



A Jornada do paciente com doenças inflamatórias intestinais

Adriana Ribas Andrade
Maio, 2025

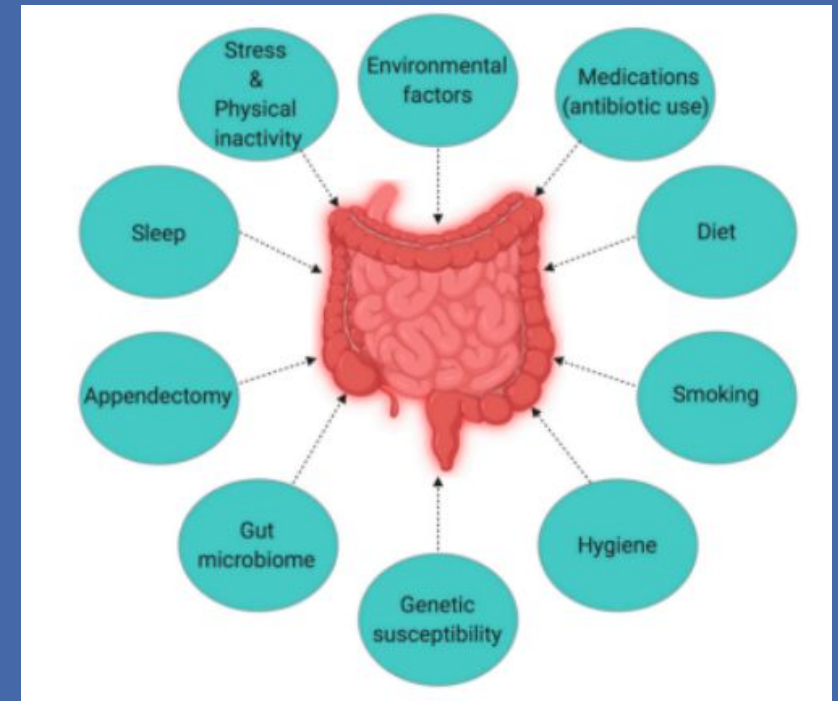




Agenda

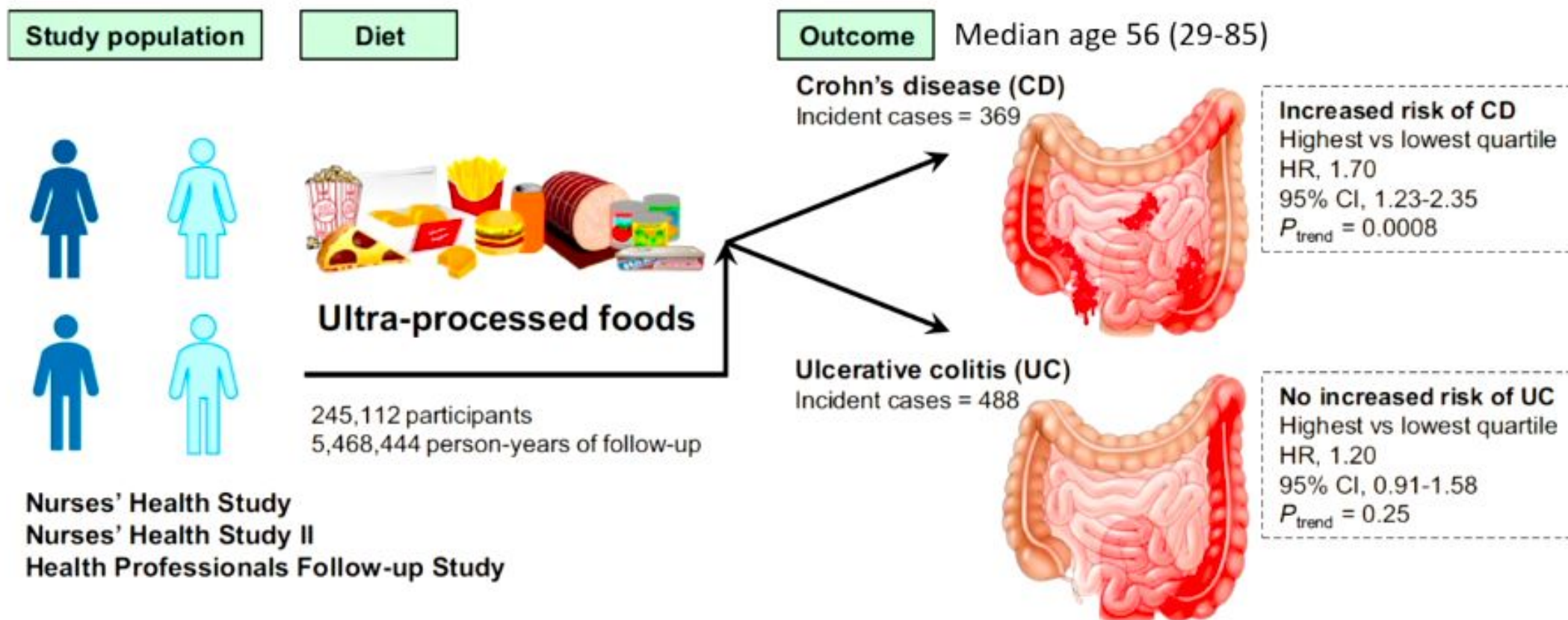
- O que são as DII?
- Epidemiologia
- Sintomas / Ferramentas diagnósticas
- Tratamento
- Prevenção

Quais os fatores de risco relacionados às DIIs?

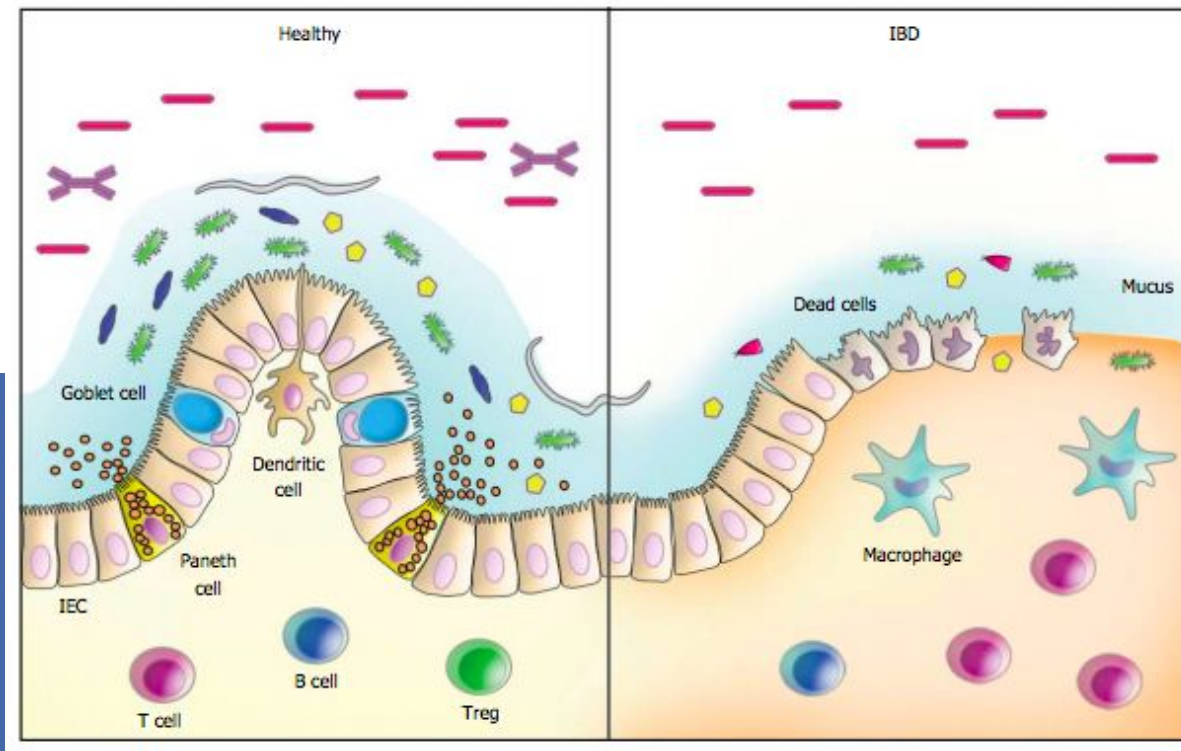


Ultra-processed Foods and Risk of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: A Prospective Cohort Study

Chun-Han Lo,^{*,‡,§} Neha Khandpur,^{||,¶,§} Sinara Laurini Rossato,^{**} Paul Lochhead,^{*,‡} Emily W. Lopes,[‡] Kristin E. Burke,[‡] James M. Richter,[‡] Mingyang Song,^{*,‡,§,||} Andres Victor Ardisson Korat,^{§§} Qi Sun,^{§,||,§§} Teresa T. Fung,^{||,‡‡} Hamed Khalili,^{*,‡} Andrew T. Chan,^{*,‡,§§} and Ashwin N. Ananthakrishnan^{*,‡}

