

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL UTILIZANDO O QUESTIONÁRIO SF-12: AS INFLUÊNCIAS DO TRATAMENTO, MANIFESTAÇÕES EXTRA INTESTINAIS, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E ÍNDICE DE HARVEY-BRADSHAW.

ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE USING THE SF-12 QUESTIONNAIRE: THE INFLUENCES OF TREATMENT, EXTRA INTESTINAL MANIFESTATIONS, EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND HARVEY-BRADSHAW INDEX.

Bruno Fontoura **CAGLIARI**¹, Fabíola de Carlos **DA ROCHA**¹, Thelma Larocca **SKARE**².

Rev. Méd. Paraná/1451

Cagliari BF, Da Rocha FC, Skare TL. Análise da qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal utilizando o questionário SF-12: As influências do tratamento, manifestações extra intestinais, perfil epidemiológico e índice de Harvey-Bradshaw. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2017;75(2):9-16.

RESUMO - Objetivos: Comparar a qualidade de vida (QV) entre pacientes com doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa (RCU). Avaliar a QV sob a influência de manifestações extra intestinais (MEI), perfil clínico e demográfico, tratamento medicamentoso, número de segmentos gastrointestinais acometidos e atividade da DC. Métodos: Foram coletados 220 questionários sobre doença inflamatória intestinal (DII) e MEI. O 12-Item Short Form Health Survey (SF-12) foi adotado para avaliar a QV de pacientes com RCU e DC, enquanto o índice de Harvey-Bradshaw (IHB), classificou a atividade da DC apenas. A QV foi estudada pela influência das MEI e do perfil dos pacientes. Resultados: O IHB alterou a QV física ($p < 0,0001$) e mental ($p = 0,003$); na RCU, os glicocorticoides ($p = 0,02$) e manifestações pulmonares ($p = 0,05$) prejudicaram a QV física e o gênero influenciou ambas ($p = 0,01$). Conclusões: Não houve diferença entre a QV das DII. Na DC, o IHB alterou o bem-estar geral. Na RCU, o sexo masculino apresentou melhor QV geral em relação ao feminino; pacientes com manifestações pulmonares ou usuários de glicocorticoides apresentaram menor QV física. O número de segmentos gastrointestinais adoecidos não interferiu na QV.

DESCRITORES - Doença Inflamatória Intestinal, Doença de Crohn, Retocolite Ulcerativa, Manifestações Extra Intestinais, Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

A retocolite ulcerativa (RCU) e a doença de Crohn (DC) são classificadas como doenças inflamatórias intestinais (DII), acometendo o trato digestório em extensões diversas. Elas são conhecidas como condições inflamatórias crônicas, resultantes de ativação persistente e inadequada do sistema imune em mucosas. Essa desregulação manifesta-se através de uma elevação local de diversas citocinas,

como TNF-alfa, interferon-gama, IL-12, IL-13 e IL-17. Entretanto, a etiologia dessas doenças ainda não foi definitivamente esclarecida¹.

A DC caracteriza-se por inflamação transmurais (granulomatosa em 30% dos casos) e descontínua do trato digestório, acometendo preferencialmente o intestino delgado distal (íleo), mas com potencial para atingir qualquer outro segmento, da boca ao ânus. Por sua tendência para causar fibrose, pode levar a estenoses e obstruções, e pela possibilidade

Trabalho realizado na Faculdade Evangélica do Paraná.

1 - Acadêmico de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná.

2 - Professora da cadeira de reumatologia da Faculdade Evangélica do Paraná; doutora em princípios da cirurgia.

de micro perfurações podem se formar fístulas².

A RCU, por sua vez, caracteriza-se por um acometimento superficial e contínuo da mucosa colônica, quase invariavelmente acometendo o reto e podendo-se estender no sentido proximal. Habitualmente é classificada, quanto à gravidade e à extensão do acometimento, como leve, quando somente o reto ou retossigmoide são atingidos (proctite ou proctossigmoidite); moderada, quando o cólon descendente também está comprometido (colite esquerda); e grave, quando pode chegar ao ceco (pancolite)¹.

Além dos sintomas intestinais característicos como diarreia crônica, tenesmo retal, sangue e muco nas fezes, as DII podem se manifestar através de uma série de manifestações extraintestinais (MEI) que podem passar despercebidas. Entre essas, pode-se citar articulares, como artralgia, artrites e espondilite; dermatológicas, como eritema nodoso e psoríase; oftalmológicas, como uveíte e episclerite; urológicas, como litíase renal, insuficiência renal e nefrosclerose; hepatobiliares, como colelitíase, esteatose e colangite esclerosante; pulmonares, como derrame pleural, bronquiectasia e asma; e manifestações vasculares, como trombose venosa e vasculites¹.

