



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO E EXTENSÃO  
CURSO DE MEDICINA

ANANDA PAULA DA SILVA CORDEIRO  
ELAINE VILHENA DE FREITAS  
YASMIN BATISTA MENDES

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM DOENÇAS  
INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS ATENDIDOS PELO CENTRO DE  
ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA (CEMEC) NO PERÍODO DE AGOSTO  
DE 2021 A MARÇO DE 2024**

BELÉM-PA  
2025



ANANDA PAULA DA SILVA CORDEIRO

ELAINE VILHENA DE FREITAS

YASMIN BATISTA MENDES

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM DOENÇAS  
INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS ATENDIDOS PELO CENTRO DE  
ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA (CEMEC) NO PERÍODO DE AGOSTO  
DE 2021 A MARÇO DE 2024**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário do Estado do Pará, como requisito parcial para conclusão da graduação em Medicina.

Orientadora: Prof. Msc. Regiane Miranda Arnund Sampaio.

Coorientadora: Prof. Dra. Ana Paula Guimarães Rodrigues.

BELÉM-PA

2025

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca do CESUPA, Belém – PA**

---

C794p Cordeiro, Ananda Paula da Silva.

Perfil clínico epidemiológico de pacientes com doenças inflamatórias intestinais atendidos pelo Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC) no período de agosto de 2021 a março de 2024 / Ananda Paula da Silva Cordeiro, Elaine Vilhena de Freitas, Yasmin Batista Mendes. — Belém, 2025.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro Universitário do Estado do Pará, Bacharelado em Medicina, Belém, 2025.

Orientadora: Profa. Ma. Regiane Miranda Arnund Sampaio.

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Paula Guimarães Rodrigues.

1. Doenças inflamatórias intestinais – Epidemiologia. 2. Crohn, Doença de. 3. Colite ulcerativa. I. Freitas, Elaine Vilhena de. II. Mendes, Yasmin Batista. III. Sampaio, Regiane Miranda Arnund (orient.). III. Rodrigues, Ana Paula Guimarães (coorient.). IV. Título.

CDD 616.33

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO E EXTENSÃO  
CURSO DE MEDICINA

ANANDA PAULA DA SILVA CORDEIRO  
ELAINE VILHENA DE FREITAS  
YASMIN BATISTA MENDES

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM DOENÇAS  
INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS ATENDIDOS PELO CENTRO DE  
ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA (CEMEC) NO PERÍODO DE AGOSTO  
DE 2021 A MARÇO DE 2024**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário do Estado do Pará, como requisito parcial para conclusão da graduação em Medicina.

Orientadora: Prof. Msc. Regiane Miranda Arnund Sampaio.

Coorientadora: Prof. Dra. Ana Paula Guimarães Rodrigues.

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_

COMISSÃO JULGADORA

---

Regiane Miranda Arnund Sampaio – Centro Universitário do Estado do Pará –  
CESUPA

---

Tarik Olivar de Nunes Valente - Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA

---

Aida Lopes Sirotheau Corrêa - Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, agradecemos a Deus por ter nos concedido sabedoria, persistência e paciência durante toda a graduação e, principalmente, durante a escrita desse trabalho de conclusão de curso.

Aos nossos pais, nossos portos seguros, nossos exemplos de vida. Agradecemos pelo apoio incondicional, amor, confiança e paciência que nos ofereceram ao longo desta jornada. Vocês são a nossa base, fortaleza e maior orgulho.

Aos nossos professores, mestres que iluminaram nossa jornada acadêmica, somos gratas por todo o aprendizado e paciência compartilhados durante o curso. Levaremos por toda a vida o amor, a ética e o respeito pela profissão que escolhemos seguir.

Agradecemos em especial às nossas orientadoras, Dra. Regiane e Dra. Ana Paula, pelo empenho e comprometimento em nos orientar para a melhor execução desse trabalho. Nosso eterno reconhecimento pela competência e sabedoria, que foram fundamentais para a realização desse projeto.

E por fim, mas não menos importante, agradecemos aos nossos amigos por dividirem alegrias e dificuldades, as quais foram muito além das rotinas acadêmicas. Tudo se tornou mais leve porque tivemos uns aos outros. Este momento é resultado de um esforço conjunto, e somos muito gratas por cada um de vocês.

## RESUMO

**Introdução:** A Doença de Crohn e a Retocolite Ulcerativa são os dois principais tipos de Doença inflamatória intestinal (DII). Esse grupo de doenças crônicas chama atenção pela grande quantidade e variedade de manifestações intestinais e extra intestinais, sendo ainda pouco estudado o perfil desses pacientes na região Amazônica. Devido a grande quantidade e severidade de sinais e sintomas clínicos, a DII apresenta considerável comprometimento do desempenho social, econômico e emocional do indivíduo acometido. Desta forma, o presente estudo tem como **Objetivo:** identificar o perfil clínico-epidemiológico da população atendida no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (Instituição de Ensino Superior da cidade de Belém-PA), entendendo que este conhecimento permite desenvolver ações voltadas à melhora da qualidade de vida dos indivíduos. **Métodos:** É um estudo descritivo, observacional, transversal e retrospectivo com foco na análise de prontuários de pacientes portadores de DII, sendo observado as variáveis do perfil clínico epidemiológico dos pacientes acompanhados no período de agosto de 2021 à março de 2024. **Resultados:** foram identificados 32 pacientes com DII, sendo RCU 54,8 %, DC 21,4%, predominando o gênero feminino (78,1%), com faixa etária de 20-30 anos (21,9%), no que diz respeito à ocupação laboral registrada em prontuários, há predominância entre aposentados (18,8%), com alta prevalência de comorbidades (62,5%), sendo 62,5% sedentários. Quanto à atividade da doença, estavam em atividade 56,3%, em remissão 34,4% e não informado 9,4%. A terapêutica mais utilizada foi a Mesalazina (43,8%), seguindo o uso de azatioprina em 37,5% e prednisona em 15,6%. A entero-TC foi realizada apenas por 3 pacientes, sendo 2 (6,3%) com alterações, já a colonoscopia teve como principal achado processo inflamatório (37,5%) seguido de ausência de processo inflamatório (31,3%). Em relação aos marcadores laboratoriais de atividade indireta da doença, houve comparação entre os mesmos, o VHS (Velocidade de Hemossedimentação) inicial variou entre 3 a 120,0 mm/h, com mediana de 42,5 mm/h, já a Proteína C Reativa (PCR) variou de 2,4 a 172,0 mg/L, com mediana de 6,6 mg/L, a calprotectina fecal (CF) variou entre 2,7 a 1750,0 µg/g, com mediana de 165,0 µg/g. **Conclusão:** Neste estudo, verificamos a retocolite ulcerativa como a forma de DII mais prevalente, acometendo mulheres em faixa etária classificada como adulto jovem, com doença em atividade e em uso de medicações indicadas como referência para o tratamento da comorbidade. A partir do estudo proposto, identificamos que os pesquisados seguem o perfil clínico epidemiológico já apresentado pela literatura das demais regiões do país.

**Palavras-chave:** Doença de Crohn; Retocolite ulcerativa; perfil epidemiológico.

## ABSTRACT

**Introduction:** Crohn's disease and ulcerative colitis are the two main types of inflammatory bowel disease (IBD). This group of chronic diseases draws attention due to the large number and variety of intestinal and extraintestinal manifestations, and the profile of these patients in the Amazon region has been little studied. Due to the large number and severity of clinical signs and symptoms, IBD presents considerable impairment of the social, economic and emotional performance of the affected individual. Thus, the present study **aims** to identify the clinical-epidemiological profile of the population treated at the Gastrointestinal Pathology Outpatient Clinic of the Medical Specialties Center of CESUPA (Higher Education Institution of the city of Belém-PA), understanding that this knowledge allows the development of actions aimed at improving the quality of life of individuals. **Methods:** This is a descriptive, observational, cross-sectional, and retrospective study focusing on the analysis of medical records of patients with IBD, observing the variables of the clinical and epidemiological profile of the patients followed from August 2021 to March 2024. **Results:** 32 patients with IBD were identified, with 54.8% having UC, 21.4% having CD, with a predominance of females (78.1%), with an age range of 20-30 years (21.9%), with regard to the work occupation recorded in medical records, there is a predominance among retirees (18.8%), with a high prevalence of comorbidities (62.5%), with 62.5% being sedentary. Regarding disease activity, 56.3% were active, 34.4% in remission, and 9.4% not informed. The most commonly used therapy was mesalazine (43.8%), followed by azathioprine in 37.5% and prednisone in 15.6%. CT enterography was performed in only 3 patients, 2 (6.3%) with alterations, while colonoscopy had as its main finding an inflammatory process (37.5%) followed by the absence of an inflammatory process (31.3%). Regarding laboratory markers of indirect disease activity, there was a comparison between them, the initial ESR (Erythrocyte Sedimentation Rate) ranged from 3 to 120.0 mm/h, with a median of 42.5 mm/h, while C-Reactive Protein (CRP) ranged from 2.4 to 172.0 mg/L, with a median of 6.6 mg/L, fecal calprotectin (FC) ranged from 2.7 to 1750.0 µg/g, with a median of 165.0 µg/g. **Conclusion:** In this study, we found ulcerative colitis to be the most prevalent form of IBD, affecting women in the age group classified as young adults, with active disease and using medications indicated as a reference for the treatment of comorbidity. From the proposed study, we identified that the respondents follow the clinical epidemiological profile already presented in the literature from other regions of the country.