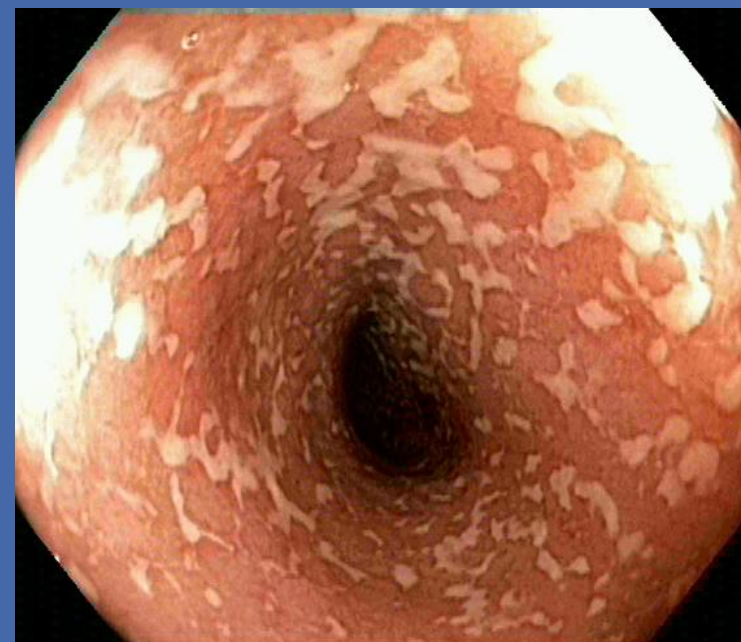
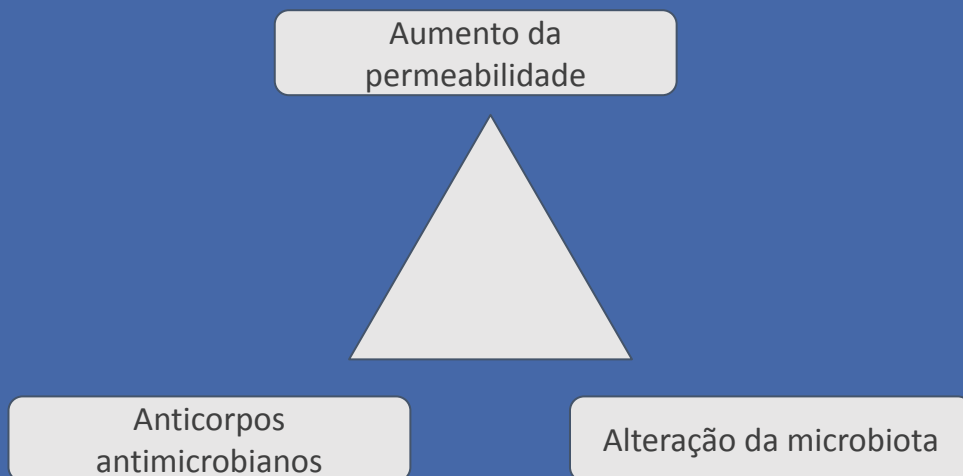


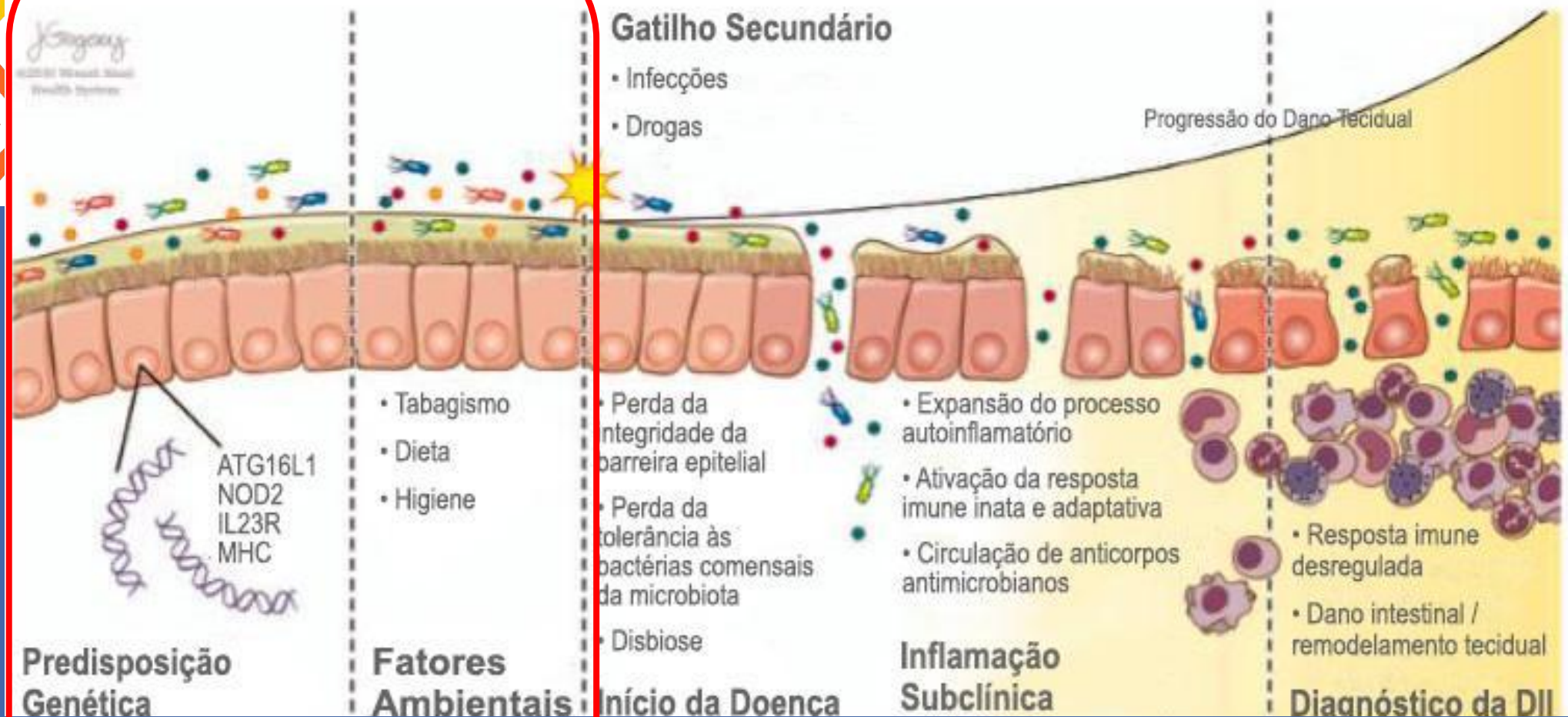
Adjusted for age, cohort, race/ethnicity, family history of IBD, smoking status, body mass index, physical activity, total energy intake, Alternate Healthy Eating, regular NSAID use, oral contraceptives, and menopausal hormone therapy

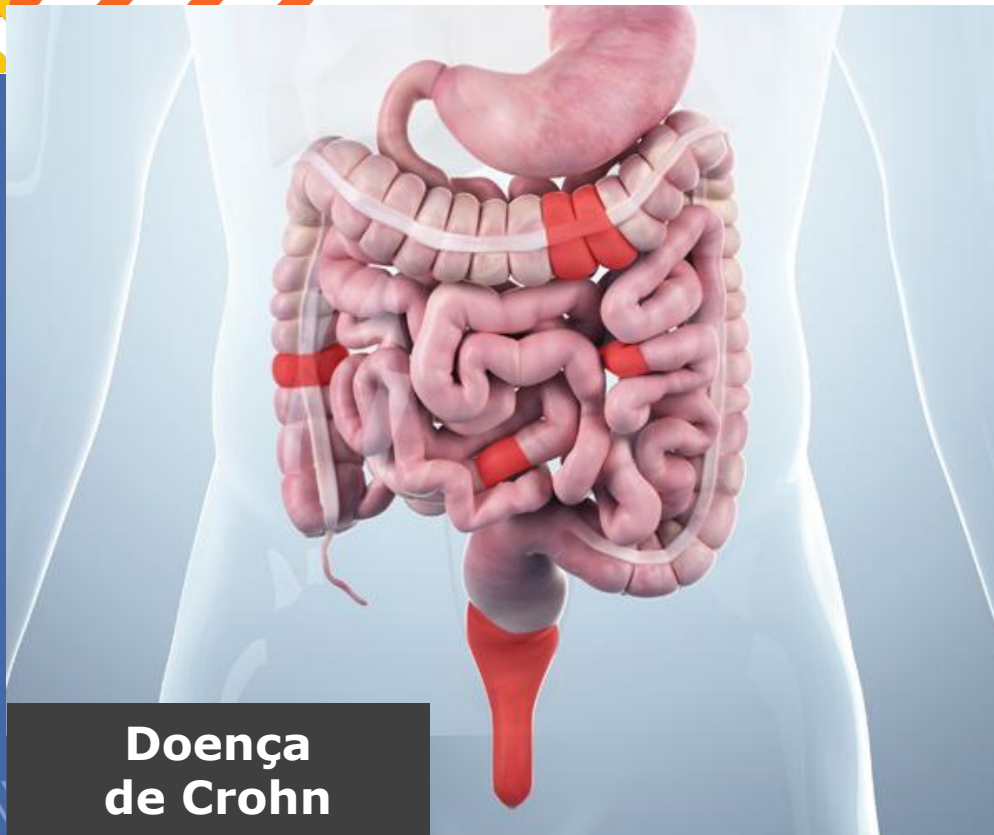


Diversidade

Perda da diversidade
 Diminuição de *F. Prausnitzii*,
Akkermansia, *bifidobactea*
 Aumento de Proteobacteria
 (*Escherichia coli* aderente-invasiva)