Pelo acima descrito torna-se evidente que tais doenças podem influir de maneira importante na qualidade de vida de seu portador. A qualidade de vida (QV) é determinada pela extensão em que as ambições e as esperanças correspondem à experiência pessoal; pelas percepções do indivíduo sobre sua posição na vida. Leva em conta o contexto cultural e os sistemas de valores em que a pessoa vive, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e conceitos. Ela avalia o estado atual em relação ao ideal, bem como o que as pessoas consideram como fatores importantes em suas vidas. A mensuração da QV é parâmetro importante na avaliação do impacto das doenças crônicas, visto que as alterações fisiológicas, ainda que propiciem importantes informações para o clínico, podem surtir efeitos diversos nos pacientes e familiares por influenciar a capacidade funcional e o bem-estar que são aspectos fundamentais às pessoas doentes³.

O controle da DC tem por objetivo conduzir o paciente a um período de remissão e melhorar seu bem-estar diário além de prevenir futuras complicações. Para isso são utilizados os meios farmacológicos, cirúrgicos, psicológicos e educacionais para combater o avanço das manifestações intra e extra-intestinais. Da mesma forma se faz para a RCU, devendo ser empregados de acordo com a necessidade do paciente, a fim de trazer a doença a um período de remissão, evitando futuras complicações⁴.

Os principais fármacos utilizados no tratamento das DII são aminossalicilatos, corticoides, imunossuppressores, e terapia biológica anti-TNF, utilizados em terapias de *Step-up* e *Top-down* de acordo com a orientação médica. O suporte nutricional e o suporte sintomático das MEI poderão ser necessários para complementar a

terapia clássica em fases ativas da DII. Utilizam-se também antibióticos com o propósito de evitar a ativação imunológica por patógenos.^{4,5}

Complementando o tratamento farmacológico, deve-se trabalhar a transmissão de informações entre médico e paciente. Ilustrando a realidade diária da doença torna-se possível indicar um acompanhamento psicológico adequado para auxiliar na aderência da nova dieta e manter equilíbrio psíquico-físico afetado pela morbidade⁴.

No presente trabalho procurou-se comparar a qualidade de vida entre as doenças inflamatórias intestinais; estudar na DC e RCU a relação entre a QV sob a influência de MEI, perfil clínico e demográfico, terapia medicamentosa, número de segmentos gastrointestinais acometidos pelas doenças e índice da atividade da doença de Crohn.

MATERIAL E MÉTODOS

Este foi um estudo prospectivo, transversal, observacional e multicêntrico, no qual foram coletados, entre setembro de 2016 e maio de 2017, 280 questionários online, através da plataforma Google Forms®, de pacientes da Associação Paranaense dos Portadores de Doenças Inflamatórias Intestinais (APARDII) e de participantes de um grupo de rede social para doentes com doença inflamatória intestinal. Foram excluídos 60 pacientes devido a emissão de questionários incompletos ou mais de um questionário, totalizando uma amostra de 220 respostas.

Foi analisado o perfil dos pacientes, coletando-se dados referentes a variáveis demográficas (idade, sexo e onde reside) e clínicas (idade ao diagnóstico, tempo de doença, comorbidades associadas, segmentos gastrointestinais acometidos pela enfermidade, tempo de tratamento, terapia medicamentosa utilizada e presença de manifestações extra intestinais).

Estavam também anexados os questionários índice de Harvey-Bradshaw (IHB) para atividade da doença de Crohn e 12-Item Short Form Survey (SF-12). O IHB sugere a atividade da DC (remissão, leve, moderada e severa) através dos sintomas gastrointestinais presentes no dia anterior. Enquanto o SF-12 gera uma pontuação diretamente proporcional à qualidade de vida física e mental do paciente, a partir de 12 perguntas referentes ao bem-estar.

Foram estudadas as MEI articulares, dermatológicas, oftalmológicas, renais/urológicas, hepatobiliares, pulmonares e vasculares. Contudo, 12 pacientes foram desconsiderados dos estudos das MEI musculoesqueléticas e 4 foram removidos das análises das MEI pulmonares, devido ao fato de apresentarem: síndrome de Sjögren, lúpus, fibromialgia, artrose lombar, fibrodissplasia ossificante progressiva ou asma.

Os dados foram agrupados em tabelas de contingência e frequência, com as medidas de tendência central expressas em medianas, sendo posteriormente es-

tudados com a qualidade de vida em análise univariada através dos testes de Mann Whitney, T não pareado e correlação de Spearman com nível de significância de 95%. As variáveis foram, em seguida, submetidas à regressão múltipla para teste de independência, utilizando a mesma significância adotada anteriormente.