**Keywords:** Crohn's disease; Ulcerative colitis; epidemiological profile.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> - Escore de Mayo	12
<b>Quadro 2</b> - Escore CDAI	13
<b>Quadro 3</b> - Comorbidades dos pacientes	23
<b>Quadro 4</b> - Comparação dos métodos diagnósticos	27

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Características sociodemográficas dos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará 21
- Tabela 2** - Comparação das idades entre os sexos dos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará 22
- Tabela 3** - Presença de comorbidades e estilos de vida segundo o sexo dos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará 22
- Tabela 4** - Atividade física dos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará 24
- Tabela 5** - Doença dos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará 24
- Tabela 6** - Atividade da doença dos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará 25
- Tabela 7** - Doença conforme a respectiva atividade nos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará 25
- Tabela 8** - Tratamento medicamentoso utilizado pelos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará 26

**Tabela 9** - Resultados de entero-TC nos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará 26

**Tabela 10** - Resultados da colonoscopia nos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará 27

**Tabela 11** - Resumo dos resultados dos exames laboratoriais dos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará 27

## LISTA DE SIGLAS

CEMEC	Centro de Especialidades Médicas do CESUPA
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESUPA	Centro Universitário do Estado do Pará
CF	Calprotectina Fecal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DC	Doença de Chron
DII	Doença Inflamatória Intestinal
DIIs	Doenças Inflamatórias Intestinais
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
DRGE	Doença do refluxo gastroesofágico
Entero-TC	Enterotomografia Computadorizada
FSCMPA	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
GEDIIB	Organização Brasileira de Doença de Crohn e Colite
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
LES	Lúpus eritematoso sistêmico
PCR	Proteína C reativa
PTGI	Patologia Gastrointestinal
RCU	Retocolite Ulcerativa
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidades de atenção integral
UCEIS	Índice de gravidade Endoscópica de Colite Ulcerativa
VHS	Velocidade de hemossedimentação

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>28</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>36</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>37</b>
	<b>APÊNDICE A–PARECER DO ORIENTADOR SOBRE A VERSÃO ENTREGUE</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A doença intestinal inflamatória (DII) corresponde a qualquer processo inflamatório envolvendo o trato gastrintestinal, seja ele agudo ou crônico. Essa condição se divide em duas subcategorias principais, doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa (RCU). Apesar de serem doenças distintas, partilham aspectos clínicos e epidemiológicos, indicando a probabilidade de fatores etiológicos comuns. Os sintomas principais são diarreia, dor abdominal e sangramento retal, caracterizando-se por períodos de remissão e agravamento, com variadas complicações e frequentemente com importante comprometimento sistêmico e da qualidade de vida<sup>2</sup>.

A Retocolite ulcerativa inespecífica (RCU) acomete cólon e reto, inflama a camada mucosa do intestino grosso de forma contínua. Por essa característica topográfica, a doença apresenta como quadro clínico sintomas de um reto inflamado<sup>22</sup>.

Apresenta três principais classificações de extensão da doença: 1) Colite distal (o envolvimento é limitado ao reto) apresenta sangramento retal, muco e pus nas fezes, tenesmo, urgência, incontinência e dor anorretal, a diarreia é predominante porém pode haver casos de constipação. 2) Colite do lado esquerdo (distal à flexura esplênica), é comum apresentar febre, astenia e perda de peso com anorexia. Diarreia com sangue, muco e pus podem estar presentes também, assim como manifestações extraintestinais como artralgia, artrite, sacroileíte e aftas orais. 3) Colite extensa (pancolite), apresenta anorexia, diarreia sanguinolenta, dor abdominal e perda de peso<sup>3</sup>.

A Doença de Crohn (DC) é definida pela inflamação transmural (envolve todas as camadas da mucosa até a serosa) e áreas descontínuas de inflamação caracterizadas por ulceração, eritema, edema da mucosa ou estreitamento luminal, pode envolver qualquer parte do TGI, da boca ao ânus<sup>2</sup>.

Tem como quadro clínico principal, a diarreia mucosanguinolenta, dor abdominal tipo cólicas, esteatorreia e má absorção de proteínas e vitaminas. Além disso, pode apresentar manifestações extraintestinais como febre, perda de peso, artralgia, uveíte, eritema nodoso, úlcera aftosa, pioderma gangrenoso, fissura anal e abscesso<sup>2</sup>.

Para avaliar o estado clínico das DIIs e a resposta clínica ao tratamento multifacetado, busca-se analisar através de escores, o melhor manejo terapêutico para esses pacientes tendo como objetivo a remissão clínica completa da doença.

Dentre essas escores, destaca-se o escore de Mayo para RCU e o escore de CDAI (Índice de Atividade da Doença de Crohn) para DC, que analisam o quadro clínico do paciente, exames laboratoriais e achados endoscópicos<sup>2,22</sup>.

#### Quadro 1- Escore de Mayo

<b>1. Frequência das evacuações</b>	<b>2. Sangramento retal</b>
0=Normal para o paciente	0=s/ sangue
1=1 - 2 evacuações/dia > normal	1=raias de sangue < 1/2 do tempo.
2=3-4 evacuações/dia > normal	2=sangue vivo evidente na maioria das evacuações
3= $\geq$ 5 evacuações/dia > norma	3=evacuações com sangue puro
<b>3. Achados endoscópicos</b>	
0=normal ou inativa	
1=doença leve (enantema, perda do padrão vascular, leve friabilidade).	
2=doença moderada (enantema evidente, perda do padrão vascular, friabilidade, erosões)	
3=doença grave (sangramento espontâneo, ulcerações).	
<b>4. Avaliação médica global *</b>	
0 = normal	
1 = doença leve.	
2 = doença moderada	
3 = doença grave.	
<b>Escore</b>	<b>Gravidade</b>
$\leq$ 2 s/nenhum subescore >1	Remissão clínica
3-5	Atividade leve
6-10	Atividade moderada
11-12	Atividade grave

Fonte: Zaterka, Passos e Chinzon<sup>4</sup>.

**Quadro 2 – Escore CDAI**

	<b>Multiplicado por</b>
1) Número de evacuações líquidas na última semana	2
2) Dor abdominal (ausente = 0; leve = 1; moderada = 2; grave = 3). Considerar a soma total dos dados individuais da última semana	5
3) Estado geral (ótimo = 0; bom = 1; regular = 2; mau = 3; péssimo = 4). Considerar a soma total dos dados individuais da última semana	7
4) Nº de sintomas/sinais associados (alistar por categorias: a) Artralgia/artrite; b) Irite/uveíte; c) Eritema nodoso/pioderma gangrenoso/aftas orais; d) Fissura anal, fístula ou abscesso; e) Outras fístulas; f) Febre	20 (valor máximo=120)
5) Consumo de anti-diarréico (não = 0; sim = 1)	30
6) Massa abdominal (ausente = 0; duvidosa = 2; bem definida = 5)	10
7) "Deficit" de hematócrito: homens: 47-Ht; mulheres: 42-Ht (diminuir em vez de somar no caso do Ht do paciente ser > do que o padrão)	6
8) Peso*: porcentagem abaixo do esperado (diminuir em vez de somar se o peso do paciente for maior que o esperado)	1
Soma total (IA da doença de Crohn) =	
< 150 = Remissão	
150 - 250 = Leve	
250 - 350 = Moderada	
> 350 = Grave	
* Peso esperado ou ideal = Altura (m) <sup>2</sup> x 25,5 = ____ kg (homens)	
Altura (m) <sup>2</sup> x 22,5 = ____ kg (mulheres)	

Fonte: Zaterka, Passos e Chinzon<sup>4</sup>.

A DII está presente em todo o mundo, mas com distribuição e incidência heterogêneas, sendo encontradas mais comumente em áreas urbanas e industrializadas - especialmente Europa Ocidental, Canadá, Estados Unidos e Austrália. No Brasil, estudo realizado em 2018 no interior do estado de São Paulo mostrou taxa de incidência de 5.48 casos por 100.000 habitantes<sup>3</sup>.

Apesar de ser uma enfermidade diagnosticada globalmente, possuindo maior prevalência em países desenvolvidos como América do Norte e países da Europa<sup>4</sup>, como já dito acima, há pouco dados epidemiológicos na América do Sul, em especial no Brasil. Dessa forma, consta-se poucas informações sobre o perfil dos pacientes com DIIs no país, principalmente na região Norte.