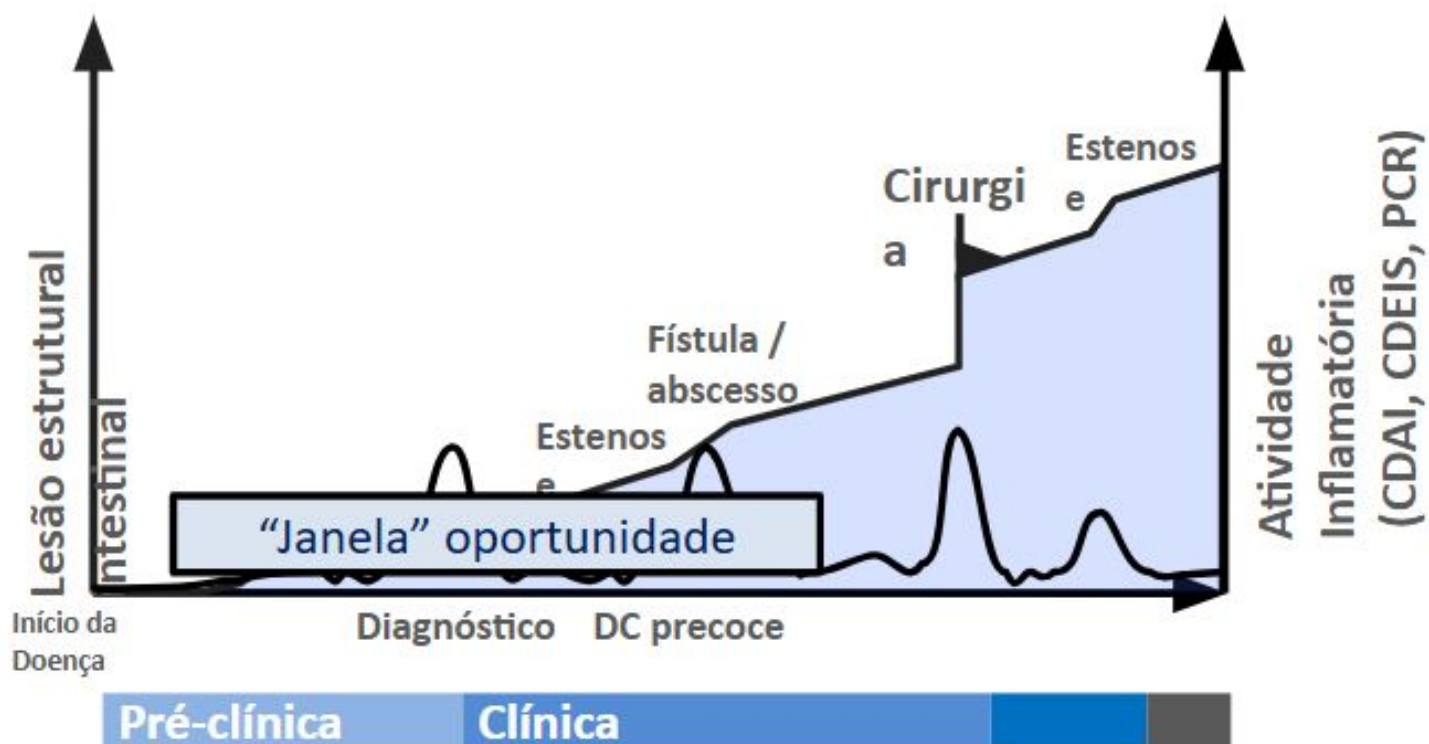






**Doença
de Crohn**

- Inflamação **transmural progressiva** que pode levar a dano estrutural
- Pode acometer da **boca ao ânus**, de forma contínua ou **salteada**
- Frequente comprometimento do **íleo terminal** e do cólon
- Potencial de evoluir com complicações, como **estenoses, fístulas e abscessos**



CDAI: Índice de atividade da doença de Crohn; CDEIS: Índice endoscópico de gravidade da doença de Crohn; PCR: Proteína C-reativa

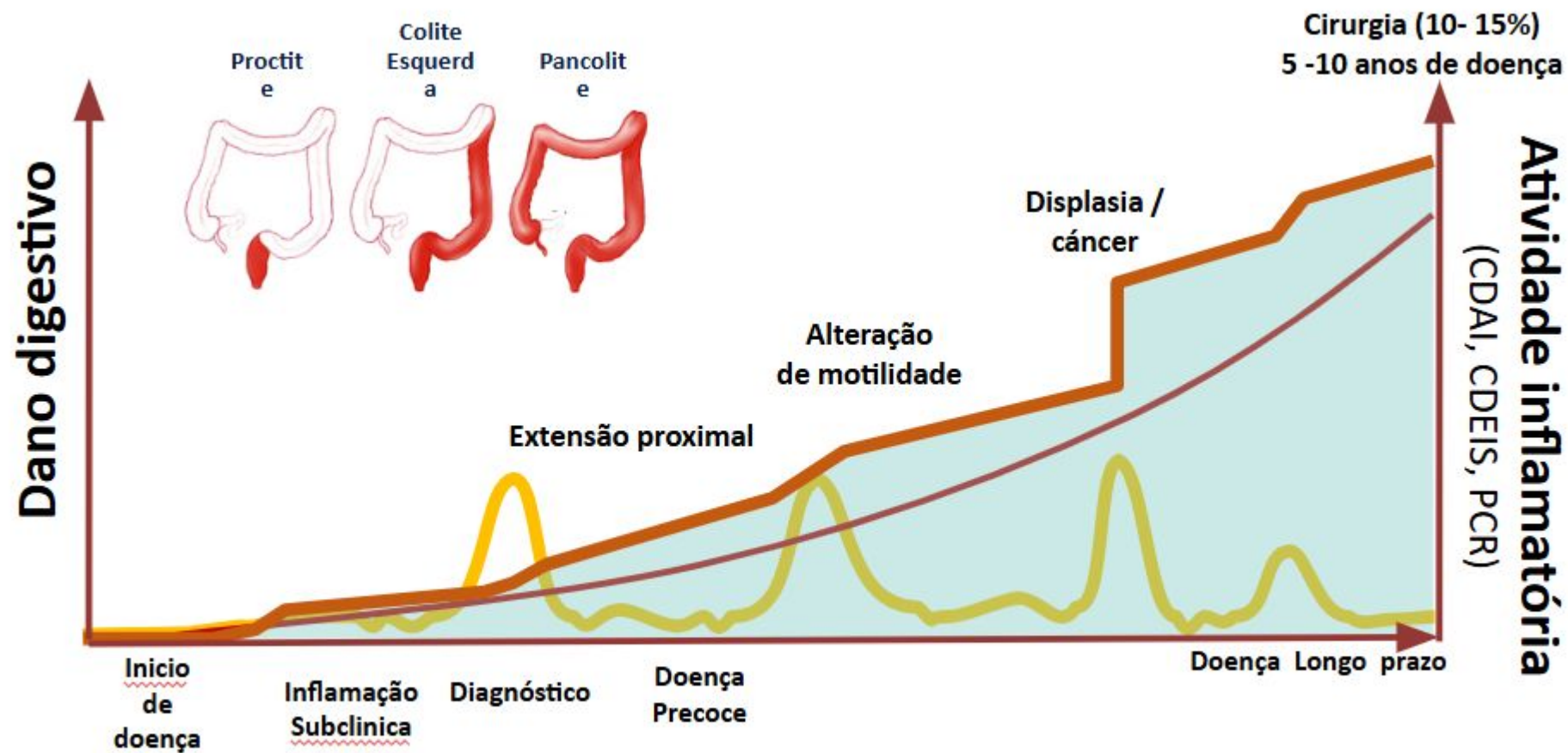


Adaptado de Pariente B, et al. *Inflamm Bowel Dis* 2010

- Inicia-se no **reto** e estende-se aos segmentos **proximais do cólon**
- **Padrão contínuo** de inflamação
- Acomete as camadas **mais superficiais** do intestino grosso e reto
- **Colectomia** é necessária em até 15% dos pacientes



**Retocolite
Ulcerativa**



Elaborado a partir de: Torres J, et al. Inflamm Bowel Dis 2012;18:1356–63; Gouveia C, Torres J. GE Port J Gastroenterol 2018;25:59–61; Burisch J et al. JCC 2017;1

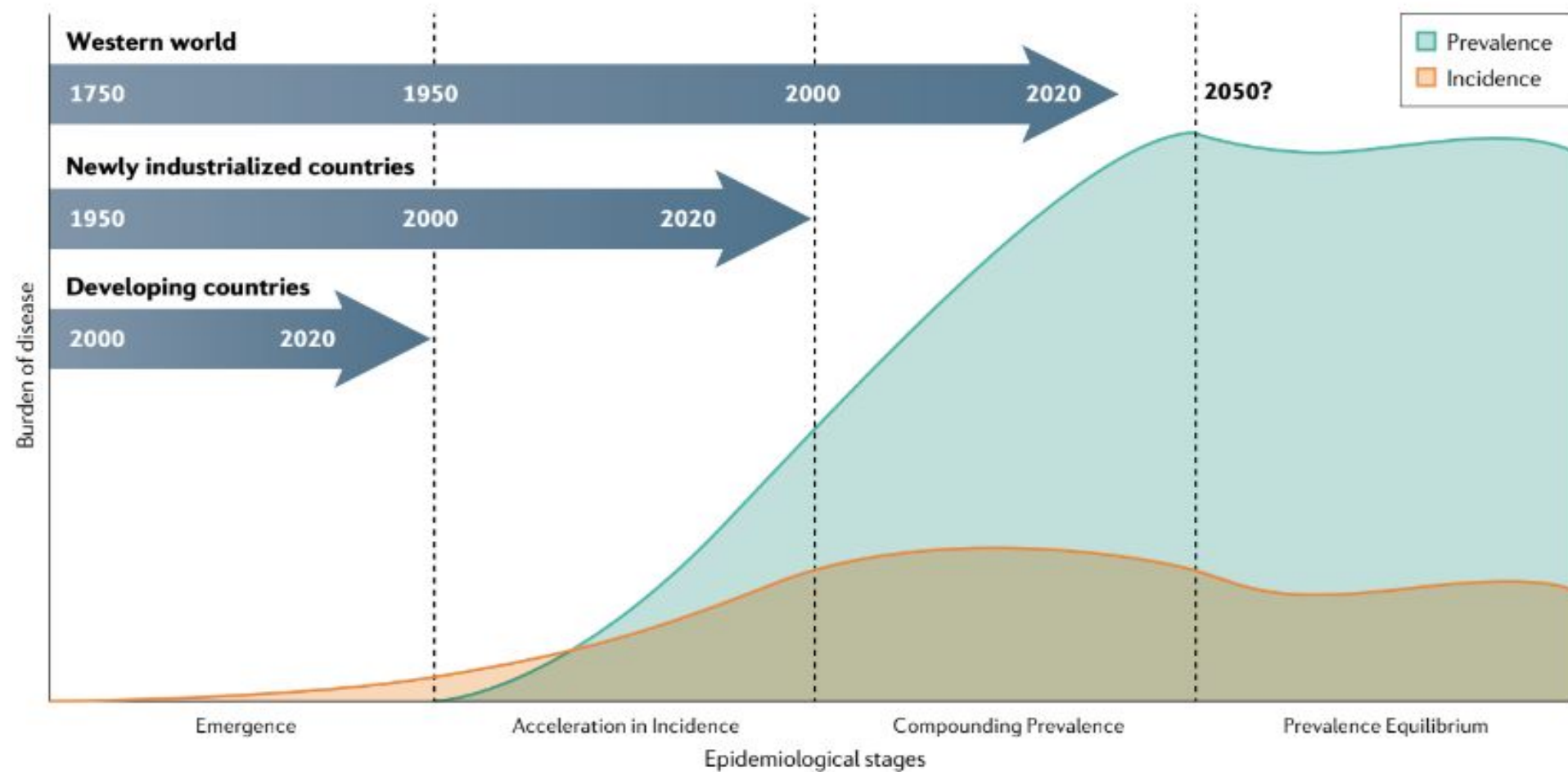


Por que o estudo da doença inflamatória intestinal é tão importante e prioritário no Brasil?