RESULTADOS

A amostra de 220 pacientes era composta por 70 indivíduos com DC (31,8%) e 150 com RCU (68,1%) sendo 176 do sexo feminino (53 com DC e 123 com RCU) e 44 do sexo masculino (17 com DC e 27 com RCU).

Os indivíduos estudados possuíam idades entre 1,6 e 66 anos (1,6-66 anos na DC e 2-64 anos na RCU). O diagnóstico da DII foi feito entre as idades de 1,1 e 61 anos (entre 1,1 e 61 anos na DC e entre 2 e 59 na RCU), e a duração de doença era 0,1 a 33 anos em ambas as DII. Os estudados eram pertencentes a todo o Brasil e residiam mais precisamente em: 0,9% (2) na região Norte, 7,7% (17) na região Nordeste, 5,4% (12) na região Centro-oeste, 56,3% (124) na região Sudeste e 29,5% (65) na região Sul.

Os resultados referentes a distribuição da extensão da doença gastrointestinal estão expostos na **Tabela 1**.

TABELA 1 – EXTENSÃO DA DOENÇA GASTROINTESTINAL NA DC E RCU

Extensão (DC)	Nº de pacientes (DC)	Extensão (RCU)	Nº de pacientes (RCU)
1 porção	33	1 porção	64
2 porções	26	2 porções	35
3 porções	10	3 porções	17
4 porções	1	4 porções	7
Total	70	Universal	11
-	-	Total	134

DC= Doença de Crohn; RCU= reto colite ulcerativa

O Índice de Harvey-Bradshaw para a atividade da doença de 45 pacientes com doença de Crohn variou entre 1 e 18. Nesta doença foram encontrados 40% (18) em estado de remissão, 17,7% (8) em atividade leve, 37,7% (17) com doença moderada e 4,4% (2) em atividade grave.

O score SF-12 de qualidade de vida física e mental dos pacientes variou de 21 a 66,6 (mediana de 42,6 na DC e 41,7 na RCU) e 14,1 a 60,8 (mediana de 32,4 na DC e 34,5 na RCU), respectivamente. Comparando-se ambos os espectros da QV entre as duas DII através do teste de Mann Whitney, não houve diferenças: foram obtidos os valores de $p=0,93$ para o bem-estar físico e de $p=0,38$ para o bem-estar psíquico.

Entre os 220 pesquisados, 196 (89,0%) realizavam terapia farmacológica crônica para a DII. O tempo de tratamento já realizado variou de 1,1 a 34 anos, com uma mediana de 4 anos. A relação dos medicamentos

utilizados no tratamento da amostra encontra-se na **Tabela 2** abaixo.

TABELA 2 – MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE O TRATAMENTO DE 220 PACIENTES COM DII

Medicamento	Nº de pacientes	%
Adalimumabe	7	3,1%
Anti depressivos	25	11,3%
Azatioprina	64	29,0%
Corticoide	27	12,2%
Hidroxiclorquina	2	0,9%
Infliximabe	4	1,8%
Mesalazina	127	57,7%
Sulfassalazina	25	11,3%
Talidomida	1	0,4%
Vedolizumabe	2	0,9%
Não realizam tratamento	24	10,9%

DII= Doença inflamatória intestinal

O estudo da influência da terapia medicamentosa na QV dos pacientes com Chron encontra-se na **Tabela 3**. Nela é possível observar somente a influência da terapia com sulfas, a qual era pior nos usuários da mesma.

TABELA 3 – ESTUDO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA E QV FÍSICA DE PACIENTES COM DC

Medicamento	Mediana SF-12 com variável	Mediana SF-12 sem variável	p
Anti depressivos	38,4	44,3	0,34*
Anti TNF1	34,3	43,8	0,14**
Azatioprina	41,8	43,3	0,70*
Corticoide	46,8	42,5	0,59**
Sulfa2	39,4	47,1	0,03*
Hidroxiclorquina	-	-	N insuficiente
Talidomida	-	-	N insuficiente
Vedolizumabe	-	-	N insuficiente

1 Adalimumabe + Infliximabe 2 Mesalazina + Sulfassalazina * teste de Mann Whitney * teste T não pareado
QV= qualidade de vida; DC= doença de Crohn; SF-12- short form 12

Na **Tabela 4** encontra-se ao estudo da influência dos medicamentos na qualidade de vida mental dos pacientes com DC.