A causa da DIIs é complexa, tem a participação de fatores genéticos, intraluminais, alterações na barreira do epitélio intestinal e resposta imunológica anormal da mucosa. Estes fenômenos determinam a ativação da cascata imunoinflamatória, que resulta em lesão continuada da mucosa do intestino por intensa resposta inflamatória local. E para entender a gravidade da doença em questão, pode-se abordar a importância dessas estruturas alteradas: a microbiota intestinal, a genética e a imunorregulação.

- 1- Microbiota intestinal: Ao fazer parte do trato gastrointestinal, órgão estéril ao nascimento, adquire microrganismos ao longo da vida onde torna-se essencial para o metabolismo de nutrientes e minerais. Em contrapartida, observa-se na DII alterações como a má absorção e consequentes déficits de macro e micronutrientes tendo assim, alteração na composição corporal desse paciente<sup>5</sup>. Ademais, a microbiota intestinal exerce importante função sobre o eixo intestino-cérebro na produção do neurotransmissor serotonina, responsável pelo bem-estar, sendo citada por alguns autores como o “segundo cérebro” do corpo humano. Essa estrutura sofre alterações com fatores internos e externos, sendo fundamental para o entendimento dos mecanismos de tolerância e desequilíbrio imunológico.
- 2- Genética: A arquitetura genética de algumas das doenças complexas mais comuns estudadas até o momento pode envolver centenas de milhares de loci que abrigam variantes de efeito pequeno em muitos genes e vias. Em estudos atuais, já foram identificados cerca de 240 loci relacionados às DII, sendo esses comuns a outras doenças imunomediadas. Como por exemplo, as variantes da proteína dos genes NOD2/CARD15, ITLN1, ATG16L1, IRGM, provavelmente são os alelos responsáveis pela suscetibilidade aumentada a DII<sup>6</sup>. Porém, apenas a variante não é suficiente para causar a doença. Estudos apontam fortemente para outros fatores genéticos que atuam na suscetibilidade genotípica.
- 3- Resposta inflamatória antimicrobiota: através da perda de estado de tolerância a microbiota intestinal e ao sistema imunológico local, a DIIs produzem resposta inflamatória antimicrobiota com aumento de interleucinas e inflamações persistentes, consistindo o evento central na patogênese das doenças inflamatórias. Essa resposta inflamatória exacerbada contribui para a variação dos sintomas ao longo do curso da doença, necessitando de imunossupressão crônica e procedimentos cirúrgicos para o alívio dos sintomas e melhora da qualidade de vida<sup>7</sup>.

As doenças inflamatórias intestinais têm chamado a atenção da comunidade científica pela variedade de manifestações no aparelho digestivo, são aparições extra intestinais e de considerável incidência em elevação. Estas alterações podem surgir antes dos sintomas intestinais, concomitante ou posteriormente, podendo ou não ter

relação com a atividade da doença intestinal<sup>3</sup>. Assim, podemos dizer que estes fatores levam ao comprometimento do desempenho social, econômico e emocional do indivíduo acometido, como citado anteriormente. O conhecimento destas manifestações extra intestinais assim como seu quadro clínico, evolução e tratamento é importante, devido ao aumento da morbidade e mortalidade desencadeada por elas.

Os estudos de levantamentos epidemiológicos são importantes ferramentas no conhecimento e estabelecimento das demandas dos serviços de um determinado grupo. Na sua essência, deve produzir apontamentos e reflexões profundas, não somente ao poder público, mas também aos Centros e Instituições de serviços de saúde que prestam atendimento às comunidades, incluindo-se aqui o foco deste trabalho que é o de apresentar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com DIIs atendidos Centro de Especialidades Médicas do CESUPA CEMEC<sup>1</sup>, correlacionando a demanda com as principais causas de encaminhamento e acompanhamento buscando contribuir e elucidar um melhor remanejamento, planejamento e organização para a ação de saúde de pacientes diagnosticados com DIIs.

O impacto social e econômico desta condição de saúde é muito grande, não apenas pelos valores gastos em decorrência dos tratamentos exigidos, mas também pela conseqüente perda parcial ou total da produtividade do indivíduo doente. Sabe-se que estas doenças inflamatórias intestinais não se limitam apenas a manifestações no aparelho digestivo, elas podem causar sintomas em vários outros órgãos, o que pode levar ao comprometimento de outras formas de adoecimento. Pode haver acometimento articular, oftalmológico, dermatológico, urológico, hepatobiliar, pulmonar, entre outros que, uma vez instalados, podem evoluir independente da doença intestinal, como acontece com a colangite esclerosante primária e espondilite anquilosante, causando cirrose hepática e deformidade óssea respectivamente<sup>8</sup>. Em certos casos, estas amostras extra intestinais requerem tratamentos específicos, seja clínico ou cirúrgico, às vezes de grande complexidade e morbimortalidade.

---

<sup>1</sup> O Centro de Especialidades Médicas do CESUPA, é um complexo ambulatorial que realiza atendimento médico à comunidade interna e externa, integrando ensino pesquisa e extensão. Tem convênio com a secretaria Municipal de saúde de Belém (SESMA). É composto de oitenta e três consultórios, 09 salas para discussão de casos clínicos, 03 salas de pequenos procedimentos, 02 salas de conferências, com sala e ambulatório de Patologia e Unidade de Dispensação de Medicamentos de Alto Custo (SESPA). O atendimento especializado é realizado exclusivamente em Parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Dado o exposto, o presente estudo tem como objetivo identificar o perfil clínico epidemiológico do grupo de pacientes acometidos pela doença inflamatória intestinal atendidos no Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (Instituição de Ensino Superior privada da cidade de Belém-PA), pois entende-se que traçar o perfil clínico epidemiológico deste público, permite assistir no desenvolvimento de ações voltadas a realidade dos indivíduos que buscam atendimento neste local.

Trata-se de uma pesquisa descritiva documental que consiste na exposição das características de uma determinada população, estabelecendo conexões entre as variáveis obtidas, onde a fonte de dados reside em registros da instituição pesquisada. O levantamento vai transcorrer com base na coleta de dados dos prontuários de pacientes com diagnóstico de doença inflamatória intestinal atendidos no centro de especialidades médicas do Cesupa (CEMEC). Para a realização da pesquisa serão coletadas as informações sobre idade, sexo, diagnóstico clínico, manifestações clínicas mais frequentes, origem do encaminhamento e o tipo de tratamento realizado. Os dados obtidos serão organizados em uma planilha do software Microsoft Excel com a finalidade de realizar os cálculos de média, desvio padrão, frequência e porcentagem dos dados colhidos em campo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Descrever o perfil clínico epidemiológico dos pacientes com DIIs atendidos no ambulatório de patologias gastrointestinais no CEMEC.

### **2.2 Objetivos específicos**

2.2.1 Definir o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes assistidos nesse serviço.

2.2.2 Correlacionar métodos diagnósticos ao quadro e escalas clínicas das DIIs.

2.2.3 Elencar os principais métodos diagnósticos para acompanhamento das DIIs.

2.2.4 Citar os principais medicamentos prescritos em nosso ambulatório para tratamento de DIIs.

### 3 METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado no Centro de Especialidades Médicas (CEMEC), localizado no município de Belém – Pará, seguindo os preceitos de Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitando as Normas de Pesquisa envolvendo seres humanos, conforme resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética em pesquisa (CEP) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), tendo início apenas após sua aprovação (CAAE: 78958024.9.0000.5171).

Caracteriza-se como um estudo descritivo, observacional, transversal e retrospectivo com foco na análise de prontuários, obtidos a partir dos atendimentos dos pacientes assistidos no ambulatório de patologia gastrointestinal (PTGI) no CEMEC, com finalidade de caracterização do perfil clínico-epidemiológico desses pacientes.

Foram incluídos na pesquisa prontuários dos pacientes com diagnóstico de doença inflamatória intestinal (DII), especificamente doença de Crohn e retocolite ulcerativa (RCU) atendidos no ambulatório supracitado. Este foi criado em agosto de 2021, e a coleta de dados foi desde o período de criação até março de 2024. Foram analisados em prontuários as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, comorbidades); Variáveis clínicas (diagnóstico estabelecido de DIIS por um profissional médico), profissão (observando relação ou não com o quadro clínico apresentado), hábitos de vida (prática de atividade física ou sedentarismo), forma mais prevalente (Doença de Crohn ou Retocolite ulcerativa Inespecífica), extensão da doença, classificação da gravidade e tratamento realizado. Foram excluídos da pesquisa os prontuários ilegíveis ou aqueles contendo rasura que não seja possível sua interpretação e daqueles pacientes que não são portadores de DII.

Os dados foram organizados no programa Microsoft Excel 2010. Os gráficos e tabelas foram construídos com as ferramentas disponíveis nos programas Microsoft Word, Excel e GraphPad Prism 9.0. Todos os testes foram executados com o auxílio do software GraphPad Prism 9.0. As variáveis quantitativas foram descritas por mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão e as variáveis qualitativas por frequência e percentagem. A independência ou associação entre duas variáveis categóricas foi testada pelo teste qui-quadrado. Para comparar uma variável numérica

entre dois momentos foi utilizado o teste t de Student para dados pareados, ou o equivalente não paramétrico teste T de Wilcoxon. Para comparar dois grupos foi utilizado o teste t de Student. Os resultados com  $p \leq 0,05$  (bilateral) foram considerados estatisticamente significativos.

O benefício deste estudo é o conhecimento clínico-epidemiológico dos pacientes portadores de DIIs atendidos no ambulatório de patologia gastrointestinal do CEMEC, com objetivo proporcionar um melhor acolhimento e atendimento, traçando estratégias terapêuticas mais assertivas para cada paciente. Ademais, por ser uma pesquisa baseada na coleta de prontuários, pode envolver risco à segurança dos prontuários, seja por divulgação de informações sigilosas e invasão de privacidade. Para tanto, a fim de reduzir esses riscos, as pesquisadoras se deslocaram até o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do CEMEC de forma reservada e sigilosa para realização da análise dos dados e não fizeram fotos, vídeos ou qualquer registro/cópia de dados contidos nos prontuários.

#### **4 RESULTADOS**

A análise das características sociodemográficas dos 32 pacientes com doença intestinal inflamatória atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA, revelou uma predominância significativa do sexo feminino (78,1%) em relação ao masculino (21,9%). Quanto à faixa etária, observou-se uma distribuição equilibrada ao longo das décadas, sendo as faixas de 20-30 anos (21,9% dos pacientes) e +60 anos (21,9%) as mais representadas. Em relação à ocupação laboral, 18,8% eram aposentados. Esses resultados ressaltam a importância da investigação e acompanhamento da doença inflamatória intestinal em diferentes grupos populacionais para uma abordagem mais abrangente e eficaz.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas dos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará.

Variável	Frequência	Percentagem
<b>Sexo</b>		
Feminino	25	78,1
Masculino	7	21,9
<b>Faixa etária</b>		
<20 anos	4	12,5
20-30 anos	7	21,9
31-40 anos	4	12,5
41-50 anos	5	15,6
51-60 anos	5	15,6
61-70 anos	6	18,8
71-80 anos	0	0,0
>80 anos	1	3,1
<b>Ocupação laboral</b>		
Aposentado	6	18,8
Do lar	4	12,5
Estudante	4	12,5
Autônomo	2	6,3
Não Informado	16	50,0

As percentagens são relativas ao total de pacientes com doenças inflamatórias intestinais (n=32).

A análise comparativa das idades entre os sexos dos pacientes com doença intestinal inflamatória revelou que a média de idade das pacientes do sexo feminino ( $43,5 \pm 18,8$  anos) foi ligeiramente superior à dos pacientes do sexo masculino ( $35,1 \pm 19,9$ ), porém, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p = 0,345$ ). A média geral de idade foi de 41,7 anos.

**Tabela 2** - Comparação das idades entre os sexos dos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará.

Variável	Geral (n=32)	Feminino (n=25)	Masculino (n=7)	p-valor
<b>Idade</b>	41,7 ± 19,0	43,5 ± 18,8	35,1 ± 19,9	0,345

As variáveis numéricas são representadas como média ± desvio padrão. Foi utilizado o teste t de Student.

A análise da presença de comorbidades e realização de atividade física dos pacientes mostrou uma alta prevalência de comorbidades (62,5%), enquanto 62,5% não realizavam atividades físicas. Além disso, não houve diferenças significativas entre os sexos feminino e masculino. O p-valor obtido foi superior a 0,05, indicando ausência de associação entre o sexo dos pacientes e a presença de comorbidades ou a prática de atividade física. No geral, ambos os grupos apresentaram proporções semelhantes de pacientes com comorbidades (60,0% feminino e 71,4% masculino) e de pacientes que realizavam atividade física (36% feminino e 42,9% masculino), conforme os dados apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3** - Presença de comorbidades e estilos de vida segundo o sexo dos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará.

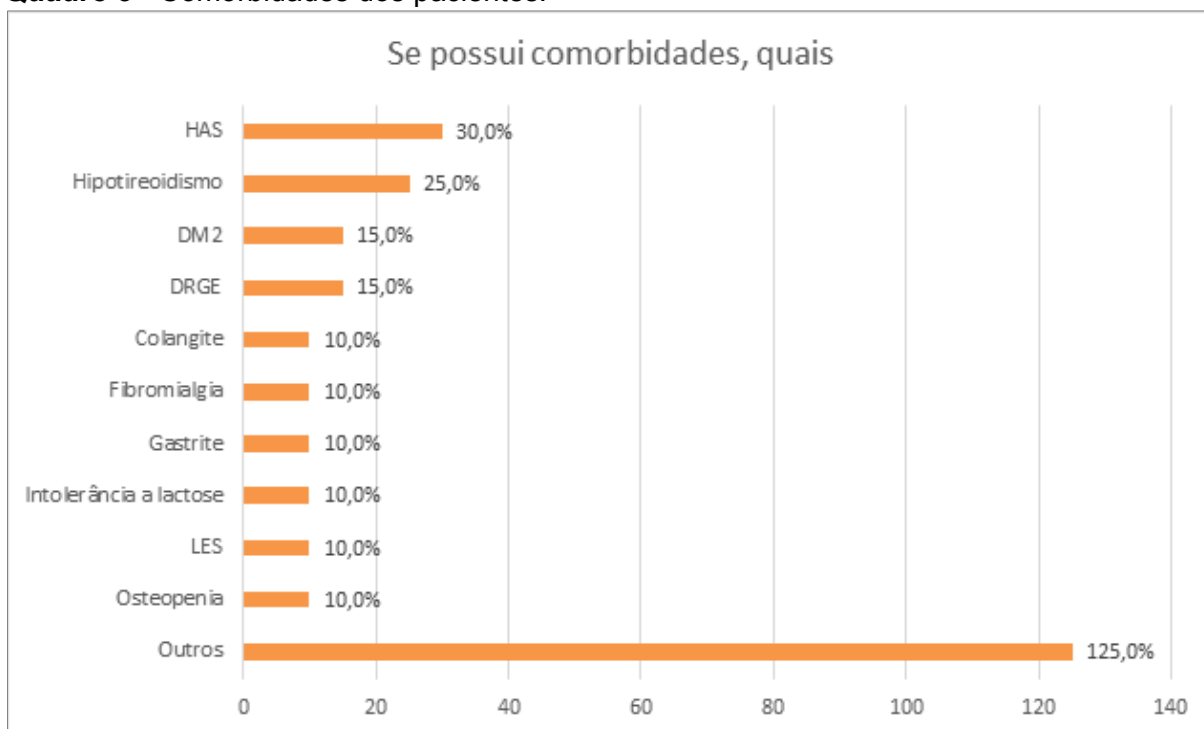
Variável	Geral	Feminino (n=25)	Masculino (n=7)	p-valor
<b>Comorbidades associadas</b>				0,683
Não	12 (37,5)	10 (40,0)	2 (28,6)	
Sim	20 (62,5)	15 (60,0)	5 (71,4)	
<b>Realiza atividade física</b>				1,000
Não	20 (62,5)	16 (64,0)	4 (57,1)	
Sim	12 (37,5)	9 (36,0)	3 (42,9)	

As variáveis categóricas são exibidas como n (%). As percentagens são relativas ao total de cada coluna. Em todos os casos foi utilizado o Teste Exato de Fisher.

Entre os pacientes que possuíam comorbidades (Quadro 3), houve uma variedade de condições, com destaque para hipertensão arterial sistêmica (HAS) com 30,0%, seguida por hipotireoidismo com 25,0%, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) com 15,0% cada. Outras comorbidades

incluíram colangite, fibromialgia, gastrite, intolerância à lactose, lúpus eritematoso sistêmico (LES) e osteopenia, cada uma com 10,0%.

**Quadro 3** - Comorbidades dos pacientes.



As percentagens são relativas aos indivíduos com comorbidades (n=20).

Dos pacientes que realizavam atividades físicas, 75,0% relataram realizar musculação como atividade, seguido por 50,0% que mencionaram outras atividades diversas, e 16,7% que optaram pela caminhada. Esses resultados destacam a preferência dos pacientes por atividades de musculação e outras modalidades, o que pode indicar uma busca por atividades de maior intensidade e variedade na prática de exercícios físicos nessa população específica, além de demonstrar certa sobreposição de atividades físicas.

**Tabela 4** - Atividade física dos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará.

Variável	Frequência	Porcentagem
<b>Se realiza atividade física, qual?</b>		
Musculação	9	75,0
Caminhada	2	16,7
Outros	6	50,0

As porcentagens são relativas aos indivíduos com atividade física (n=12).

Foi observado que a retocolite ulcerativa foi a doença intestinal inflamatória mais prevalente entre o total de pacientes atendidos, representando 54,8% dos casos, seguida pela Doença de Crohn, com 21,4%. Grande parte dos pacientes (56,3%) estavam com a doença em atividade, enquanto 34,4% estavam em remissão. Esses resultados refletem a relevância da avaliação e acompanhamento dos pacientes com doença intestinal inflamatória, permitindo a adequada gestão clínica e terapêutica dessas condições.

**Tabela 5** - Doença dos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará.

Variável	Frequência	Porcentagem
<b>Doença prevalente</b>		
Retocolite ulcerativa	23	54,8
Doença de Crohn	9	21,4
Outras patologias intestinais	7	16,7
Em investigação	3	7,1

As porcentagens são relativas ao total geral de pacientes (n=42).

Grande parte dos pacientes com doenças inflamatórias intestinais (56,3%) estava com a doença em atividade, enquanto 34,4% estavam em remissão.

**Tabela 6** - Atividade da doença dos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará.

Variável	Frequência	Porcentagem
<b>Classificação de atividade da doença</b>		
Em remissão	11	34,4
Em atividade	18	56,3
Não Informado	3	9,4

As porcentagens são relativas ao total de pacientes com doenças inflamatórias intestinais (n=32).

Os resultados indicaram que a maioria dos pacientes com retocolite ulcerativa apresentou a doença em atividade (55%). Entre os pacientes com doença de Crohn, de forma similar, a maioria estava em atividade (77,8%). Apesar de uma maior porcentagem de pacientes em atividade entre os pacientes que tinham doença de Crohn, estas diferenças entre as duas patologias não atingiu relevância estatística, ou seja, não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição da atividade da doença entre os dois grupos (p-valor = 0,412), conforme avaliado pelo teste de Fisher.

**Tabela 7** - Doença conforme a respectiva atividade nos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará.

Variável	Retocolite ulcerativa (n=20)	Doença de Crohn (n=9)	p-valor
<b>Classificação de atividade da doença</b>			0,412
Em remissão	9 (45,0)	2 (22,2)	
Em atividade	11 (55,0)	7 (77,8)	

As variáveis categóricas são exibidas como n (%). As porcentagens são relativas ao total de cada coluna. Foi utilizado o Teste Exato de Fisher.

Os principais tratamentos medicamentosos utilizados foram a mesalazina (43,8%), a azatioprina (37,5%), o infliximabe (15,6%), a prednisona (15,6%), a sulfassalazina (12,5%) e o vedolizumabe (9,4%). Os dados revelam uma variedade de opções terapêuticas empregadas nessa população, com destaque para a mesalazina e a azatioprina como os medicamentos mais prescritos.

**Tabela 8** - Tratamento medicamentoso utilizado pelos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC/CESUPA), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará.

Variável	Frequência	Porcentagem
<b>Tratamento realizado</b>		
Mesalazina	14	43,8
Azatioprina	12	37,5
Infliximabe	5	15,6
Prednisona	5	15,6
Sulfassalazina	4	12,5
Vedolizumabe	3	9,4
Ustequinumabe	2	6,3
Outros	5	15,6

As porcentagens são relativas ao total de pacientes com doenças inflamatórias intestinais (n=32).

Quanto aos resultados da tomografia computadorizada, apenas três pacientes tinham realizado o exame, sendo que dois (6,3% do total) desses tinham alterações.

**Tabela 9** - Resultados de Entero-TC nos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará.

Variável	Frequência	Porcentagem
<b>Resultado de entero-TC</b>		
Com alterações	2	6,3
Sem alterações	1	3,1
Não realizado	29	90,6

As porcentagens são relativas ao total de pacientes com doenças inflamatórias intestinais (n=32).

O principal achado na colonoscopia foi inflamação em 12 casos (37,5% dos pacientes), enquanto 10 (31,6%) não tinham evidências de processos inflamatórios (Tabela 10). Estes resultados destacam inflamação e lesões como achado comum nessa população.

**Tabela 10** - Resultados da colonoscopia nos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará.

Variável	Frequência	Porcentagem
<b>Resultado da colonoscopia</b>		
Processo inflamatório	12	37,5
Ausência de processo inflamatório	10	31,3
Não informado	9	28,1
Outros	1	3,1

As porcentagens são relativas ao total de pacientes com doenças inflamatórias intestinais (n=32).

Em seguida, foram avaliados os resultados dos exames laboratoriais dos pacientes. Os níveis de VHS (Velocidade de Hemossedimentação) apresentaram uma mediana de 42,5 mm/h, com variação de 3,0 a 120,0 mm/h, enquanto os níveis de PCR (Proteína C Reativa) apresentaram uma mediana de 6,6 mg/L, com variação de 2,4 a 172,0 mg/L. Por fim, os níveis de calprotectina tiveram uma mediana de 165,0 µg/g, com variação de 2,7 a 1750,0 µg/g.

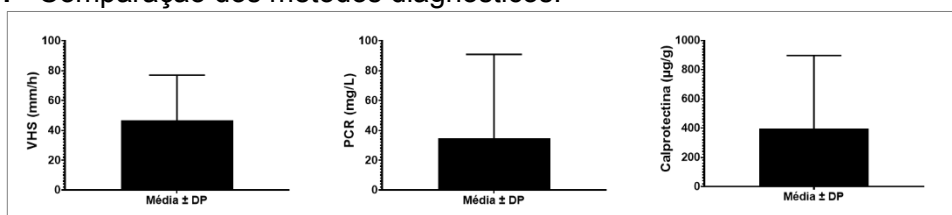
**Tabela 11** - Resumo dos resultados dos exames laboratoriais dos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório de Patologia Gastrointestinal do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, Belém-Pará.

Variável	Mínimo	Máximo	Mediana	Média ± DP
<b>VHS</b>	3,0	120,0	42,5	46,7 ± 30,3
<b>PCR</b>	2,4	172,0	6,6	34,7 ± 56,2
<b>Calprotectina</b>	2,7	1750,0	165,0	394,6 ± 503,1

As variáveis numéricas são representadas como média ± desvio padrão.

O quadro 4 exibe graficamente estas informações.

**Quadro 4** - Comparação dos métodos diagnósticos.



## 5 DISCUSSÃO

Dos 42 prontuários de pacientes coletados, acompanhados pelo ambulatório de patologias gastrointestinais do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), entre agosto de 2021 a março de 2024, foram excluídos da análise 10 pacientes. Dentre esses, 3 ainda estavam em investigação de Doença Inflamatória Intestinal (DII), e até o final da coleta de dados não confirmaram diagnóstico. Outros 7 pacientes não possuíam diagnóstico de DII, estando em acompanhamento no ambulatório devido a outras patologias gastrointestinais.

Desta forma, o estudo abrangeu 32 pacientes com diagnóstico confirmado de DIIs, acompanhados pelo Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período de agosto de 2021 a março de 2024, verificou-se que houve uma prevalência significativa do sexo feminino, sendo 25 mulheres (78,1%) em relação a 7 homens (21,9%) com DII. Esse resultado é compatível com o observado na literatura internacional e brasileira<sup>9</sup>. Apesar desses estudos nacionais demonstrarem maior prevalência nas regiões Sul e Sudeste e menores taxas de prevalência em regiões Norte e Nordeste<sup>10</sup>, a pesquisa realizada no CEMEC, no município de Belém, segue o linear da característica epidemiológica em que a DII afeta mais o sexo feminino.

O presente estudo revelou que, adultos jovens na faixa etária de 20-30 anos (21,9%) representam a maior quantidade dentre os 32 pacientes analisados, seguido dos 60 anos em diante (21,9%). Esses resultados estão de acordo com o relato do maior e mais atual estudo epidemiológico brasileiro até o momento publicado no ano de 2022, realizado por meio de coleta de dados do sistema público de saúde (SUS) com um total de 212.026 pacientes com DII. Dentre estes, foram identificados onde a faixa etária foi mais comum encontra-se entre 25 e 65 anos<sup>11</sup>.

No que se refere à ocupação profissional, não houve registro no prontuário de 16 (50%) dos pacientes documentados nesse estudo. Dentre os pacientes com registro da ocupação, foram identificados 6 aposentados (18,8%), seguidos de 4 estudantes (12,5%) e 4 trabalhadoras do lar (12,5%). Como é desconhecida a profissão de 50% dos pacientes analisados e desconhecida a ocupação ao longo da vida dos pacientes aposentados, ocorre a impossibilidade de analisar a relação da doença com o trabalho, pois os dados carecem de informação.

Dentre os pacientes com DIIs atendidos no CEMEC, 20 pacientes apresentaram comorbidades associadas. Esse resultado obtém como destaque a hipertensão arterial sistêmica (HAS) com 30%, corroborando com a literatura mundial, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que a “hipertensão afeta 1 em cada 3 adultos em todo o mundo”, sendo considerada um dos grandes problemas para a saúde pública no Brasil<sup>12</sup>. Nas demais comorbidades, aparecem hipotireoidismo, diabetes mellitus e DRGE. Contudo, como o CEMEC é um centro que abrange quantidade significativa de especialidades médicas, cogita-se que esses pacientes são atendidos em outros ambulatórios, e provavelmente foram encaminhados destes para as especialidades de gastroenterologia do centro.

Em concordância com os dados coletados em que 62,5% não realizavam atividades físicas observa-se o quanto o sedentarismo pode ser ainda mais prejudicial em paciente portadores de DII, já que estes pacientes possuem risco aumentado de desenvolver sarcopenia devido à inflamação, alterações na ingestão e absorção de nutrientes e alterações na composição corporal<sup>13</sup>. Em uma revisão sistemática recente, ficou evidenciada que a incidência de sarcopenia pode atingir aproximadamente 60% em pacientes com DII<sup>13</sup>. Indivíduos com DII e sarcopenia apresentam pior qualidade de vida e risco aumentado de complicações cirúrgicas<sup>13</sup>.

Por outro lado, entre os pacientes que realizavam atividades físicas, 75,0% relataram realizar musculação como atividade, seguido por 50,0% que mencionaram outras atividades diversas, e 16,7% que optaram pela caminhada. Esses resultados destacam a preferência dos pacientes por atividades de musculação e outras modalidades, o que pode indicar uma busca por atividades de maior intensidade e variedade na prática de exercícios físicos nessa população específica. Na literatura há forte relação entre DII e sarcopenia, e a junção das duas aponta alterações na massa muscular<sup>13,14</sup>. A força muscular, particularmente a força de preensão manual, é frequentemente reduzida em pacientes com DC e RCU em comparação com indivíduos saudáveis<sup>13</sup>.

No que tange ao fato de inflamação generalizada promovida pela DIIS, o exercício físico regular entra como forte ferramenta para controle de sintomas e complicações de DIIs, pois a inatividade física promove a atrofia muscular e esta pode ser consequência de um estado de inflamação crônica de baixo grau e de um

desequilíbrio da homeostase energética favorecido pela IL-6<sup>14</sup>. Por sua vez, a IL-12 também tem sido alvo para o tratamento médico da DC e também tem sido associada à disfunção contrátil. Esta interleucina estimula a proliferação de células T e atividade citotóxica levando à degeneração do músculo esquelético<sup>15</sup>. Em um estudo recente que buscou avaliar a qualidade de atendimento aos centros de DIIs, observaram que a força muscular e a velocidade da marcha estavam negativamente associadas à IL12<sup>16</sup>. O declínio da força muscular pode ser uma consequência da inflamação sistêmica crônica de baixo grau, mas uma condição inflamatória sistêmica também pode ocorrer como resultado direto da baixa massa e força muscular. As citocinas pró-inflamatórias prejudicam a força muscular e o desempenho físico em pacientes com DI, aumentando o catabolismo protéico, reduzindo a síntese muscular, induzindo atrofia muscular e diminuindo a resposta contrátil, além de estimular uma resposta imunomediada que prejudica a regeneração muscular<sup>17</sup>.

Além disso, em cartilha desenvolvida pela Organização Brasileira de Doença de Crohn e Colite (GEDIIB) e disponibilizada para a população acerca da prevenção das doenças inflamatórias, a atividade física regular é apontada como artifício para equilíbrio no controle emocional, visto que o exercício físico traz diversos benefícios como redução do estresse, fortalecimento dos ossos e do sistema imunológico, melhora da massa muscular, do bem-estar psicológico, e melhora da qualidade de vida. Exercícios de leve a moderada intensidade têm sido associados a risco reduzido de constipação, colelitíase e doença diverticular. Já exercícios de moderada intensidade estão associados a um risco reduzido de câncer colorretal. Para promover e manter saúde global numa população de 18 a 65 anos é recomendado que pessoas realizem exercícios aeróbicos de moderada intensidade por mínimo de 30 minutos 5 dias por semana ou atividade física intensa durante 20 minutos 3 dias por semana. Embora os dados ainda sejam limitados, os exercícios físicos regulares no início da vida podem ajudar a prevenir o desenvolvimento da doença (principalmente DC) e modificar o curso da doença com benefício nos parâmetros inflamatórios e psicológicos, promovendo qualidade de vida. Um exemplo dessa interação é a maior prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre pacientes com DIIs. Diferentes exercícios foram avaliados na redução do estresse, incluindo caminhada, corrida, natação e yoga/meditação, levando não apenas à prevenção de doenças imunomediadas quanto a maiores períodos de remissão dessas doenças, redução da

ansiedade e melhora na qualidade de vida. Os trabalhos sugerem que o cuidado com a saúde mental se correlaciona com melhor qualidade de vida e potencialmente reduz riscos de atividade das DII<sup>18, 20</sup>.

Em relação a prevalência de DC e RCU, nota-se neste trabalho a predominância dos casos de RCU (54,8%) em relação a DC (21,4%), corroborando o que está descrito nas literaturas brasileira e internacional. PILAU, Maria *et al* relatam a RCU presente em 65,2% dos diagnósticos de sua análise, enquanto a DC em apenas 25,2% destes<sup>19</sup>. Este fato pode ser atribuído ao rápido diagnóstico da RCU - que se dá devido a presença de diarreia significativa, caracterizando a clínica da doença - enquanto a DC apresenta-se de forma mais insidiosa, necessitando de exames de imagem para auxílio diagnóstico. Assim, há retardo na investigação dos casos de DC e, conseqüentemente, na atualização dos dados estatísticos de incidência e prevalência<sup>19</sup>. Observa-se também, em estudos nacionais, que estes dados de prevalência podem variar de acordo com as regiões brasileiras. No estado do Piauí, por exemplo, em um estudo epidemiológico recente foi citada maior prevalência de DC em relação à RCU (60,3% vs 39,7%)<sup>19</sup>.

No que diz respeito a atividade das doenças em análise, verifica-se que ambas se mostram predominantemente em atividade ao diagnóstico. Em relação a RCU, 55% dos pacientes analisados apresentam-se em atividade de doença. Do mesmo modo, tem-se 77,8% dos pacientes com diagnóstico de DC também em atividade. Utiliza-se o Score de Mayo para realizar a avaliação de atividade da doença, tendo como base a melhora clínica e os achados endoscópicos. No entanto em relação a este último, nenhum dos métodos atuais foi totalmente validado para classificação, sendo esta uma limitação ainda existente<sup>2, 20</sup>. Em relação a remissão, usa-se o Score de Mayo modificado, que inclui 3 componentes, que são a frequência das fezes, sangramento retal e endoscopia<sup>21</sup>. Destaca-se a necessidade de avaliar o tempo decorrido desde o diagnóstico do paciente, visto que é comprovado por novos estudos que estes pacientes com diagnóstico de DC e RCU tem apresentado maior atividade da doença no momento do diagnóstico, como se vê neste trabalho. Portanto, tal alteração seria esperada<sup>22</sup>.

Sobre a medicação em uso durante o tratamento para a doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU), obtiveram-se os seguintes resultados: 14 (43,8%)

utilizam a Mesalazina e 4 (12,5%) a Sulfassalazina, essas duas medicações representam a classe dos derivados de aminossalicilatos. Tal resultado, é decorrente da prevalência da RCU nos pacientes analisados nesse estudo, caso fosse a DC predominante, a classe de imunobiológicos estaria como destaque pois é a principal escolha para a doença. Dentre os aminossalicilatos, o resultado nos mostra a preferência pela Mesalazina devido sua maior capacidade de tolerância e adesão dos pacientes ao tratamento em relação a sulfassalazina que apresenta mais efeitos colaterais como dor abdominal, náuseas e vômitos<sup>20</sup>.

Já na classe dos imunossuppressores, 12 (37,5%) utilizam a Azatioprina para manutenção da remissão clínica. O Infliximabe é o Anti-TNF que lidera entre os imunobiológicos mais utilizados entre os pacientes analisados, seguido do Vedolizumabe (anti-integrina). Em relação aos corticosteroides, 5 (15,6%) pacientes utilizam prednisona, tendo conhecimento de que essa classe de medicação não é recomendada para tratamento a longo prazo pois são ineficazes para a terapia de manutenção e possuem toxicidade significativa, sendo utilizados como escolha para atingir o controle dos sintomas e induzir a remissão clínica<sup>21</sup>.

Sobre os exames utilizados para diagnóstico ou confirmação do mesmo, no que diz respeito aos níveis de PCR (Proteína C Reativa) coletados, os valores ficaram na mediana de 6,6 mg/L, variando entre 2,4 e 172,0 mg/L. Diferentemente dos resultados encontrados de VHS e calprotectina, os níveis de PCR parecem diminuir ao longo do acompanhamento dos pacientes. No último consenso publicado em 2022, de RCU, disponibilizado pela GEDIIB, ficou esclarecido que o PCR indica respostas de fase aguda e é usada como marcador de inflamação e atividade da doença na DIIS, essa proteína está correlacionada com marcadores de atividade clínica, endoscópica, radiológica e transversal na DII (especialmente na DC), todavia é considerado um marcador inflamatório de baixa especificidade em relação à atividade endoscópica da RCU, podendo ser utilizado apenas como ferramenta para avaliação de pacientes na indução da remissão e na manutenção. Em casos especiais, o consenso reforça que a PCR com apresentação da doença para proctite não devem ser utilizados marcadores biológicos de inflamação; já para o lado esquerdo e para a pancolite, a PCR deve ser uma medida da eficácia do tratamento<sup>2, 24</sup>.

Os resultados coletados de VHS (Velocidade de Hemossedimentação) encontraram-se na mediana de 42,5 mm/h, variando entre 3,0 e 120,0 mm/h. Na literatura não há muitas citações sobre a relevância desse exame, porém, em 2019, o Colégio Americano de Gastroenterologia citou esse marcador como um dos critérios para Retocolite fulminante, podendo ou não estar associado a >10 evacuações/dia; sangue contínuo nas fezes; urgência contínua; baixos níveis de hemoglobina que requerem transfusão; taxa de hemossedimentação (VHS) >30; PCR elevada; calprotectina fecal >150–200 mg/g; subpontuação Mayo de 3; ou Índice de Gravidade Endoscópica da Colite Ulcerativa (UCEIS) pontuação 7–8. Os autores ressaltam que a doença não precisa apresentar todos os fatores para ser considerada fulminante<sup>2, 24</sup>.

Notou-se que os dados de calprotectina coletados apresentaram em uma mediana de 165,0 µg/g, variando entre 2,7 e 1750,0 µg/g. Os resultados indicam uma tendência de aumento de calprotectina, o que condiz com o fato da maioria dos pacientes atendidos no ambulatório estarem com a doença em plena atividade. Estas informações estão em concordância com a última atualização do Segundo Consenso Brasileiro sobre o Manejo da Doença de Crohn em Adultos (Consenso GEDIIB, agosto de 2022), neste a calprotectina fecal é apontada como um biomarcador validado para a atividade endoscópica da doença e pode informar as decisões de escalonamento ou desescalonamento do tratamento. Além disso, um aumento nos níveis de calprotectina fecal pode ser um preditor precoce de recidiva clínica. A meta de tratamento, portanto, para calprotectina fecal é <250 µg/g em situação não pós-operatória e <100 µg/g em situação pós-operatória. O prazo para atingir essas metas é de 3 a 4 meses, independentemente da classe terapêutica dos tratamentos médicos submetidos. Quando se trata de Retocolite Ulcerativa, no último consenso também publicado em agosto 2022 ficou estabelecido que a calprotectina fecal >150–200 mg/g; como um dos critérios para classificação da doença em fulminante<sup>2, 24</sup>.

Quanto aos resultados enterotomografia (entero-TC), apenas três pacientes tinham realizado o exame, sendo que dois (6,3% do total) desses tinham alterações. Em consonância com essa amostra em um artigo publicado no ano de 2022, ele conclui que a forma mais eficiente de prevenir complicações da doença inflamatória intestinal (DII) é proporcionar aos pacientes cuidados otimizados. Contudo, no Brasil não existe uma metodologia validada para avaliação de serviços de saúde

reconhecidos como unidades de atenção integral (UAI), dificultando a avaliação da qualidade da assistência prestada, isso reflete na dificuldade de acesso a exames como entero-TC pelo sistema único de saúde (SUS) em tempo hábil para manejo DIIS<sup>25</sup>.

Os principais achados na colonoscopia foram: lesões indicativas de processo inflamatório em 37,5% dos casos e ausência de processo inflamatório em 31,3%. Estes dados são extremamente significativos, visto que dentre as lesões indicativas de processo inflamatório destacam-se a retocolite ulcerada intensa e difusa em cólon esquerdo; lesões ulceradas profundas em sigmoide e reto baixo, Úlceras profundas em reto distal recobertas por fibrina, uma delas com orifício fistuloso adjacente, colite crônica em intensa atividade, retite crônica acentuada em atividade, pancolite inespecífica em atividade moderada e proctite leve. Daqueles que não apresentaram processo inflamatório destacaram-se as lesões polipoides em sigmoide. Logo, foi observado durante a coleta a variedade de achados de inflamação, o que tornou árdua a tarefa de agrupar esses dados, já que como já citado não há uma padronização nos laudos de colonoscopia para estabelecimento de diagnóstico de RCU e DC<sup>25</sup>.

Contudo, no último consenso (2022) disponibilizado pela GEDIIB, a colonoscopia é apontada como excelente ferramenta para classificação da extensão da doença de RCU correlacionando com seus marcos anatômicos no cólon, são descritas 3 classificações de extensão da doença, são elas: 1) colite distal, quando o envolvimento é limitado ao reto (ou seja, a extensão proximal da inflamação é distal à junção retossigmóide). Os casos geralmente são leves e moderados, muitas vezes com sangramento retal, muco e pus nas fezes e tenesmo. A diarreia ocorre em 80% dos casos; no entanto, pode haver constipação. A dor abdominal geralmente é em cólica, precedendo as evacuações, e não é totalmente aliviada após o esvaziamento retal. Os pacientes podem queixar-se de urgência, incontinência e dor anorretal. As manifestações extraintestinais são menos comuns; 2) Colite esquerda: a doença é distal à flexura esplênica. Os pacientes geralmente sofrem de formas moderadas ou graves da doença; entretanto, a forma fulminante também pode ocorrer. Febre, astenia e perda de peso com anorexia são comuns. Diarreia com muco, pus, sangue e tenesmo também pode estar presente. Manifestações extraintestinais ocorrem em 20–30% dos casos (por exemplo, artralgia, artrite, sacroileíte, aftas orais, eritema

nodoso, episclerite e piodermite gangrenosa), recomenda-se para esses pacientes a colonoscopia de vigilância a partir de oito anos após o início da RCU; 3) Colite extensa (pancolite): o envolvimento se estende proximal à flexura esplênica com inflamação contínua começando no reto. Na apresentação, a pancolite é encontrada em 14–35% dos pacientes, que podem apresentar anorexia, diarreia com sangue, dor abdominal e perda de peso<sup>24</sup>.

Outrossim, a solicitação de colonoscopia pode ser bem assertiva para confirmação do diagnóstico de DC, avaliação da gravidade da doença, determinação da eficácia do tratamento, realização de vigilância para carcinogênese e avaliação seis meses após eventual ressecção ileocolônica para DC. No consenso de 2022 há uma recomendação adicional que a ileo-colonoscopia seja oferecida aos pacientes com doença colônica, principalmente aqueles que >1/3 do intestino grosso esteja afetado, oito anos após o início dos sintomas para rastreamento do câncer, avaliação da extensão da doença e fornecimento de informações sobre a frequência do monitoramento subsequente<sup>2</sup>.

## 6 CONCLUSÃO

Foi identificado com o presente estudo que a Retocolite Ulcerativa é a forma de DII mais prevalente, acometendo principalmente mulheres, na faixa etária de 20-30 anos. Com relação a predominância da RCU, cabe ressaltar a influência da falta de atualização dos dados estatísticos sobre esta variável.

Observou-se, também, o predomínio da doença em atividade ao diagnóstico. Destaca-se o uso de medicações como referência para o tratamento destas comorbidade, dentre as quais os imunossupressores (Azatioprina), os derivados de aminossalicilatos (Mesalazina e Sulfassalazina) e os imunobiológicos (Infliximabe, Vedolizumabe) apresentam maior relevância. Associado ao tratamento medicamentoso, salienta-se a importância da prática de atividade física como ferramenta para controle de sintomas e, conseqüentemente, para melhor qualidade de vida.

Nota-se, portanto, que o perfil epidemiológico dos pacientes analisados se apresenta em concordância com a literatura já existente. Todavia, esta mostra-se escassa, principalmente no que diz respeito à região Norte.

Este estudo apresenta limitações relacionadas à carência de informações nos prontuários analisados e limitações dos pacientes quanto ao acesso a exames, principalmente aos exames de imagem. No entanto, é útil na apresentação de dados de prevalência na Amazônia e características dos pacientes com DIIs, proporcionando maiores informações, com o intuito de oferecer melhor atendimento a esses pacientes dentro da perspectiva de atendimento multiprofissional.

## REFERÊNCIAS

1. BREILH, J. Critical epidemiology and the people's health [Epidemiologia Crítica e a Saúde das Pessoas]. Nova York: Oxford University Press; 2021
2. IMBRIZI M, BAIMA JP, AZEVEDO MFC, ANDRADE AR, QUEIROZ NSF CHEBLI JMF et al. Second Brazilian Consensus on the Management of Crohn's disease in adults: a consensus of the Brazilian Organization for Crohn's Disease and Colitis (GEDIIB) - AG-2022-122. Disponível em: doi.org/10.1590/S0004-2803.2022005S1-02.
3. PABLA BS, SCHWARTZ DA. Avaliação da gravidade da doença em pacientes com colite ulcerativa. *Gastroenterol Clin North Am.* 2020;49:671-88.
4. ZATERKA S, PASSOS MCF, CHINZON D. Tratado de gastroenterologia: da Graduação à Pós- Graduação. Rio de Janeiro: Atheneu; 2023.
5. PETRY, Roberta Cristina. Fatores associados a necessidade de otimização de dose de infliximabe em pacientes com doença de Crohn. Dissertação, UFRGS, Faculdade de Medicina – FAMED, Programa de pós-graduação: ciências em gastroenterologia e hepatologia, Porto Alegre, 2020.
6. KAPLAN, Gilaad G. and WINDSOR, Joseph W. The four epidemiological stages in the global evolution of inflammatory bowel disease. *Revista Perspectives nature reviews gastroenterology & hepatology*, volume 18, January 2021.
7. MENDES, J. et al.. Inflammatory bowel disease and sarcopenia: a focus on muscle strength - Narrative review. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 60, n. 3, p. 373–382, jul. 2023.
8. INSRAN, L. F. L.; COUTO, P. R. da S.; JUNIOR, E. B. Contribuição genética para o entendimento da fisiopatologia da doença de crohn. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 6265–6278, 2022.
9. ZABOT, GP et al.. Manejo cirúrgico de pacientes com doença de crohn e colite ulcerativa do adulto: um consenso da organização brasileira de doença de crohn e colite (GEDIIB). *Arquivos de Gastroenterologia* , v. 59, p. 1–19 de 2022.
10. MELO NMC, ALMEIDA MVS, CAMPOS DMO, OLIVEIRA CBS, OLIVEIRA JIN. Animal models for inducing inflammatory bowel diseases: integrative review. *Rev Cienc Saude.* 2021;11(1):80-87.
11. KOBAYASHI, T. et al. Ulcerative colitis. **Nature Reviews. Disease Primers**, v. 6, n. 1, p. 74, 10 set. 2020.
12. FRÓES, R. DE S. B. et al. Clinical factors associated with severity in patients with inflammatory bowel disease in Brazil based on 2-year national registry data from GEDIIB. **Scientific Reports**, v. 14, n. 1, p. 4314, 21 fev. 2024.
13. QUARESMA, A B. et al. Temporal trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases in the public healthcare system in Brazil: A large population-based study. *Lancet Reg Health Am.* 9Jun 2022.
14. BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 116, n. 3, p. 516–658, 25 mar. 2021.

15. MENDES J, SIMÕES CD, MARTINS JO, SOUSA AS. Inflammatory bowel disease and sarcopenia: focus on muscle strength – narrative review. *Arq gastroenterology*[Internet]. 2023jul;60(3): 373-82. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.230302023-45>
16. CHEN Y, SHEN J. Core indicators of an evaluation and guidance system for quality of care in inflammatory bowel disease centers: A critical review. *EClinicalMedicine*. 2022;46:101382.
17. YAMAMOTO-FURUSHO JK, ANDRADE D, BARAHONA J, BAUTISTA S, BOSQUES-PADILLA F, DE PAULA J, et al. Latin American consensus on the quality indicators for comprehensive care clinics for patients with inflammatory bowel disease: PANCCO-GETECCU. *Rev Gastroenterol Mex*. 2022;87:89-102.
18. QUARESMA AB, KAPLAN GG, KOTZE PG. The globalization of inflammatory bowel disease: the incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in Brazil. *Curr Opin Gastroenterol*. 2019;35:259-64. Doi: 10.1097/MOG.0000000000000534.
19. Kemp K, Dibley L, Chauhan U, Greveson K, Jäghult S, Ashton K, et al. Second N-ECCO Consensus Statements on the European Nursing Roles in Caring for Patients with Crohn's Disease or Ulcerative Colitis. *J Crohns Colitis* . 2018;12:760-76.
20. ANDRADE AR, ICÓ CMA, ZALTMAN C, SILVEIRA EB, CARVALHO NS, FERREIRA SC et al. Prevenção das doenças inflamatórias intestinais - Cartilhas GEDIIB, 2020. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcglclefindmkaj/<https://gediib.org.br/wp-content/uploads/2022/04/cartilha-prevencao-internet.pdf>
21. PILAU, M; GENARO LM; CUNHA, Daniela; *et al*. Epidemiological profile and clinical characteristics of inflammatory bowel diseases in a brazilian referral center. **Arquivos de gastroenterologia**, v. 58, n. 4, p. 483–490, 2021. [acessado em: 21 jul.2024]. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ag/a/4QXQxncYYn3pyrBZyJLcLVc/?lang=en>>
22. Karlinger K, Györke T, Makö E, Mester A, Tarján Z. The epidemiology and the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Eur J Radiol*. 2000 Sep;35(3):154-67. doi: 10.1016/s0720-048x(00)00238-2. PMID: 11000558.
23. Mak WY, Zhao M, Ng SC, Burisch J. The epidemiology of inflammatory bowel disease: East meets west. *J Gastroenterol Hepatol*. 2020 Mar;35(3):380-389. doi: 10.1111/jgh.14872. Epub 2019 Nov 24. PMID: 31596960.
24. BAIMA JP, IMBRIZI M, ANDRADE AR, CHEBLI LA, ARGOLLO MC, QUEIROZ NSF et al. Second Brazilian consensus on the management of ulcerative colitis in adults: a consensus of the Brazilian Organization for Crohn's Disease and Colitis (GEDIIB) - AG-2022-124. Disponível em: Disponível em: doi.org/10.1590/S0004-2803.2022005S1-03.
25. QUARESMA AB, GUEDES LR, BARROS JR DE, IBAMA JP, IMBRIZI M, ZERÔNIO MA, et al. Structural evaluation of inflammatory bowel disease comprehensive care units in Brazil. *Arq Gastroenterology* [Internet]. 2021;61; e23166. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.24612023-166>.

## APÊNDICE A – PARECER DO ORIENTADOR SOBRE A VERSÃO ENTREGUE

### DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR SOBRE A VERSÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO ENTREGUE

*\*Preencher com letras de forma*

Eu, REGIANE MIRANDA ARNUND SAMPAIO [nome do(a) orientador(a)], encaminho à a Coordenação do Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Medicina CESUPA a versão do TCC abaixo indicada e confirmo a declaração apresentada:

**VERSÃO PARA ANÁLISE PRÉVIA**

Confirmando que a versão entregue junto à esta DECLARAÇÃO foi revisada e aprovada por mim e encontra-se em condições de submissão à análise prévia, e aguardo sugestões para correção e/ou aprimoramento da qualidade do trabalho.

**VERSÃO PARA DEFESA**

Confirmando que a versão entregue junto à esta DECLARAÇÃO foi revisada e aprovada por mim e que as alterações propostas pelo examinador foram analisadas e, quando consideradas adequadas, foram aceitas e incorporadas, e o TCC encontra-se em condições de submissão à banca examinadora para avaliação por pares, o que corresponderá à fase de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso do Curso.

**VERSÃO PARA APRESENTAÇÃO PÚBLICA**

Confirmando que a versão entregue junto à esta DECLARAÇÃO foi revisada e aprovada por mim e que as alterações propostas pelo examinador foram analisadas e, quando consideradas adequadas, foram aceitas e incorporadas. Desta forma, consideramos que ela se encontra em condições de apresentação na Jornada de Apresentação de Trabalhos de Conclusão de Curso do Curso de Bacharelado em Medicina do CESUPA.

**VERSÃO FINAL PARA DEPÓSITO E PUBLICIZAÇÃO**

Confirmando que a versão entregue junto à esta DECLARAÇÃO foi revisada e aprovada por mim e que as alterações propostas pelo examinador foram analisadas e, quando consideradas adequadas, foram aceitas e incorporadas. Desta forma, consideramos que ela se encontra em condições de depósito do Repositório institucional e ampla divulgação.

**Título do TCC:** PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS ATENDIDOS PELO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA (CEMEC) NO PERÍODO DE AGOSTO DE 2021 A MARÇO DE 2024

Autor 1: ELAINE VILHENA DE FREITAS

Autor 2: ANANDA PAULA DA SILVA CORDEIRO

Autor 3: YASMIN BATISTA MENDES

Belém, 5 de junho de 2025.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura e carimbo do orientador*