PERSPECTIVES

web
PALES
TRA



Kaplan G & Windsor J, Nature Reviews

Retrospective Study

Inflammatory bowel disease in an underdeveloped region of Northeastern Brazil

The Demographic and Clinical Characteristics of Ulcerative Colitis in a Northeast Brazilian Population

The prevalence and phenotype in Brazilian patients with inflammatory bowel disease



Inflammatory bowel disease epidemiology in São Paulo State, Brazil

Clinical and Demographic Profile of Inflammatory Bowel Disease Patients in a Reference Center of São Paulo, Brazil

Observational Study

Epidemiology of inflammatory bowel diseases in the state of Rio Grande do Sul, Brazil

José Miguel Parente, 2015

web
PALES
TRA

Genoile Santana, 2015

Adalberto Martins, 2018

Rodrigo Gasparini, 2018

Tarcia Nogueira, 2021

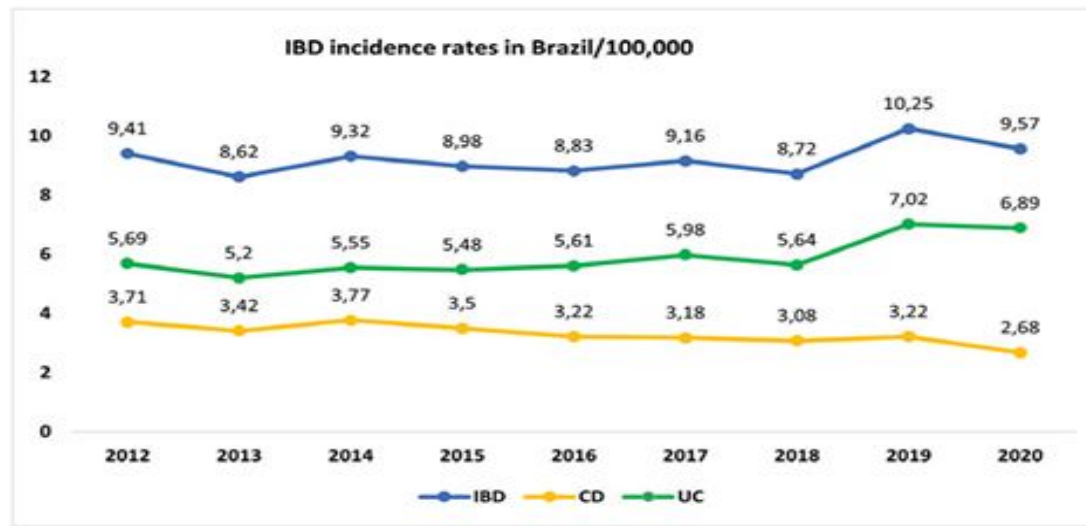
Ornella Casol, 2022



SECRETARIA
DA SAÚDE

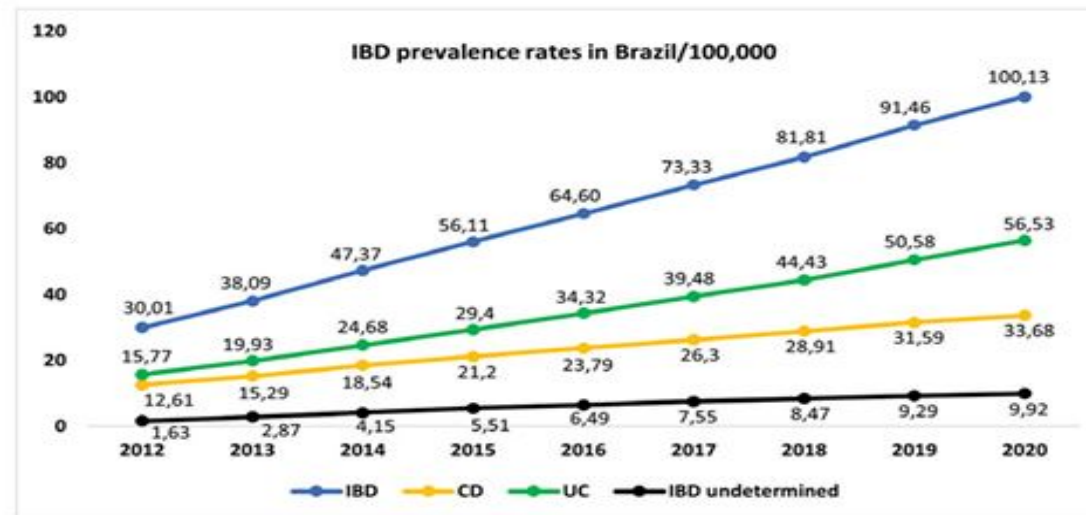
Temporal trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases in the public healthcare system in Brazil: A large population-based study

Abel B. Quaresma,^{a*} Aderson O.M.C. Damiao,^b Claudio S.R. Coy,^c Daniela O. Magro,^c Adriano A.F. Hino,^d Douglas A. Valverde,^e Remo Panaccione,^f Stephanie B. Coward,^f Siow C. Ng,^g Gilaad G. Kaplan,^f and Paula G. Kotze^{d,h}



A

Aumento da incidência



B

Aumento da prevalência

Estudos com dados Data SUS => subestima prevalência pois desconsidera os pacientes da saúde suplementar
Troca com subnotificação de CIDs
DIIIs não são doenças de notificação compulsória

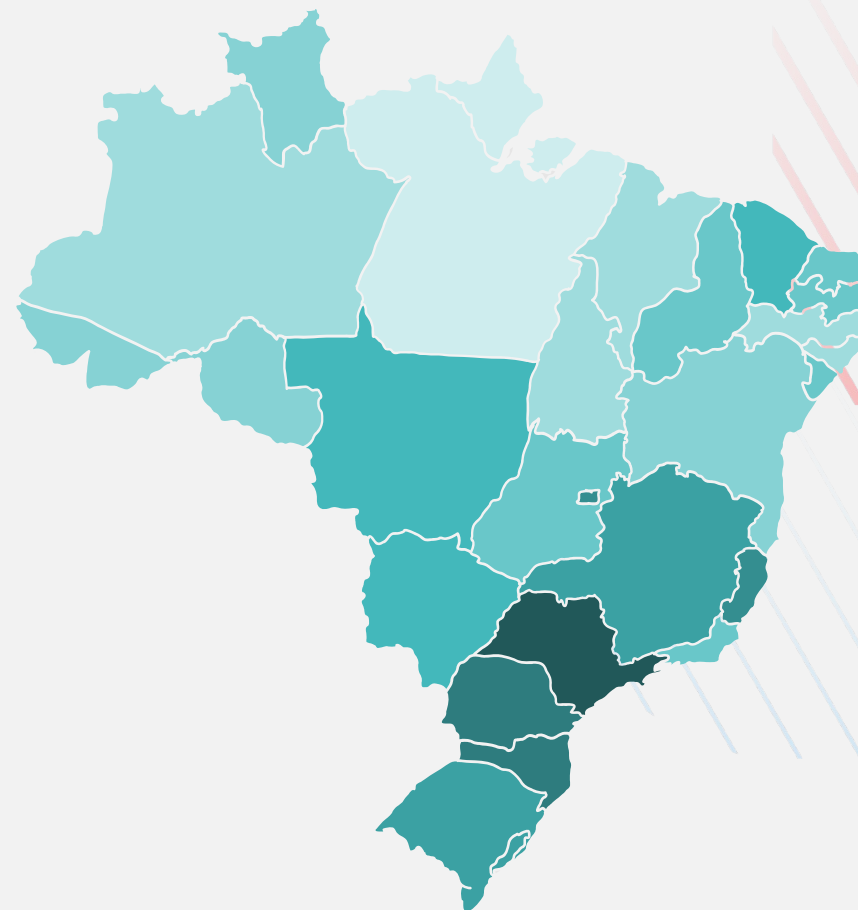


Fatores associados a maior prevalência de DII no Brasil

- Maior **IDH**
(correlação 0,8, $p < 0,01$)*
- Maior índice de **urbanização**
(correlação 0,5, $p < 0,01$)*
- Maior índice de **saneamento**
(correlação 0,5, $p < 0,01$)*
- Maior proporção de **brancos**
(correlação 0,8, $p < 0,01$)*

* valores de p referentes a análises univariada e multivariada da correlação entre os fatores e prevalência de DII por estado brasileiro
DII, doenças inflamatórias intestinais; IDH, índice de desenvolvimento humano;
1. Moreira, AL et al. Gastroenterology. 2019; 156(6):S73

UF	PREVALÊNCIA DII/100.000
BRASIL	80
AP	6
PA	7
AM	15
TO	25
PE	25
MA	26
AL	29
RR	33
AC	35
BA	40
RO	45
PI	49
PB	51
SE	52
RJ	53
GO	54
RN	54
CE	59
MS	60
MT	63
MG	80
RS	85
DF	90
ES	98
PR	120
SC	126
SP	144



TelessaúdeBA



SECRETARIA
DA SAÚDE

Adaptado de Moreira AL et al, 2019¹

OPEN Clinical factors associated with severity in patients with inflammatory bowel disease in Brazil based on 2-year national registry data from GEDIIB

Renata de Sá Brito Fróes¹, Adriana Ribas Andrade², Mikael Alexandre Gouveia Faria³, Heitor Siffert Pereira de Souza⁴, Rogério Serafim Parra⁵, Cyrla Zaltman⁴, Carlos Henrique Marques dos Santos⁶, Mauro Bafutto⁷, Abel Botelho Quaresma⁸, Genoile Oliveira Santana⁹, Rafael Luís Luporini⁹, Sérgio Figueiredo de Lima Junior¹⁰, Sender Jankiel Miszputen¹¹, Mardem Machado de Souza¹², Giedre Soares Prates Herrerias¹³, Roberto Luiz Kaiser Junior¹³, Catiane Rios do Nascimento¹, Omar Féres⁵, Jaqueline Ribeiro de Barros¹³, Ligia Yukie Sasaki¹³ & Rogerio Saad-Hossne¹⁴

N= 1179 (46% com RCU e 44% com DC)

Tempo entre início de sintomas e diagnóstico de 3,8 anos

Fatores de gravidade: idade precoce, extensão da doença e MEI reumatológica



Diagnosis of Inflammatory Bowel Disease and Risk of Complications: Analysis of the Brazilian National Registry (GEDIIB)



A.R. Andrade, Renata S.B. Fróes, L.Y. Sassaki, José M.L. Parente, Roberto L.K. Junior, Gilmar P. Zabet, Carlos Henrique M. Santos, Neogelia P. Almeida, Jaciane M. Fontes, Rogério Parra, Genoile O. Santana, Valeria C. L. Salgado, Mauro Bafutto, Silvia F. Araújo, Rafael Luís Luporini, Heitor S.P. Souza, Fabio L. Maximiano, Catiane R. Nascimento, Giedre S. P. Herrerias, Gabriela L. Bezerra, Pedro G.R. Pertence, João V.M. Feldman, Camila V. Chiqueti, Flora M. L. Fortes, O. Feres, Maria Clara P. Lopes, Bernardo Junger de Carvalho, M.A.G. Faria, R. Saad-Hossne, Cristina Flores

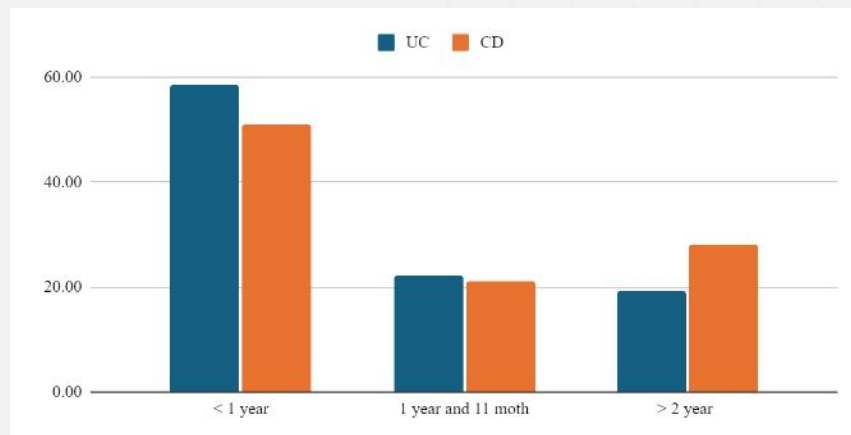
GEDIIB – Brazilian Crohn's and Colitis Organization

adriana.ribas.andrade@gmail.com

N= 2436 (47% com RCU e 43% com DC)

Tempo entre início de sintomas e diagnóstico é maior na
Doença de Crohn

Atraso no diagnóstico principalmente em pacientes da
Rede Pública



Jornada do paciente com DII

Pesquisa ABCD - Brasil



1. Primeiros sintomas:

12% (13%) demoraram mais de 3 anos entre o início dos sintomas até visitar um médico especialista;
44,5% (38%) foram ao menos 4 vezes ao PS antes de receber o diagnóstico final.

2. Diagnóstico:

41% (37%) demoraram mais de 1 ano para receber seu diagnóstico final; destes, **20% (20%)** demoraram mais de 3 anos.

4. Períodos de remissão:

80% (61%) tiveram a vida impactada pela doença, mesmo em períodos de remissão.

3. Tratamento:

84% (64%) relataram interesse em obter acesso a clínicas/equipes multidisciplinares;
65% (52%) já fizeram uso de corticoide em algum momento da doença;
54% (40,5%) hospitalizados por pelo menos 1 dia nos últimos 5 anos (**24% [17%]** > 10 dias);
48% (36%) mais otimistas ao encontrar outra pessoa com DII

5. Períodos de crise:

77% (59%) relataram preocupação no sentido de qdo a próxima crise ocorrerá;
42% (33,5%) tiveram entre 1-3 crises nos últimos 2 anos;
18% (13%) tiveram mais de 10 crises nos últimos 2 anos;
22% (16%) dos entrevistados estavam em crise no momento da pesquisa.

2017 n = 4.167 **2023 n = 3.554**



Comparação de dados entre “Jornada DII” 2017 e 2023



Aspecto questionado

Jornada
DII 2017
n=4.167*

Jornada
DII 2023
n=3.554**

Desempregado

14%

11%

Discriminação no local de trabalho

22%

14%

DII impediu de fazer ou manter amigos

15%

21%

DII impediu de buscar uma relação íntima

25%

37%

DII causou o fim de relação íntima

15%

18%

Teve que cancelar ou reagendar compromisso

78%

59%

Perdeu emprego ou teve que se demitir por causa da DII

31%

28%

* 4.428 pacientes acessaram o questionário; 261 (6%) foram desqualificados; 3.563 completaram integralmente (80%); 604 não completaram (14%); total estudados=4.167
** 3.999 pacientes acessaram o questionário; 412 (10%) foram desqualificados; 2.223 completaram integralmente (56%); 1.331 não completaram (34%); total estudados=3.554



Comparação de dados entre “Jornada DII” 2017 e 2023



Aspecto questionado

Jornada
DII 2017
N=4.167*

Jornada
DII 2023
N=3.554**

Necessidade de ajustes na rotina de trabalho/estudo

37%

31%

DII tem afetado negativa/ minha carreira, progressão e renda

39%

39%

DII tem afetado negativa/ meu trabalho/estudo

43%

44%

Necessidade de ausentar-se do trabalho no ano anterior

62%

43%

Necessidade de ausentar-se do trabalho por > 25 dias no ano anterior

16%

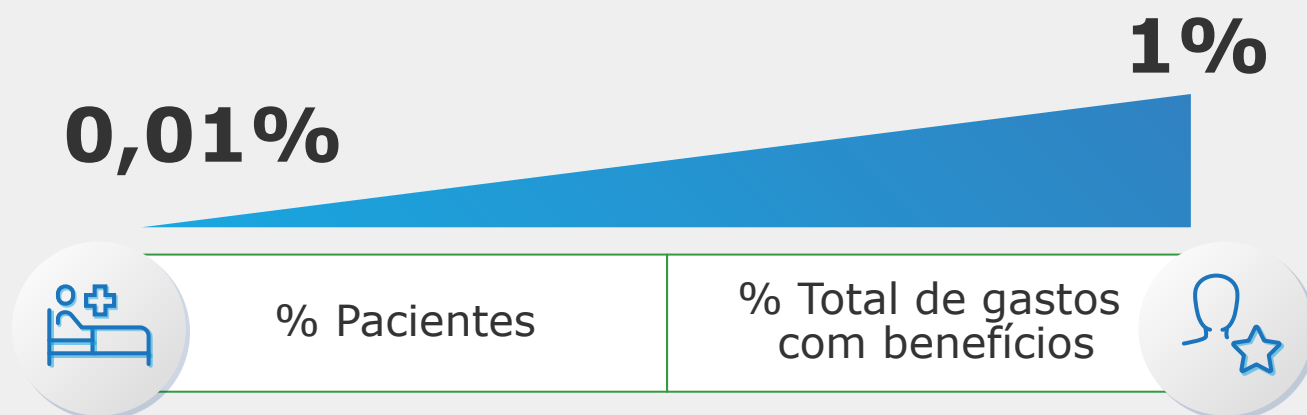
10%

* 4.428 pacientes acessaram o questionário; 261 (6%) foram desqualificados; 3.563 completaram integralmente (80%); 604 não completaram (14%); total estudados=4.167
** 3.999 pacientes acessaram o questionário; 412 (10%) foram desqualificados; 2.223 completaram integralmente (56%); 1.331 não completaram (34%); total estudados=3.554

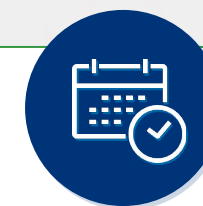
Os custos indiretos e impacto na vida do paciente nas DII



Estudo brasileiro avaliou a população **que solicitou licença do trabalho entre os anos de 2010 e 2014¹**:



Mais de
U\$98 milhões



DII
314 dias
de afastamento
em média



Quando pensar então em DII?





RED FLAGS ou Sinais de alerta

- Diarreia ou constipação por mais de 4 semanas (despertar noturno)
- Dor abdominal (despertar noturno)
- Emagrecimento
- Febre
- Muco, pus e/ou sangue nas fezes
- Fissuras e fístulas perianais de difícil cicatrização
- Manifestações extraintestinais

Manifestações extraintestinais



Musculoesqueléticas

- Artrite, artralgia (mais comuns)
- Sacroileíte
- Espondilite anquilosante
- Osteoporose



Cutâneas

- Eritema nodoso
- Pioderma gangrenoso



Oculares

- Episclerite
- Irite
- Uveíte



Orais

- Estomatite aftosa
- Queilite granulomatosa



Hematológico

- Anemia
- Trombocitose
- Anormalidade da coagulação
- Trombose



Hepática e vesícula biliar

- Colangite esclerosante primária
- Colelitíase (cálculos biliares)



Critérios para seleção de pacientes para doença de Crohn	
SINTOMA	PONTOS
1. Fístula perianal complexa ou de difícil cicatrização, ou abscesso ou lesões perianais (excluindo hemorroidas) – Sim = 5 pontos	
2. Parentes de primeiro grau com DII confirmada – Sim = 4 pontos	
3. Perda ponderal não intencional (5% do peso habitual) nos últimos 3 meses – Sim = 3 pontos	
4. Dor abdominal crônica (> 3 meses) – Sim = 3 pontos	
5. Diarreia noturna – Sim = 3 pontos	
6. Febre baixa (até 38,5 graus) nos últimos 3 meses – Sim = 2 pontos	
7. Ausência de dor abdominal após ingestão alimentar, principalmente após comer vegetais – Sim = 2 pontos	
8. Ausência de urgência retal – Sim = 2 pontos	
TOTAL DE PONTOS	
Somar todas as respostas "sim", se o total for igual ou maior do que 8, encaminhar o paciente ao exame de calprotectina.	

Atualizações em DII. GEDIIB 2019
Danese et al. J Crohns Colitis. 2015;9(8):601-6

RED FLAGS de gravidade na Emergência



CARACTERÍSTICA	REMISSÃO	LEVE	MODERADA/GRAVE	FULMINANTE
Fezes/dia	Fezes formadas	< 4	> 6	>10
Sangue nas fezes	Nenhum	Intermitente	frequente	Contínuo
Urgência	Nenhum	Ocasional	Muitas vezes	Contínuo
Hemoglobina	Normal	Normal	<75% do normal	Requer transfusão
VHS	< 30	<30	>30	>30
PCR, mg/L	Normal	Elevada	Elevado	Elevado
Calprotectina fecal mcg/g	<100-200	>150-200	>150-200	>150-200
Endoscopia (subscore Mayo)	0-1	1	2-3	3
UCEIS	0-1	2-4	5-8	7-8

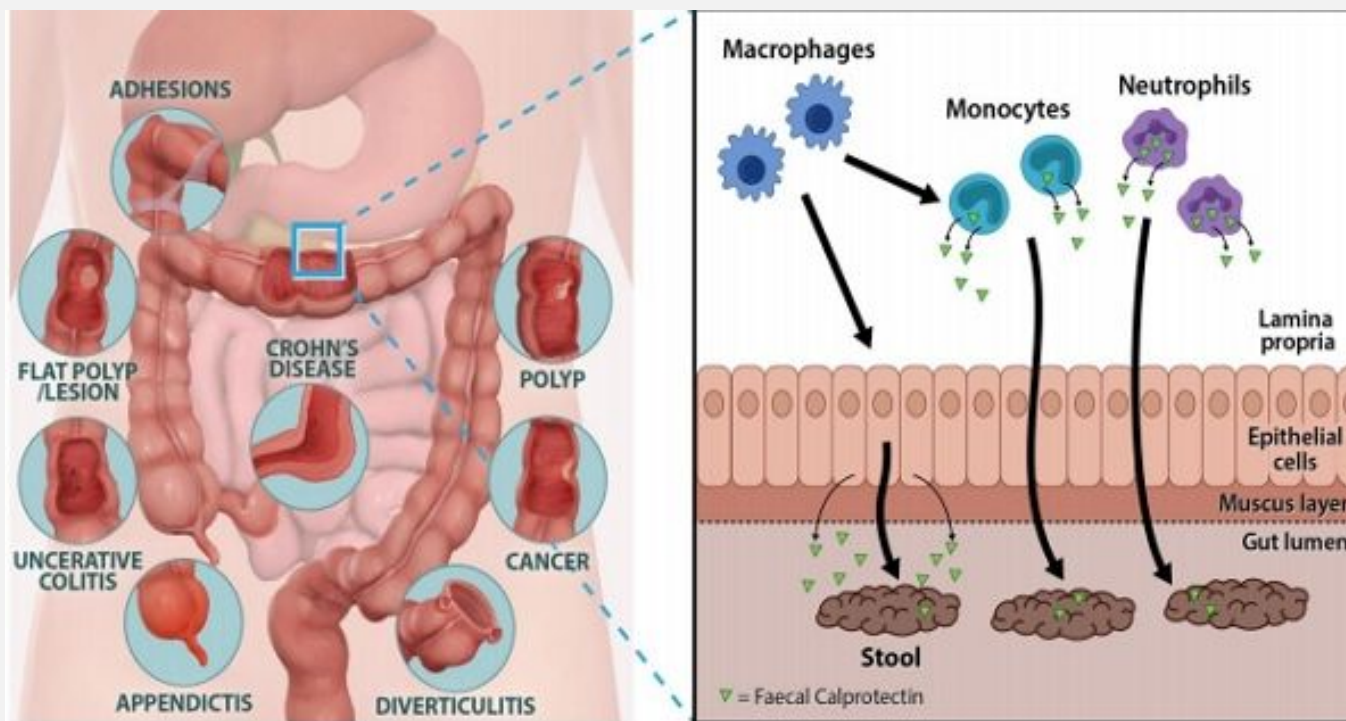


Marcadores laboratoriais



- Hemograma, função renal e eletrólitos, perfil hepático
- Provas de atividade inflamatória → PCR e VHS
- Proteínas totais e frações
- Micronutrientes: Perfil de ferro, ácido fólico, vitamina B12, 25-OH vitamina D
- Biomarcadores/estudo fecal
 - Parasitológico de fezes, coprocultura (salmonela, Shiguela, criptosporidium, Yersínia), Toxinas A e B/GHD
 - **Calprotectina fecal**, PSO, pesquisa leucócitos fecais, SUDAM/elastase fecal

Calprotectina fecal



> 200-250: risco
aumentado de DII

Durante o tratamento:
alvo < 100

Calprotectina fecal



Brasília, DF | Março de 2024

Relatório de Recomendação

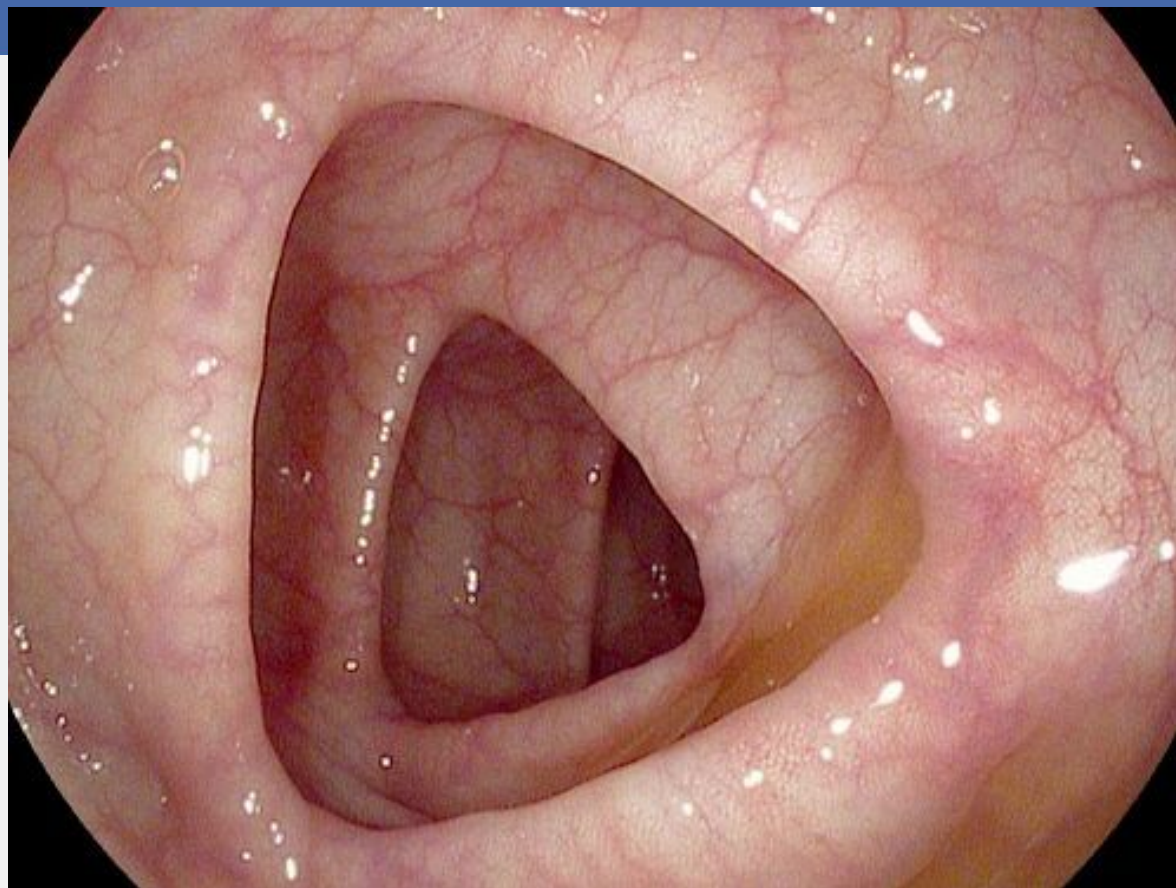
PROCEDIMENTO

Nº 888

Calprotectina fecal

no monitoramento de pacientes com Doença de Crohn
envolvendo o cólon





Mucosa normal

Exames endoscópicos - DC



FIGURA 5. Úlceras superficiais y nodularidad mucosa.

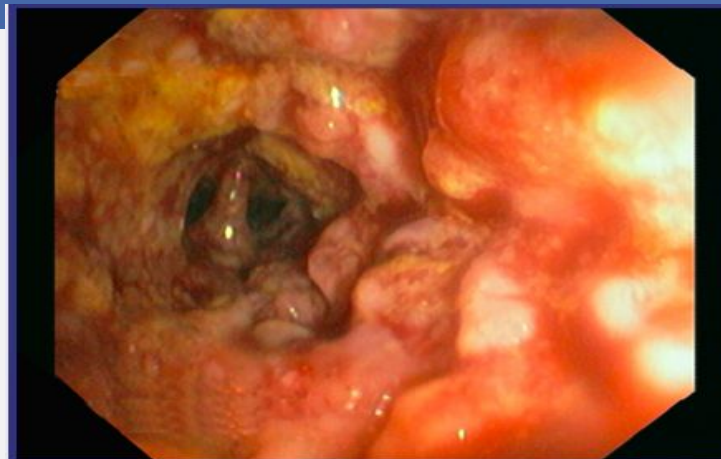


FIGURA 6. Padrón en empedrado.

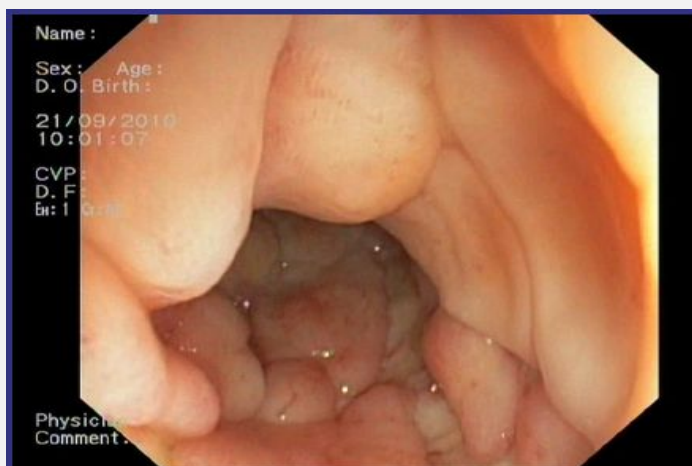
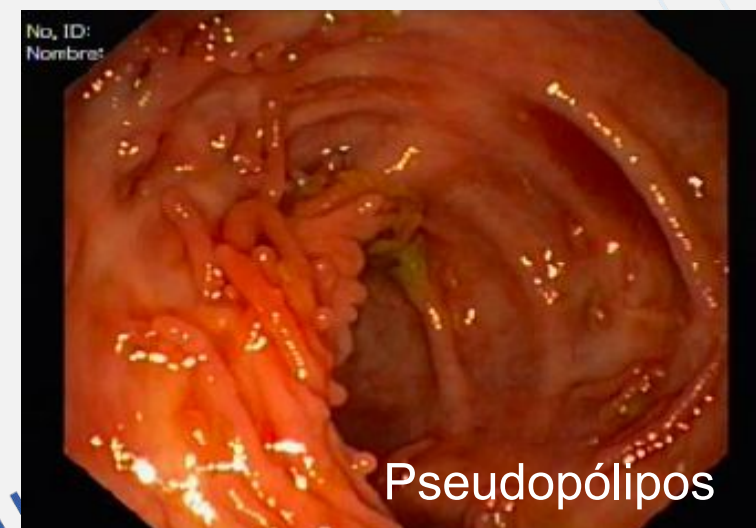
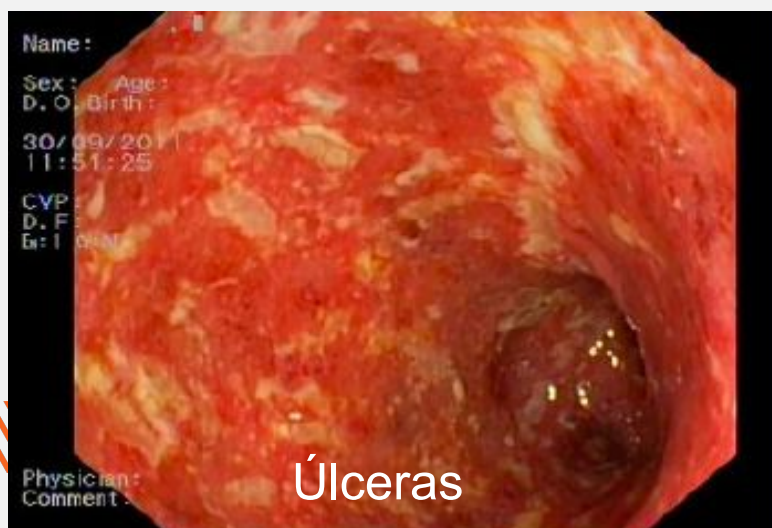
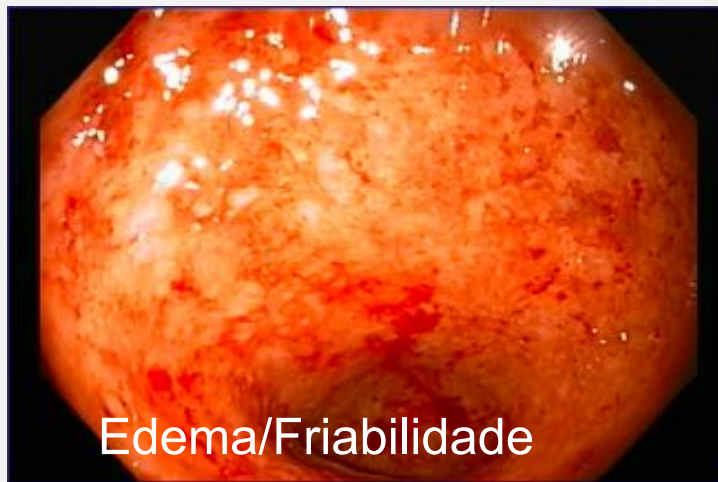


FIGURA 7. Lesiones en empedrado. Estenosis parcial.



FIGURA 9. EC. Áreas de denudación mucosa.

Exames endoscópicos - RCU



Principais diagnósticos diferenciais



Tuberculose intestinal

Colite isquêmica

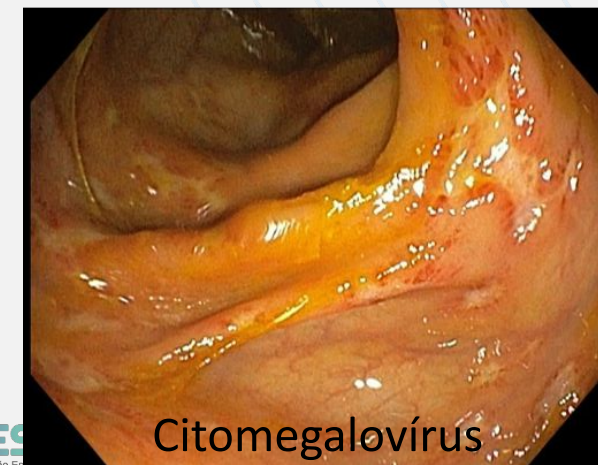
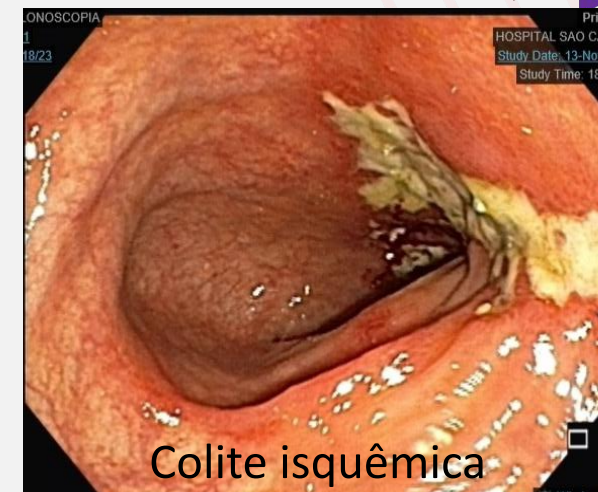
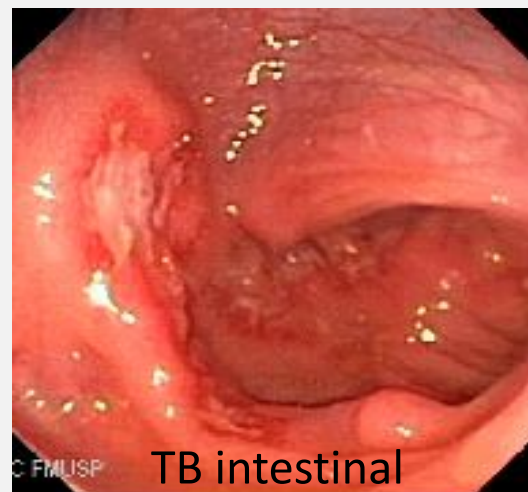
Infecções

- Virais
- Bacterianas
- Fúngicas
- Amebíase

Doença de Beçhet

Drogas (AINH, Imunoterapias, Micofenolato)

Neoplasias



EnteroTC e enteroRM



Hiperrealce da mucosa e
espessamento da parede intestinal



JORNADA DO PACIENTE¹



1. Fluxa D, et al. Therapeutic targets in inflammatory bowel disease. Revista Médica Clínica Las Condes. 2019;30(4):315-322.

Tratamento



Doença leve-moderada
Doença moderada-grave

Drogas que induzem remissão
Drogas para manutenção da remissão

Step up

Otimização progressiva da terapia a partir das exacerbações da doença

Top Down

Início da terapia com drogas potentes (biológicos) em casos graves com fatores de mau prognóstico

Terapias disponíveis para o tratamento das DII (Brasil)



Terapias convencionais

- Corticoides (budesonida, prednisona)
- Aminossalicilatos (mesalazina, sulfassalazina)
- Imunossupressores (azatioprina, metotrexato, ciclosporina)

Terapias biológicas

- Anti-TNFs (infliximabe, adalimumabe, golimumabe)
- Anti-integrinas (vedolizumabe)
- Anti-interleucinas (ustequinumabe, guselkumabe, rizankizumabe)

Pequenas moléculas

- Inibidores da JAK (tofacitinibe e upadacitinibe)

DII leve a moderada

Pensar em estratégia step up para induzir e manter remissão, controlando a inflamação de perto e prevenindo possíveis recaídas

Terapias convencionais

Corticoides (budesonida, prednisona)

Aminossalicilatos (mesalazina, sulfassalazina)

Imunossupressores (azatioprina, metotrexato)

Em geral, essas medicações farão:

- Inibição no NFKB
- Diminuir espécies reativas de oxigênio
- Inibir a quimiotaxia de leucócitos
- Diminuem a ativação de IL-1 e TNFa
- Inibe a produção de leucotrienos e prostaglandinas
- Induzem apoptose

De maneira não específica

DII moderada a grave

Pensar em estratégia para induzir e manter remissão
TOP-DOWN



Induzir remissão => diminuir
bruscamente o nível de citocinas
inflamatórias circulantes
Corticóides e terapias biológicas

Manter remissão => evitar perda de
resposta e chegar ao alvo =>
cicatrização de mucosa e remissão
profunda
Terapias biológicas

Terapias avançadas disponíveis para o tratamento das DII (Brasil)



Terapias biológicas

- Anti-TNFs (certolizumabe, infliximabe, adalimumabe, golimumabe)
- Anti-integrinas (vedolizumabe)
- Anti-interleucinas (ustequinumabe, guselkumabe e rizankizumabe)

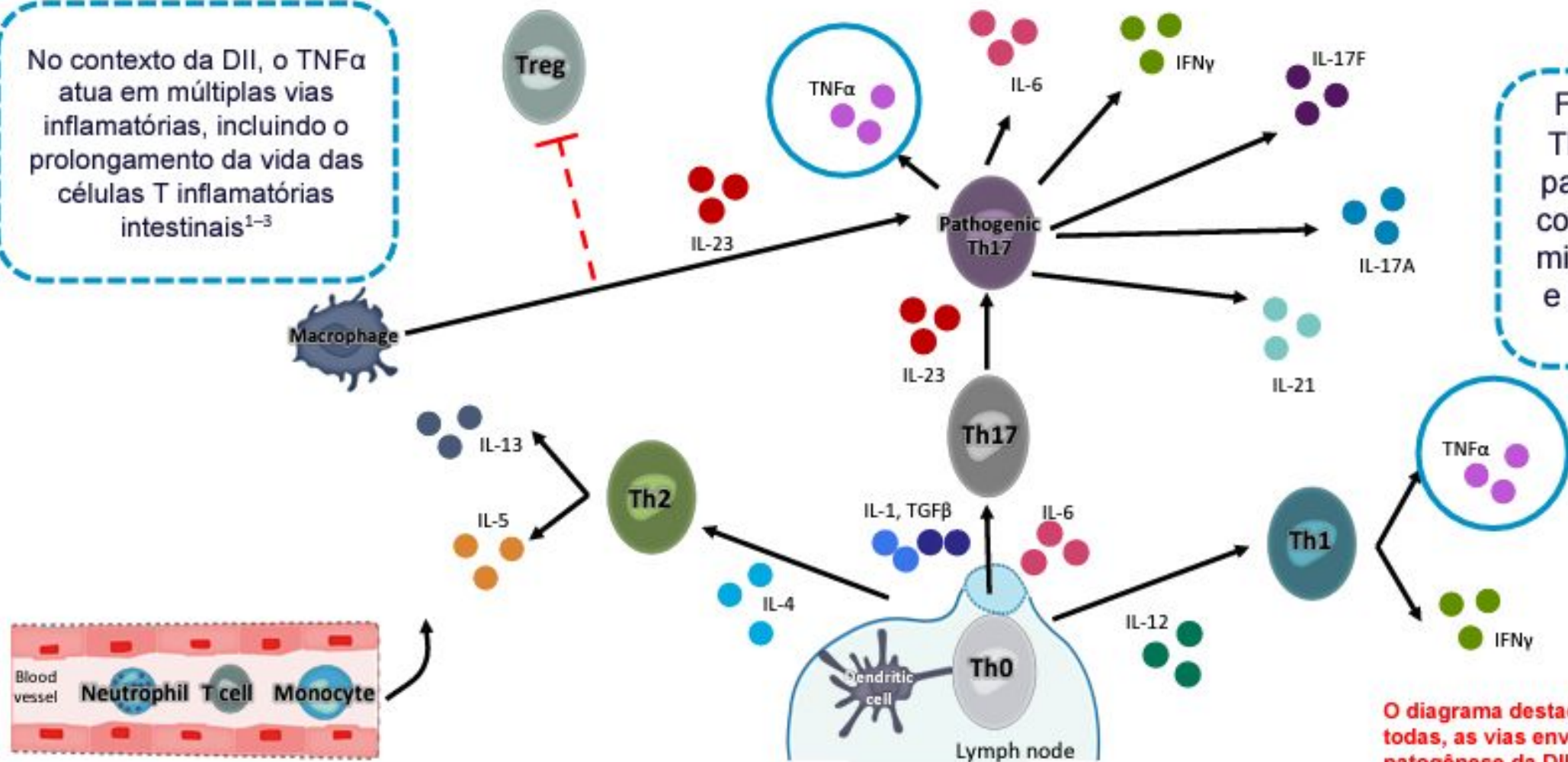
Pequenas moléculas

- Inibidores da JAK (tofacitinibe e upadacitinibe)

TNF α na DII

No contexto da DII, o TNF α atua em múltiplas vias inflamatórias, incluindo o prolongamento da vida das células T inflamatórias intestinais¹⁻³

Fora da DII, o TNF α contribui para a proteção contra infecções micobacterianas e bacterianas e câncer^{4,5}

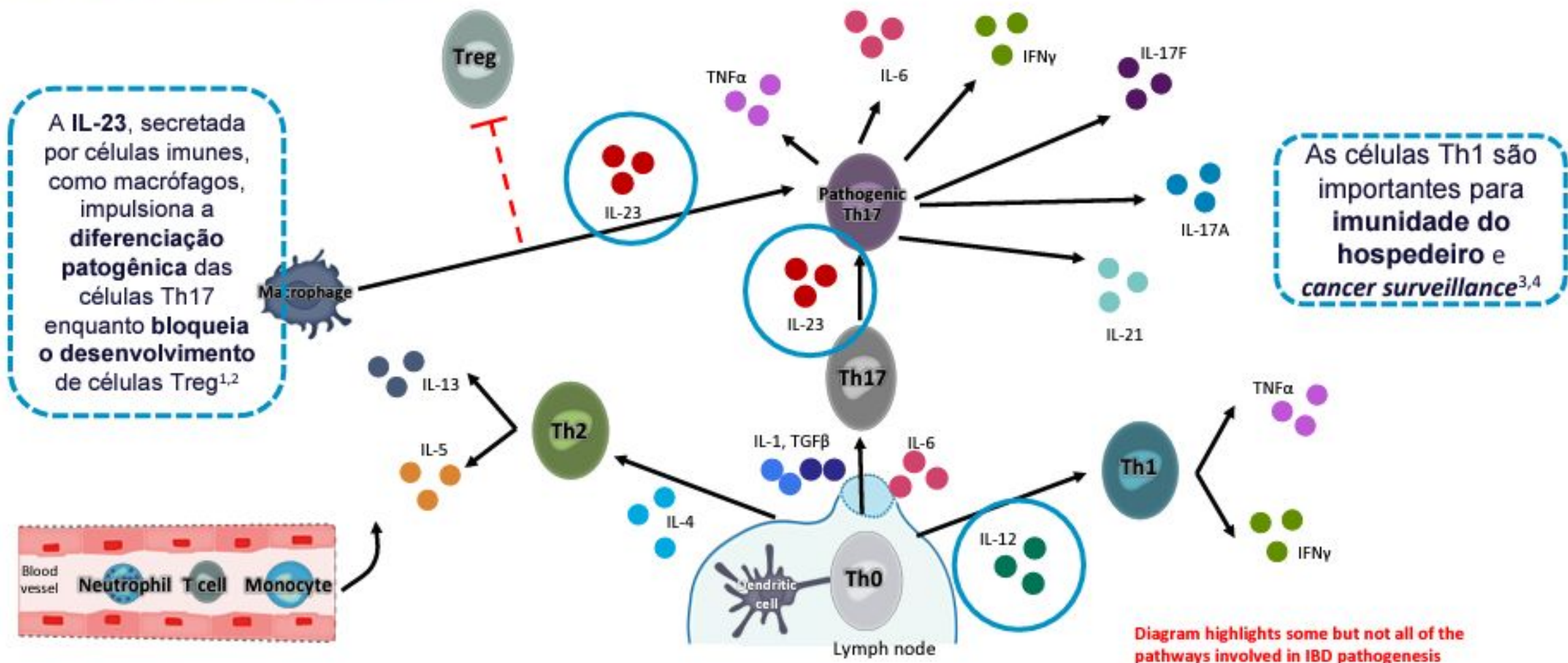


O diagrama destaca algumas, mas não todas, as vias envolvidas na patogênese da DII

IBD, inflammatory bowel disease; IFN, interferon; IL, interleukin; TGF, transforming growth factor; Th, T helper; TNF, tumor necrosis factor;

1. Neurath MF. Nat Rev Immunol 2014;14(5):329–42; 2. Atreya R et al. Gastroenterology 2011;141(6):2026–38; 3. Van den Brande JM et al. Gut 2007;56(4):509–17; 4. Saunders BM et al. Clin Exp Immunol 2004;137:279–87;

IL-23 e IL-12 em DII



IBD, inflammatory bowel disease; IFN, interferon; IL, interleukin; TGF, transforming growth factor; Th, T helper; TNF, tumor necrosis factor; Treg, regulatory T cell.

1. Friedrich M et al. Immunity 2019;50(4):992–1006;

2. Hue S et al. J Exp Med 2006;203(11):2473–83; 3. Zhu J and Paul WE. Immunol Rev 2010;238(1):247–62;

4. Haabeth OAW et al. Nat Commun 2011;2:240.

OPÇÕES TERAPÊUTICAS DISPONÍVEIS PARA DOENÇA DE CROHN

Drogas aprovadas para DC	ANS (privado)* (25% of Brazilian population)	SUS
1- Infliximabe (+ biossimilar)	✓	✓
2- Adalimumabe (+ biossimilar)	✓	✓
3- Certolizumabe	✓	✓
4- Vedolizumabe	✓	✗
5- Ustequinumabe**	✓	■

*Não há cobertura para nenhuma medicação oral não oncológica

** Já incorporado pela CONITEC com publicação no DOU em (23/01/2024), ainda não disponibilizado

OPÇÕES TERAPÊUTICAS NA RETOCOLITE ULCERATIVA

Drogas aprovadas para RCU	ANS (privado)* (25% of Brazilian population)	SUS
1- Infliximabe (+ biossimilar)	✓	✓
2- Adalimumabe (+ biossimilar)	✗	✓
3- Golimumabe	✓	✗
4- Vedolizumabe	✓	✓
5- Ustequinumabe*	✓	✗
6- Tofacitinibe**	✗	✓
7- Upadacitinibe**	✗	✗

* Falhados ou intolerantes ao anti-TNF

** Não há cobertura para nenhuma medicação oral não oncológica

Evolução dos objetivos terapêuticos na DII

web
PALES
TRA



Maio Roxo: pra que serve?

Visibilidade DII

Cobrar que as incorporações sejam postas em prática sem delongas => atualizar PCDT de Crohn (2017)

Organizar os fluxos para dispensação

Fortalecer os serviços de referência

LEI N° 15.138, DE 21 DE MAIO DE 2025:

Institui a Política Nacional de Assistência, Conscientização e Orientação sobre as Doenças Inflamatórias Intestinais - Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa.

Maio Roxo também é pra falar de
PREVENÇÃO!!!



Evitar uso indiscriminado
de antibióticos e AINEs

Obrigada!

adriana.ribas.andrade@gmail.com





NÚCLEO TELESSAÚDE BAHIA

Secretaria da Saúde, 4ª Avenida, 400, Centro
Administrativo da Bahia/CAB, 1º andar -
Salvador/BA. Tel.: 3115-9650