TABELA 4 – ESTUDO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA E QV MENTAL DE PACIENTES COM DC

Medicamento	Mediana SF-12 com variável	Mediana SF-12 sem variável	p*
Anti depressivos	39,1	31,8	0,06
Anti TNF1	30,5	33,3	0,18
Azatioprina	34,6	32,3	0,35
Corticoide	33,6	32,3	0,65
Sulfa2	32,4	32,9	0,86
Hidroxiclorquina	-	-	N insuficiente

Talidomida	-	-	N insuficiente
Vedolizumabe	-	-	N insuficiente

1 Adalimumabe + Infliximabe 2 Mesalazina + Sulfassalazina *
teste de Mann Whitney
QV= qualidade de vida; DC= doença de Crohn; SF-12- short form 12

Já o estudo da influência do tratamento na QV física em pacientes com RCU pode ser vista na **Tabela 5**. Na **Tabela 6** é encontrado este mesmo estudo em relação à qualidade de vida mental.

TABELA 5 – ESTUDO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA E QV FÍSICA DE PACIENTES COM RCU

Medicamento	Mediana SF-12 com variável	Mediana SF-12 sem variável	p*
Anti depressivos	40,0	42,1	0,15
Azatioprina	42,8	42,1	0,86
Corticoide	37,4	42,3	0,09
Sulfa2	42,1	38,6	0,26
Anti TNF1	-	-	N insuficiente
Hidroxiclorquina	-	-	N insuficiente
Talidomida	-	-	N insuficiente
Vedolizumabe	-	-	N insuficiente

1 Adalimumabe + Infliximabe 2 Mesalazina + Sulfassalazina *
teste de Mann Whitney
QV= qualidade de vida; RCU= retocolite ulcerativa; SF-12- short form 12

TABELA 6 – ESTUDO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA E QV MENTAL DE PACIENTES COM RCU

Medicamento	Mediana SF-12 com variável	Mediana SF-12 sem variável	p*
Anti depressivos	40,0	42,1	0,28
Azatioprina	42,8	42,1	0,74
Corticoide	37,4	42,3	0,26
Sulfa2	42,1	38,6	0,61
Anti TNF1	-	-	N insuficiente
Hidroxiclorquina	-	-	N insuficiente
Talidomida	-	-	N insuficiente
Vedolizumabe	-	-	N insuficiente

1 Adalimumabe + Infliximabe 2 Mesalazina + Sulfassalazina *
teste de Mann Whitney
QV= qualidade de vida; RCU= retocolite ulcerativa; SF-12- short form 12

Os resultados mostraram a presença de comorbidades associadas às DII em 55 pacientes (25%). As 17 MEI encontradas em nossa amostra estão expostas na **tabela 7** a seguir.

TABELA 7 – MANIFESTAÇÕES EXTRA INTESTINAIS DE 220 PACIENTES COM DII

Manifestação extra intestinal	Nº de pacientes	%
Artralgia	112	53,8%
Artrite	37	17,7%

Espondilite anquilosante	27	12,9%
Sacroileíte	23	11,0%
Eritema nodoso	29	13,1%
Pioderma gangrenoso	4	1,8%
Psoríase	27	12,2%
Uveíte	58	25,4%
Fístula êntero-vesical	2	0,9%
Litíase renal	21	9,5%
Colangite esclerosante	3	1,3%
Colelitíase	17	7,7%
Esteatose	23	10,4%
Hipertensão portal + Cirrose	3	1,3%
Manifestações pulmonares ¹	15	6,9%
Trombose	3	1,3%
Vasculite	3	1,3%

¹Bronquiectasia, bronquite, nódulos pulmonares e derrame pleural; DII= doença inflamatória intestinal

Os pacientes com DC apresentaram um número de 0 a 11 MEI por pessoa, com uma mediana de 3. Estes pacientes foram estudados quanto a influência das MEI na qualidade de suas vidas. Os resultados obtidos foram agrupados e expostos nas **Tabelas 8 e 9**.

TABELA 8 – ESTUDO DAS MEI E QV FÍSICA DE PACIENTES COM DC

Manifestação extra intestinal	Mediana SF-12 com variável	Mediana SF-12 sem variável	p
Articular periférica ¹	43,8	44,5	0,76**
Esqueleto axial ²	36,9	42,9	0,51**
Dermatológica ³	45,6	42,2	0,60*
Uveíte	42,6	42,9	0,97**
Renal/Urológica ⁴	37,6	44,1	0,09**
Hepatobiliar ⁵	36,9	42,9	0,24**
Pulmonar ⁶	51,9	41,9	0,09**
Vascular ⁷	-	-	N insuficiente

1Artralgia + artrite 2Espondilite anquilosante + sacroileíte
3Eritema nodoso + pioderma gangrenoso + psoríase
4Fístula êntero vesical + litíase renal 5Colelitíase + Esteatose
+ Hipertensão portal + cirrose 6Bronquiectasia + bronquite + nódulos pulmonares + derrame pleural 7Trombose + vasculite
* teste de Mann Whitney ** teste T não pareado.

DC= doença de Crohn; QV= qualidade de vida; MEI= manifestações extra intestinais; SF-12= Short form 12.

TABELA 9 – ESTUDO DAS MEI E QV MENTAL DE PACIENTES COM DC

Manifestação extra intestinal	Mediana SF-12 com variável	Mediana SF-12 sem variável	p
Articular periférica ¹	32,3	33,5	0,38*
Esqueleto axial ²	29,1	33,2	0,19*
Dermatológica ³	29,1	33,7	0,05**
Uveíte	29,1	33,7	0,03*
Renal/Urológica ⁴	30,5	33,0	0,14*
Hepatobiliar ⁵	32,3	33,3	0,45*

Pulmonar6	26,5	33,0	0,24*
Vascular7	-	-	N insuficiente

1Artralgia + artrite 2Espondilite anquilosante + sacroileíte 3Eritema nodoso + pioderma gangrenoso + psoríase 4Fístula êntero vesical + litíase renal 5Colelitíase + Esteatose + Hipertensão portal + cirrose 6Bronquiectasia + bronquite + nódulos pulmonares + derrame pleural 7Trombose + vasculite
 * teste de Mann Whitney ** teste T não pareado
 DC= doença de Crohn; QV= qualidade de vida; MEI= manifestações extra intestinais; SF-12= Short form 12.

Já no estudo das MEI na RCU, a amostra apresentou de 0 a 12 manifestações extraintestinais por pessoa, com uma mediana de 2.Suas influências em qualidade de vida física e mental dos pacientes encontram-se nas **Tabelas 10 e 11**.

TABELA 10 – ESTUDO DAS MEI E QV FÍSICA DE PACIENTES COM RCU

Manifestação extra intestinal	Mediana SF-12 com variável	Mediana SF-12 sem variável	p*
Articular periférica1	38,7	48,6	0,0004
Esqueleto axial2	38,8	43,4	0,01
Dermatológica3	39,5	42,5	0,10
Uveíte	36,9	45,2	0,0003
Renal/Urológica4	40,7	42,1	0,86
Hepatobiliar5	39,0	42,1	0,48
Pulmonar6	34,7	42,5	0,01
Vascular7	-	-	N insuficiente

1Artralgia + artrite 2Espondilite anquilosante + sacroileíte 3Eritema nodoso + pioderma gangrenoso + psoríase 4Fístula êntero vesical + litíase renal 5Colelitíase + Esteatose + Hipertensão portal + cirrose 6Bronquiectasia + bronquite + nódulos pulmonares + derrame pleural 7Trombose + vasculite
 * teste de Mann Whitney
 MEI= manifestação extra intestinal; QV= qualidade de vida; RCU= retocolite ulcerativa.

TABELA 11 – ESTUDO DAS MEI E QV MENTAL DE PACIENTES COM RCU

Manifestação extra intestinal	Mediana SF-12 com variável	Mediana SF-12 sem variável	p*
Articular periférica1	32,9	35,3	0,81
Esqueleto axial2	31,1	35,3	0,14
Dermatológica3	31,0	35,9	0,04
Uveíte	33,2	35,1	0,15
Renal/Urológica4	28,2	34,7	0,11
Hepatobiliar5	36,4	33,4	0,77
Pulmonar6	29,5	34,8	0,20
Vascular7	-	-	N insuficiente

1Artralgia + artrite 2Espondilite anquilosante + sacroileíte 3Eritema nodoso + pioderma gangrenoso + psoríase 4Fístula êntero vesical + litíase renal 5Colelitíase + Esteatose + Hipertensão portal + cirrose 6Bronquiectasia + bronquite + nódulos pulmonares + derrame pleural 7Trombose + vasculite
 * teste de Mann Whitney
 MEI= manifestação extra intestinal; QV= qualidade de vida; RCU= retocolite ulcerativa.

O estudo da influência do gênero na QV dos pacientes com Crohn mostrou que este não influi na qualidade de vida física (p=0.43) ou mental (p=0.15). A correlação das variáveis numéricas com qualidade de vida física em Crohn encontra-se na **Tabela 12**,na qual é possível observar a influência da atividade da doença.

TABELA 12 – CORRELAÇÃO DE SPEARMAN PARA QV FÍSICA E PERFIL DE PACIENTES COM DC

Variável	Rho de Spearman	p
Idade	-0,19	0,14
Idade ao diagnóstico	-0,13	0,28
Índice de atividade da doença	-0,59	<0,0001
Número de MEI por paciente	-0,09	0,47
Número de segmentos gastrointestinais afetados	-0,11	0,38
Tempo de doença	0,04	0,73
Tempo de tratamento	0,01	0,90

QV= qualidade de vida; DC= doença de Crohn; MEI= manifestação extra intestinal.

Ainda na doença de Crohn, o estudo do perfil da mostra com o bem-estar mental pode ser encontrado na **Tabela 13**.

TABELA 13 – CORRELAÇÃO DE SPEARMAN PARA QV MENTAL E PERFIL DE PACIENTES COM DC

Variável	Rho de Spearman	p
Idade	-0,08	0,51
Idade ao diagnóstico	-0,02	0,82
Índice de atividade da doença	-0,54	0,0003
Número de MEI por paciente	-0,31	0,01
Número de segmentos afetados	-0,21	0,09
Tempo de doença	-0,15	0,22
Tempo de tratamento	-0,16	0,19

QV= qualidade de vida; DC= doença de Crohn; MEI= manifestação extra intestinal.

Já na RCU o gênero mostrou maior QV em sexo masculino para saúde física (p=0,01) e mental (p=0,007). Na **Tabela 14** encontra-se o resultado das correlações de variáveis contínuas com QV física em RCU.

TABELA 14 – CORRELAÇÃO DE SPEARMAN PARA QV FÍSICA E PERFIL DE PACIENTES COM RCU

Variável	Rho de Spearman	P
Idade	-0,11	0,19
Idade ao diagnóstico	-0,14	0,09
Número de MEI por paciente	-0,37	<0,0001
Número de segmentos afetados	-0,07	0,40
Tempo de doença	0,01	0,85
Tempo de tratamento	0,04	0,60

QV= qualidade de vida; DC= doença de Crohn; MEI= manifestação extra intestinal.

Os resultados da correlação para o perfil das vari-

áveis numéricas dos pacientes com RCU e a QV mental encontram-se na **Tabela 15**.

TABELA 15 – CORRELAÇÃO DE SPEARMAN PARA QV MENTAL E PERFIL DE PACIENTES COM RCU

Variável	Rho de Spearman	p
Idade	0,05	0,53
Idade ao diagnóstico	0,02	0,79
Número de MEI por paciente	-0,17	0,04
Número de segmentos afetados	-0,02	0,77
Tempo de doença	-0,01	0,87
Tempo de tratamento	0,02	0,76

QV= qualidade de vida; DC= doença de Crohn; MEI= manifestação extra intestinal.

As variáveis índice de Harvey-Bradshaw e uso de sulfas foram incluídas em um modelo de regressão múltipla para estudo de independência da QV física na DC. Somente o índice de Harvey-Bradshaw mostrou-se independente ($p < 0,0001$). O mesmo teste foi feito com as variáveis que influíram na QV mental em Crohn (índice de Harvey-Bradshaw, manifestações dermatológicas, uveíte e número de MEI por paciente). Novamente, somente o índice de Harvey-Bradshaw manteve-se significativo ($p = 0,003$).

Foi construído um modelo de regressão múltipla para o estudo da QV física na RCU com as variáveis: idade ao diagnóstico, manifestações articulares axiais e periféricas, manifestações pulmonares, uveíte, número de MEI por paciente, gênero e uso de glicocorticoides. Os resultados mostraram que as manifestações pulmonares ($p = 0,05$), o uso de glicocorticoide ($p = 0,02$) e o gênero ($p = 0,01$) mantiveram-se independentes. Quando o mesmo foi feito com as variáveis que influíram na qualidade de vida mental, (MEI dermatológicas, número de MEI por paciente e gênero), somente o gênero mostrou-se independente ($p = 0,01$).

DISCUSSÃO

Optou-se pelo uso de um formulário online através do Google Forms® como método utilizado para disponibilizar aos pacientes o questionário formulado, devido a sua praticidade e fácil acesso. No mesmo questionário elaborado foram incorporados o Índice de Harvey Bradshaw e o SF-12. Ambos foram escolhidos por apresentarem validação na língua portuguesa, por haver ampla experiência em seu uso conforme descrição das literaturas e por serem facilmente aplicados, gerando poucas dúvidas.

Na amostra que efetivamente participou do estudo, percebemos que a maioria é portador de RCU, do sexo feminino, com mediana de idade de 33 anos, mediana de idade do diagnóstico de 26,45 anos, tempo de convívio com a doença de 4 anos de mediana e o mesmo valor para tempo de tratamento.

Dos 220 pacientes que participaram deste estudo,

55 (25%) possuem outras doenças crônicas, 196 (89,09%) utilizavam medicamentos de uso diário e 170 pacientes apresentaram alguma forma dentre as selecionadas de manifestações extra intestinais, representando 77,27% do total da amostra. Este último valor apresenta diferença de 14,6 pontos percentuais mais elevados quando comparados ao estudo publicado por Mota e colaboradores em 2007⁷. Podemos atribuir a essa discrepância entre percentual da bibliografia o atual estudo a uma possível amostra mais preocupada e zelosa com sua saúde e que possui mais conhecimento acerca da doença, tendo em vista que o formulário era online e os pacientes possuíam autonomia para responder.

Dentre as quantidades de manifestações apresentadas pelos doentes inflamatórios intestinais obtivemos um mínimo de 0 (nenhuma) e um máximo de 9 enfermidades diferentes. As mais prevalentes entre as MEI foram as articulares (58,65%), seguidas do acometimento ocular (25,45% dos pacientes apresentaram uveíte) corroborando com o estudo de Onal *et al* (2015)⁸ e Sommerfleck e colaboradores (2014)⁹.

Como bem descreveu Magalhães e colaboradores em 2014¹⁰, as manifestações extra intestinais e a DII por si só geram impacto negativo na qualidade de vida desses pacientes.

Diante dos dados coletados foi possível perceber que nenhuma MEI afetou de modo independente o bem-estar físico ou mental dos estudados na doença de Crohn.

Como modificadores da qualidade de vida na RCU identificamos em seu domínio físico a presença de manifestações pulmonares. Uma possível explicação para isso seria que estas alteram a capacidade ventilatória do indivíduo e podem trazer sintomas como cansaço, astenia e dispneia, prejudicando as atividades diárias. No domínio mental dos portadores de retocolite ulcerativa não houve nenhuma forma de MEI que apresentasse independência para alterar a QV.

Possuir uma doença inflamatória intestinal, seja ela DC ou RCU, pode sim interferir e alterar para pior a qualidade de vida desses portadores. Assim como Souza apresentou a comunidade científica em 2011³, o presente estudo tentou avaliar a piora da QV conforme a presença de mais ou menos segmentos acometidos do trato gastrointestinal.

Como pudemos notar através do teste de Spearman correlacionando a quantidade de porções acometidas e o índice de qualidade de vida para pacientes de RCU destacamos que essa quantidade não foi significativa para a queda da QV tanto física quanto mental.

Da mesma forma que a quantidade de porções que a RCU atingiu não alteraram significativamente a qualidade de vida dos pacientes no domínio físico nem no mental, a doença de Crohn se comportou da mesma maneira.

Este estudo evidenciou que mulheres portadoras de RCU possuem uma qualidade de vida pior quando

comparada aos homens, e esse dado já foi evidenciado por outras literaturas como Sainsbury e Heatley em 2005¹¹, que atribuíram ao sexo feminino diversas hipóteses dessa QV inferior, como um papel mais profundo de fatores psicossociais e maiores preocupações relacionadas com a doença e temores de serem tratadas diferentemente como resultado de sua enfermidade.

O presente estudo não acusou grande discrepância entre as frequências das MEI entre ambas as doenças, estando de acordo com a literatura apontada por Fonseca *et al.* (2016)¹²

A comparação entre a qualidade de vida tanto mental ($p=0,38$) quanto física ($p=0,93$) dos doentes mostrou-se semelhante entre os pacientes de ambas as doenças. Também não foram observadas diferenças significativas entre as médias de bem-estar obtidas dos pacientes com DII em um estudo feito em 2014 por Magalhães *et al.*¹⁰.

A análise do índice de Harvey-Bradshaw de 45 pacientes mostra influências da atividade da DC no bem-estar geral destes. A regressão múltipla realizada no domínio mental ($p=0,009$) e físico ($p<0,001$) ilustrou a grande correlação inversamente proporcional (Rho de Spearman negativo) presente entre a atividade da DC e a QV. É de se esperar que os pacientes com maior índice de atividade apresentem menor QV, pois a doença de Crohn em sua forma ativa manifesta-se por grandes quantidades de diarreias com muco ou sangue, além de desconforto abdominal e extrema angústia psicológica, como observado por Souza *et al.* em 2011³. Considerando esses resultados, devemos ressaltar a importância

da atividade da doença na qualidade de vida desses indivíduos. O médico que preza pelo bem-estar de seus pacientes com DC deve-se atentar em controlar o IHB, pois este interfere de maneira direta e independente na QV do portador da enfermidade.

Dentre as diversas terapias farmacológicas adotadas para o tratamento das DII, os corticoides demonstraram interações com a QV dos pacientes ao longo do estudo. Eles reduziram a mediana da qualidade de vida física dos pacientes com RCU, sendo que no teste de regressão múltipla, eles obtiveram p valor significativo ($p=0,02$). Isto deve-se provavelmente aos conhecidos efeitos colaterais dos glicocorticoides, já expostos por Santos em 2013⁴, sendo eles: supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, desenvolvimento de dependência aos esteroides, osteoporose a longo prazo e outros efeitos que prejudicam a saúde física dos seus usuários crônicos.

CONCLUSÃO

Não houve diferença nos índices de QV entre as DII. As MEI pulmonares denegriam a QV física da RCU. O sexo masculino apresentou melhor bem-estar geral quando comparado às mulheres com RCU. A utilização crônica de corticoides foi prejudicial para a QV física dos doentes que tratam RCU. A quantidade de segmentos acometidos pelas enfermidades não possuiu relação com a QV. O IHB possuiu autonomia para alterar os domínios físico e mental dos pacientes com DC.

Cagliari BF, Da Rocha FC, Skare TL. Analysis of the quality of life of patients with inflammatory bowel disease using the SF-12 questionnaire: The influences of treatment, extra intestinal manifestations, epidemiological profile and Harvey-Bradshaw index. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2017;75(2):9-16.

ABSTRACT - Aim: To compare the quality of life (QL) among patients with Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC). Evaluate the QL under the influence of: extra-intestinal manifestations (EIM), clinical and demographic profile, drug treatment, number of affected gastrointestinal segments and CD's activity. Methods: 220 questionnaires about inflammatory bowel disease (IBD) and EIM were collected. The 12-Item Short Form Health Survey was adopted to evaluate the QL of patients with UC and CD, whilst the Harvey-Bradshaw Index (HBI) classified the CD's activity only. The QL was studied under the influence of EIM and the profile of patients. Results: The HBI altered the physical ($p<0,0001$) and mental ($p=0,003$) QL; in UC, the glucocorticoids ($p=0,02$) and pulmonary manifestations ($p=0,05$) harmed the physical QL, whilst the gender influenced both ($p=0,01$). Conclusions: There was no difference between the QL of the IBD. In CD, the HBI changed the general well-being. In UC, males showed better general QL than females; patients with pulmonary manifestations or users of glucocorticoids showed lower physical QL. The number of sick gastrointestinal segments did not interfere with the QL.

KEYWORDS - Inflammatory Bowel Disease, Crohn's Disease, Ulcerative Colitis, Extra-intestinal Manifestations, Quality of Life.

REFERÊNCIAS

1. Torres JAP, Santana RM, Torres FAP, Moura AR, Neto JRT. Doenças inflamatórias intestinais no hospital Universitário da universidade federal de Sergipe: manifestações extraintestinais. *Rev bras. Colo-proctol.* 2011; 031(2): 115-119.
2. Resende GG, Lanna CCD, Bortoluzzo AB, Gonçalves CR, Silva JAB, Ximenes AC, et al. Artrite enteropática no Brasil: dados do registro brasileiro de espondiloartrites. *Ver. Bras. Reumatol.* 2013; 53(3): 452-459.
3. Souza MM, Barbosa DA, Espinosa MM, Belasco AGS. Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. *Acta paul. Enferm.*; 2011; 24(4): 479-484.
4. Santos SMR. Doença de Crohn: etiopatogenia, aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento [monografia]. Porto: Universidade Fernando pessoa; 2013.
5. Raposo FAQ. Doença inflamatória intestinal [monografia]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2008.
6. Catapani WR. Doença inflamatória intestinal. *Rev bras. Med.* 2009; 66(11): 410-419
7. Mota ES, Kiss DR, Teixeira MG, Almeida MG, Safront FA, Habr-gama A, et al. Manifestações extra-intestinais em doença de Crohn e retocolite ulcerativa: prevalência e correlação com o diagnóstico, extensão, atividade, tempo de evolução da doença. 2007; *Rev bras. Colo-proctol*; 2007; 27(4); 349-363.
8. Onal IK, Yuksel E, Bayrakceken K, Demir MM, Karaca EE, Ibis M, et al. Measurement and clinical implications of choroidal thickness in patients with inflammatory bowel disease. *Arq Bras Oftalmol.*; 2015; 78(5); 278-282
9. Sommerfleck FA, Schneeberger EE, Lissi MAS, Chiardola F, Sambuelli A, Marconi O, et al. Manifestaciones reumatológicas y sistémicas em pacientes com enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev. Arg. Reumatol.*; 2014; 25(2); 36-39
10. Magalhães J, Castro FD, Carvalho PB, Leite S, Moreira MJ, Cotter J. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease: importance of clinical, demographic and psychosocial factors. *Arq. Gastroenterol*; 2014; 51(3); 192-197.
11. Sainsbury A, Heatley RV. Review article: psychosocial in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Aliment pharmacol ther.* 2005; 21(5); 499-508
12. Fonseca AR, Ferreira ASP, Rodrigues LMF. Manifestações extraintestinais em pacientes com doença inflamatória intestinal. *Rev. Pesq Saúde.* 2016; 17(2); 92-95