste
- F – Ressonância de abdômen com contraste venoso
- G – Ressonância de abdômen com contraste oral e venoso (enteroressonância)

18 – Considerando que segundo os especialistas o segmento mais acometido pela Retocolite Ulcerativa é do reto ao sigmoide e conhecendo a realidade local do SUS, qual exame endoscópico você solicitaria para auxiliar no diagnóstico da Retocolite Ulcerativa?

- A – Retossigmoidoscopia Rígida
- B – Retossigmoidoscopia Flexível
- C – Colonoscopia

19 – Considerando um paciente do SUS que retorna ao seu ambulatório com o resultado de retossigmoidoscopia flexível, onde foi evidenciado processo inflamatório contínuo em todos os segmentos avaliados (reto e sigmoide), porém ainda sem o resultado das biópsias coletadas. Qual seria a sua conduta entre as alternativas abaixo para confirmar o diagnóstico de retocolite ulcerativa?

- A – Aguardaria histopatológico
- B – Complementaria com colonoscopia

APÊNDICE E – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

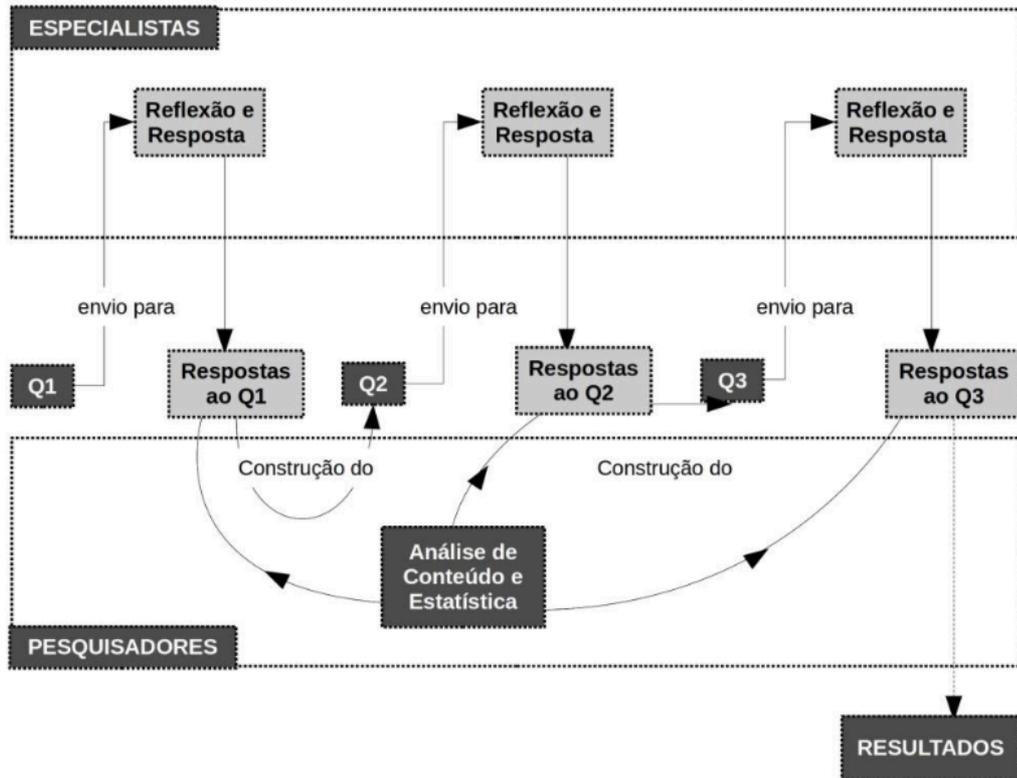
Nº	Descrição	Set 2019	Out	Nov	Dez	Jan 2020	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
1	Revisão bibliográfica	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	Submissão ao CEP				R	R	R	R					
2	Coleta de dados										R	R	R
3	Organização dos dados												R
4	Análise parcial dos resultados												R
5	Elaboração do Relatório Parcial												

Nº	Descrição	Set 2020	Out	Nov	Dez	Jan 2021	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
6	Revisão Bibliográfica	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
7	Coleta de dados	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R		
8	Organização dos dados	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R		
9	Elaboração do Relatório Parcial	R	R	R									
10	Análise final dos resultados											R	R
11	Elaboração do Relatório Final												

Nº	Descrição	Set 2021	Out	Nov	Dez	Jan 2022	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
12	Revisão Bibliográfica	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
13	Análise final dos resultados	R	R	R	R	R	R	R					
14	Elaboração do Relatório Final							R	R	R	R	R	

Legenda: R – realizado.

ANEXO 1 – ESQUEMA GENÉRICO DE IMPLEMENTAÇÃO DO MÉTODO DELPHI COM TRÊS RODADAS.



Fonte: Método DELPHI - caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação