



**Vitor Brandão Vasconcelos**  
**CURSO DE MEDICINA**

**VARIÁVEIS ASSOCIADAS À READMISSÃO HOSPITALAR EM PACIENTES COM  
DOENÇA DE CROHN.**

Salvador – BA

2021

**Vitor Brandão Vasconcelos**

**VARIÁVEIS ASSOCIADAS À READMISSÃO HOSPITALAR EM PACIENTES COM  
DOENÇA DE CROHN.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no 4º ano de Medicina.

Orientadora: Genoile Oliveira Santana Silva

Salvador – BA

2021

*Dedico esse trabalho à minha tia, Everilda S. Machado,  
quem eu mais queria que pudesse lê-lo.*

## **Agradecimentos**

Finalizar este trabalho para mim significa a conclusão de um ciclo de aprendizados acadêmicos, pessoais e coletivos. Por isso agradeço principalmente aos meus pais, Anderson e Anna Paula, que estiveram do meu lado e fizeram o melhor para me proporcionar as condições de evoluir como pessoa e como profissional. Obrigado pelo amor de vocês e por todas as oportunidades.

Agradeço também ao meu irmão, Arthur, que com pouca idade, mas muita sabedoria, consegui me passar alegria e leveza em momentos necessários. À minha avó, Railda, apoiadora incondicional desse sonho e fonte de motivação, aos meus avós, Paulo e Nini, torcedores que sempre me incentivaram nessa trajetória. À minha tia Tatiana, que me deu muita força para vencer os obstáculos e à toda a minha família, que sempre esteve do meu lado e me motivando e tornando o caminho mais fácil.

Agradeço aos integrantes do meu grupo de pesquisa, Mariana Nery, Bernardo Thiara, Vitor Damasceno, Larissa Palmiro e Rafael Barbosa, por serem parceiros e contribuírem no desenvolvimento desse projeto. À Dra. Renata Liberato, que deu o pontapé inicial na construção do trabalho e à Dra. Caroline Beda, por proporcionar a continuidade do projeto e nos ajudar a superar os desafios. Agradeço também à professora Milena Bastos, que tanto me ajudou no processo de redigir essa monografia.

Aos meus amigos da faculdade, principalmente aqueles integrantes do “Meu Congresso”, aos meus parceiros de vida, os integrantes do “Conexão” e aos meus colegas da LANACC, grupos que estiveram do meu lado durante esses anos tão importantes.

Agradeço à toda equipe de médicos e funcionários do ambulatório do HGRS, que sempre nos ajudaram na condução da pesquisa. Aos pacientes que sempre foram solícitos em contribuir e participar na construção desse conhecimento.

E agradeço à minha orientadora, Dra. Genoile Oliveira Santana Silva, por sempre ser solícita, participativa e me orientar em todas as etapas do projeto. E por me servir não só como exemplo de médica, professora e pesquisadora, mas também de ser humano, me auxiliando com excelência na elaboração dessa monografia e na minha formação profissional.

Por fim, dedico a conclusão dessa etapa à minha tia Veveu, fonte de inspiração, coragem e determinação, e exemplo de amor e bondade. Ela que exerceu um papel tão importante na minha vida, é quem eu mais gostaria que lesse esse trabalho, por saber da relevância que tinha a vida acadêmica para ela e por saber que vou levar seus valores por toda a minha vida, profissional e pessoal. E agradeço a Deus pela oportunidade de dar mais esse passo importante na minha vida, no caminho para a realização dos meus sonhos.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A doença de Crohn (DC) é definida como um processo inflamatório crônico de etiologia ainda não definida e que pode atingir qualquer parte do trato gastrointestinal. É caracterizada por quadros clínicos com fases de ativações e remissões subsequentes, nos quais os pacientes podem evoluir com uma taxa de até 26% de readmissões hospitalares. **OBJETIVO:** Identificar variáveis associadas com readmissão hospitalar em pacientes com Doença de Crohn. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal, analítico, unicêntrico, realizado de julho/2019 a junho/2020, com aplicação de questionário e revisão de prontuários de pacientes de um ambulatório especializado em Doença Inflamatória Intestinal em Salvador/BA. As variáveis qualitativas foram demonstradas em valores absolutos e frequências relativas (porcentagens), enquanto as variáveis quantitativas foram expressas em média e desvio padrão. Para testar a associação das variáveis independentes com a variável dependente hospitalização foi utilizado o Teste de Qui-Quadrado ou o Teste Exato de Fisher para as variáveis qualitativas, e o teste t de Student para as variáveis quantitativas. Foram consideradas significativas associações com  $p$  menor que 0,05. **RESULTADOS:** Foram estudados 96 pacientes do Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal do Hospital Geral Roberto Santos, dos quais 71 foram hospitalizados pelo menos uma vez, sendo 37 (52,1%) do sexo feminino e 34 (47,9%) do sexo masculino. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre readmissão hospitalar e renda familiar até 2 salários mínimos ( $p=0,032$ ). Em relação às características clínicas das hospitalizações anteriores, foi obtida significância estatística entre internação em unidade de terapia intensiva ( $p=0,004$ ) e nutrição parenteral exclusiva ( $p=0,004$ ). **CONCLUSÃO:** O presente estudo identificou associação estatisticamente significativa entre renda familiar de até 2 salários mínimos e readmissão hospitalar, mas não encontrou relação com as outras variáveis sociodemográficas. Foi encontrada associação de internação em unidade de terapia intensiva e nutrição parenteral exclusiva, porém as outras variáveis que estudaram características de internações prévias não foram significantes. Também não foi encontrada associação entre as variáveis relacionadas às cirurgias prévias e à afecções psiquiátricas.

Palavras-chave: Doença de Crohn. Readmissão hospitalar. Doença Inflamatória Intestinal.

## **ABSTRACT:**

**INTRODUCTION:** Crohn's disease (CD) is defined as a chronic inflammatory process of etiology not yet defined and that can affect any part of the gastrointestinal tract. It is characterized by clinical manifestations with phases of activation and subsequent remissions, in which patients can evolve with a rate of up to 26% of hospital readmissions. **OBJECTIVE:** To identify variables associated with hospital readmission in patients with Crohn's disease. **METHODS:** This is a cross-sectional, analytical, single-center study, carried out from July / 2019 to June / 2020, with the application of a questionnaire and review of medical records of patients at an outpatient clinic specialized in Inflammatory Bowel Disease in Salvador / BA. Qualitative variables were shown in absolute values and relative frequencies (percentages), while quantitative variables were expressed as means and standard deviations. To test the association of independent variables with the dependent variable hospitalization, the Chi-square test or Fisher's exact test was used for qualitative variables, and Student's t test for quantitative variables. Associations with  $p < 0.05$  were considered significant. **RESULTS:** 96 patients from the Ambulatory of Inflammatory Bowel Disease at Hospital Geral Roberto Santos were studied, of whom 71 patients were hospitalized at least once, with 37 (52,1%) being female and 34 (47,9%) being male. A statistically significant association was found between hospital readmission and family income of up to 2 minimum wages ( $p = 0.032$ ). Regarding the clinical characteristics of previous hospitalizations, statistical significance was obtained between admission to the intensive care unit ( $p = 0.004$ ) and exclusive parenteral nutrition ( $p = 0.004$ ). **CONCLUSION:** The present study identified a statistically significant association between family income of up to 2 minimum wages and hospital readmission but found no relationship with the other sociodemographic variables. An association of hospitalization in an intensive care unit and exclusive parenteral nutrition was found, but the other variables that studied characteristics of previous hospitalizations were not significant. There was also no association between variables related to previous surgeries and psychiatric disorders.

**Keywords:** Crohns disease. Hospital readmission. Inflammatory bowel disease.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÃO**

Gráfico 1 - Distribuição de idade por faixa etária dos pacientes já hospitalizados com Doença de Crohn em ambulatório especializado de Salvador – Bahia. 2019-2020

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes com Doença de Crohn em ambulatório especializado de Salvador, Bahia. 2019-2020.

Tabela 2. Associação entre variáveis sociodemográficas e readmissão hospitalar em pacientes com Doença de Crohn em ambulatório especializado de Salvador, Bahia. 2019-2020.

Tabela 3. Associação entre características das hospitalizações e readmissão hospitalar em pacientes com Doença de Crohn em ambulatório especializado de Salvador, Bahia. 2019-2020.

Tabela 4. Associação entre características clínicas e readmissão hospitalar em pacientes com Doença de Crohn em ambulatório especializado de Salvador, Bahia. 2019-2020.

Tabela 5. Associação entre histórico de cirurgias e readmissão hospitalar em pacientes com Doença de Crohn em ambulatório especializado de Salvador, Bahia. 2019-2020.

Tabela 6. Associação entre afecções psiquiátricas e readmissão hospitalar em pacientes com Doença de Crohn em ambulatório especializado de Salvador, Bahia. 2019-2020.

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	11
2. Objetivos .....	13
2.1 Objetivo Geral: .....	13
2.2 Objetivos Específicos:.....	13
3. Revisão de literatura.....	14
4. Materiais e métodos .....	17
4.1 Desenho do estudo: .....	17
4.2 Local do estudo: .....	17
4.3 Casuística:.....	17
4.4 Critérios de elegibilidade:.....	17
4.5 Coleta de dados:.....	18
4.6 Variáveis analisadas: .....	18
4.7 Análise estatística do estudo: .....	19
4.8 Equipe do estudo: .....	19
4.9 Aspectos éticos:.....	19
5. Resultados .....	20
6. Discussão.....	28
7. Conclusão.....	32
8. Referências .....	33
9. Anexos:.....	35

## 1. Introdução

A doença de Crohn (DC) é definida como um processo inflamatório crônico de etiologia ainda não definida e que pode atingir qualquer parte do trato gastrointestinal<sup>1,2</sup>. Sua patogênese tem relação com fatores de risco genéticos e sociais, sendo mais prevalente em pacientes entre a segunda e terceira década de vida.

É caracterizada por quadros clínicos com fases de ativações e remissões subsequentes, nos quais os pacientes podem desenvolver desde sintomas característicos, como dor abdominal, diarreia, sangramentos gastrointestinais e fadiga, até manifestações extra intestinais, sendo as mais comuns as reumáticas, as dermatológicas e as oftalmológicas<sup>3,4</sup>.

Componente do grupo das doenças inflamatórias intestinais (DII), a doença de Crohn, junto com a colite ulcerativa, apresenta maiores taxas de incidência e prevalência em países que possuem maior desenvolvimento socioeconômico, sendo registrado crescimento do número de casos principalmente em países desenvolvidos, já havendo 1.4 milhões de pessoas afetadas por DII nos Estados Unidos e uma prevalência que varia de 26 a 199 casos de DC a cada 100.000 habitantes na América do Norte<sup>5,6</sup>.

No Brasil, apesar da escassez de dados epidemiológicos, tem sido identificado um aumento dos atendimentos hospitalares e ambulatoriais para pacientes com DC, além de uma taxa de prevalência estimada em 14,8 casos a cada 100.000 habitantes, na cidade de São Paulo<sup>3</sup>.

Os gastos financeiros no manejo de pacientes portadores de DII são reconhecidamente altos, sendo verificado um custo para o ano de 2004, nos Estados Unidos, de 3.6 bilhões de dólares, sendo que 31,4% desse custo é decorrente de hospitalizações em geral para pacientes portadores de DC<sup>6,7</sup>.

Dentro desse alto custo requerido por pacientes com DC, ainda está inserido o custo das readmissões hospitalares, que em um prazo de 0 – 30 dias teve uma taxa de ocorrência de 10 a 26%, e atualmente é uma variável cada vez mais utilizada como indicativo de qualidade do sistema de saúde, sendo que 33-34% dos casos de readmissão são considerados evitáveis<sup>7,8</sup>.

Considerando o aumento da incidência da doença de Crohn no Brasil, o custo relacionados ao tratamento desses pacientes e as características da doença, que expõe o

enfermo a um ciclo de remissões e exacerbações, identificar fatores de risco para readmissão hospitalar em pacientes com doença de Crohn, como por exemplo tabagismo e o uso precoce de corticoides, pode facilitar a caracterização dos pacientes predispostos a uma evolução de maior gravidade do quadro<sup>9,10</sup>. Isso auxilia na decisão de quais pacientes se beneficiariam mais de uma intervenção precoce com terapia mais intensiva.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo Geral:**

- Identificar variáveis associadas com readmissão hospitalar em pacientes com Doença de Crohn.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- Avaliar características sociodemográficas como variáveis associada à readmissão hospitalar em pacientes com doença de Crohn.
- Avaliar orientação dietética de hiperalimentação pós-alta do paciente como variável associada à readmissão hospitalar em pacientes com doença de Crohn.
- Avaliar tabagismo como variável associada à readmissão hospitalar em pacientes com doença de Crohn.
- Avaliar ocorrência de infecções como variável associada à readmissão hospitalar em pacientes com doença de Crohn.
- Avaliar o uso prévio e atual de medicamentos corticosteroides como variável associada à readmissão hospitalar em pacientes com doença de Crohn.
- Avaliar histórico de ileostomia como variável associada à readmissão hospitalar em pacientes com doença de Crohn.
- Avaliar histórico de colostomia como variável associada à readmissão hospitalar em pacientes com doença de Crohn.
- Avaliar associação do transtorno de ansiedade como variável associada à readmissão hospitalar em pacientes com doença de Crohn.
- Avaliar associação do transtorno de depressão como variável associada à readmissão hospitalar em pacientes com doença de Crohn.
- Avaliar realização de nutrição parenteral exclusiva como variável associada à readmissão hospitalar em pacientes com doença de Crohn.
- Avaliar tratamento em unidade intensiva como variável associada à readmissão hospitalar em pacientes com doença de Crohn.

### 3. Revisão de literatura

Os pacientes com diagnóstico de Doença Inflamatória Intestinal (DII) apresentam recorrências frequentes dos sintomas gastrointestinais, sendo necessária a realização de procedimentos no trato gastrointestinal, reposição volêmica intravenosa, internação hospitalar e/ou intervenções cirúrgicas <sup>9</sup>. Esse curso de complicações, por se iniciar predominantemente no início da vida leva a um comprometimento direto do planejamento familiar e da carreira dos pacientes com DII<sup>11</sup>.

Em relação à doença de Crohn, temos que os pacientes, em geral, possuem um curso de doença sem muitas intercorrências que caracterizem gravidade, sendo mais de 70% deles classificados com uma doença leve ou em estado de remissão <sup>12</sup>. Entretanto, por conta de ser clínica e cirurgicamente incurável, 25% dos pacientes com diagnóstico de DC apresenta alta morbidade, evoluem com sintomas crônicos e com a necessidade de internamento ou cirurgia, o que representa um uso significativo dos serviços de saúde<sup>1, 3, 8</sup>.

Com o passar do tempo, foram sendo formuladas diferentes classificações que tinham como objetivo fornecer informações prognósticas a partir de características de apresentação da doença de Crohn <sup>2</sup>. A primeira a surgir foi a classificação de Farmer et al, que utilizava a localização da doença como principal característica analisada, sendo classificada como um preditor do padrão clínico que o paciente iria apresentar <sup>2</sup>. Após essa classificação, começou a surgir um conceito de diferenciação entre pacientes que apresentavam uma doença indolente e pacientes que apresentavam uma doença agressiva, o que depois foi enfatizado por Greenstein et al, em sua classificação de doença entre comportamento penetrante e comportamento não penetrante <sup>2</sup>.

Dessa forma, em 1998, no Congresso Mundial de Gastroenterologia, em Viena, surgiu a chamada Classificação de Viena (CV), que combinava idade ao diagnóstico (A), localização (L) e comportamento da doença (B), como fatores prognósticos da doença de Crohn <sup>2, 13</sup>. Entretanto, a partir da análise de um grupo de especialistas, essa classificação passou a ser considerada insuficiente quando se analisava os diferentes subtipos de DC, o que promoveu a criação da Classificação de Montreal (CM), em 2005, que continua sendo utilizada até os dias de hoje <sup>2</sup>.

Sendo assim, a CM leva em conta os fatores já utilizados na CV, como idade ao diagnóstico, localização e comportamento, porém permite uma classificação fenotípica mais precisa e com menos diferenças entre os observadores <sup>13</sup>. Desse modo, em relação ao comportamento, temos que a classificação de doença perianal (p), antes incluída no fenótipo B3 (penetrante), agora tem uma diferenciação, visto que foi observado um diferente curso da doença em pacientes portadores de DC com envolvimento perianal <sup>13</sup>.

O comportamento nessa classificação é dividido em não estenosante e não penetrante (B1), estenosante (B2) e penetrante (B3), sendo importante frisar que aproximadamente 50% dos pacientes com comportamento B1 têm evolução da gravidade do quadro, passando a serem classificados como B2 ou B3 <sup>2</sup>. Além disso, com a nova Classificação de Montreal, é possível classificar indivíduos que tenham acometimento do trato gastrointestinal superior em conjunto com acometimento de cólon e íleo <sup>13</sup>. Finalmente, com a nova CM, temos uma estratificação diferente da idade ao diagnóstico, sendo agora dividida em <16 anos (A1), classificada como doença de Crohn pediátrica, 17-40 anos (A2) e > 40 anos (A3) <sup>13</sup>.

O diagnóstico da DC pode ser difícil, devido à heterogeneidade das manifestações clínicas e o quadro clínico semelhante à RU<sup>3</sup>. Sendo assim, os exames complementares têm um papel importante na condução clínica dos pacientes com DC.

Nos exames de Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (RM), os achados mais característicos são acometimento de intestino delgado e presença de fístulas <sup>3</sup>. Entretanto, a colonoscopia, com duas biópsias de cinco sítios diferentes incluindo o íleo, é o exame complementar preferencial para o diagnóstico da DC <sup>3</sup>.

Por fim, como não há um achado patognomônico nos exames complementares, a European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO), considera que o diagnóstico histopatológico da DC é dependente da presença de granulomas, anormalidades crípticas focais, infiltrado inflamatório focal de linfócitos e plasmócitos com preservação da mucina nos sítios inflamados <sup>3</sup>.

O objetivo principal do tratamento médico para a doença de Crohn é alcançar uma resposta clínica com remissão sustentada, que seja capaz de alterar a história natural da doença, evitando a ocorrência de estenoses e penetrações que possam levar o paciente à realização de cirurgias <sup>14</sup>.

Nesse contexto, é importante frisar que as opções terapêuticas para a DC têm evoluído muito, o que nos dá como possibilidade a utilização de corticosteróides, aminossalicilatos, antibióticos, imunomoduladores (azatioprina, 6-mercaptopurina e metotrexato) e imunobiológicos<sup>15</sup>. Sendo esses últimos medicamentos de uso venoso ou subcutâneo, de origem parcialmente ou totalmente humana, que atuam diretamente nas vias patogênicas imunológicas da DC<sup>15</sup>.

Apesar das diversas opções terapêuticas, cerca de 50% dos pacientes com DC desenvolvem complicações que levam à necessidade de uma terapia mais intensiva, com utilização de imunobiológicos ou realizando cirurgias<sup>11</sup>. Dentre os pacientes que desenvolvem complicações, uma parte significativa cursa com necessidade de internação hospitalar, sendo identificado que 31,4% dos custos dos pacientes com DC nos Estados Unidos, eram decorrentes de hospitalizações<sup>7</sup>.

Dentro desse contexto, outro estudo ainda identificou algo mais grave em relação ao curso da doença de Crohn, sendo demonstrado que 10 – 26% dos pacientes com DII foram readmitidos em até 30 dias da hospitalização inicial<sup>8</sup>. Sendo que 9 – 50% dos casos de readmissão foram considerados como preveníveis<sup>7</sup>.

As taxas de readmissões, por sua vez, são cada vez mais utilizadas como indicador de qualidade do serviço hospitalar, com foco principalmente naquelas consideradas como readmissões preveníveis<sup>8</sup>. Logo, a identificação precoce de subgrupos de pacientes que apresentam DC com maior chance de sofrerem desfechos desfavoráveis, poderia auxiliar em estratégias terapêuticas que reduzissem as taxas de readmissões hospitalares, por exemplo<sup>16</sup>.

Entretanto, a literatura existente sobre o tema ainda é considerada insuficiente, não sendo identificados estudos relevantes sobre readmissões hospitalares em pacientes com DII<sup>9</sup>. Da mesma forma, a gama de publicações sobre fatores de risco associados às readmissões hospitalares no Brasil ainda é insuficiente para conseguirmos alterar a realidade do curso natural da doença de Crohn nos nossos pacientes.

## **4. Materiais e métodos**

### **4.1 Desenho do estudo:**

Trata-se de um estudo transversal, analítico, unicêntrico.

### **4.2 Local do estudo:**

Este estudo foi realizado no ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), no Estado da Bahia. O HGRS é um hospital de grande porte, de alta complexidade e de caráter assistencial. Possui nível de excelência em ensino, certificado pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Ademais, é centro de referência em DII e do Programa Estadual de Medicamentos de Alto Custo (PEMAC) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Este ambulatório público, atende pacientes advindos de todo o território baiano, funciona em uma frequência de quatro vezes durante a semana, totalizando quatro turnos de atendimento semanal. O ambulatório possui uma frequência de atendimento mensal estimado em cerca de 200 pacientes. Possui sistema informatizado, inclusive com prontuários eletrônicos.

### **4.3 Casuística:**

População alvo: Pacientes ambulatoriais com Doença de Crohn.

População acessível: A amostragem foi composta por pacientes ambulatoriais com DC, mediante amostra consecutiva, que preencheram os critérios de inclusão abaixo especificados, não preencheram os critérios de exclusão e que, após leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, aceitaram participar do referido estudo. A coleta de dados foi realizada por equipe de estudantes sob a supervisão das médicas preceptoras durante o atendimento aos pacientes.

### **4.4 Critérios de elegibilidade:**

#### **Critérios de inclusão:**

Pacientes com idade superior a 18 anos ou com 18 anos completos na data de inclusão na pesquisa, de ambos os gêneros, acompanhados no ambulatório de DII do Hospital Geral Roberto Santos, com diagnóstico de doença de Crohn, que possuam acompanhamento no referido ambulatório por pelo menos 1 ano e que aceitaram

participar da pesquisa, após leitura e assinatura do termo de consentimento do respectivo estudo. Neste serviço, o diagnóstico de doença de Crohn segue o estabelecido no Consenso Europeu de Doença Inflamatória Intestinal, que se baseia em achados clínicos, endoscópicos, histopatológicos e imaginológicos<sup>17</sup>. A Escala de Classificação utilizada foi a de Montreal (ANEXO I).

#### **Crítérios de exclusão:**

Foram excluídos pacientes que não apresentaram condições cognitivas de responder os questionários.

#### **4.5 Coleta de dados:**

Em cada dia de atendimento ambulatorial de DII no HGRS, foi realizado um *screening* a partir da listagem de pacientes agendados no referido ambulatório, para definir se o paciente tem diagnóstico de DC e se o diagnóstico tem pelo menos 1 ano. Após esse *screening*, os pacientes foram avaliados quanto aos critérios de elegibilidade e foi aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO II).

Foi realizada aplicação de questionário próprio, formulado para este fim, e foram avaliados dados do prontuário médico de cada paciente (ANEXO III).

#### **4.6 Variáveis analisadas:**

As variáveis de caracterização da amostra incluem idade, área de procedência (zona rural ou zona urbana), gênero, cor da pele por autodeclaração (segundo classificação do IBGE)<sup>21</sup>, religião, escolaridade, renda familiar em salários mínimos e ocupação, sendo considerados ativos os pacientes celetistas, autônomos, estudantes, funcionários públicos e donos de casa, e inativos nos quais foram inclusos desempregados e aposentados/pensionistas.

As variáveis independentes analisadas foram tabagismo, infecções, uso de corticosteroides, internamento em unidade intensiva (UTI ou semi-intensiva), transtorno de ansiedade, transtorno de depressão, nutrição parenteral exclusiva, histórico de ileostomia, histórico de colostomia e dieta de hiperalimentação pós-alta. A variável dependente foi a readmissão hospitalar dos pacientes com doença de Crohn.

#### **4.7 Análise estatística do estudo:**

Foram realizadas análises da frequência para as variáveis categóricas, e da média e do desvio padrão para as variáveis numéricas através do programa SPSS versão 21.0. O teste de Qui-Quadrado foi utilizado para avaliar associação entre as variáveis categóricas, e quando indicado, foi aplicado o Teste Exato de Fischer. Foram consideradas significativas as associações com p menor que 0,05.

#### **4.8 Equipe do estudo:**

Participaram deste estudo médicos gastroenterologistas, bioestatístico, estudantes da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), da Universidade do Estado da Bahia (Uneb), e da Universidade Salvador (Unifacs).

#### **4.9 Aspectos éticos:**

Este é um subprojeto do projeto intitulado “Fatores associados à evolução moderada-grave em pacientes com doença de Crohn em um centro de referência em Salvador/BA” aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral Roberto Santos sob o parecer nº 3.225.491 e CAAE: 09144219.0.0000.5028, cumprindo com todos os pré-requisitos exigidos nesta instituição e obedecendo aos preceitos da Declaração de Helsinki. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO III) foi apresentado e assinado pelos pacientes antes da aplicação dos questionários, bem como revisão dos prontuários. A pesquisa não resultou em modificação no atendimento ambulatorial e/ou na terapêutica de tais pacientes.

## 5. Resultados

Foram estudados 96 pacientes do Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal do Hospital Geral Roberto Santos, dos quais 71 foram hospitalizados pelo menos uma vez, sendo 37 (52,1%) do sexo feminino, 52 (73,2%) da zona urbana, com 59 (83,1%) dos pacientes autodeclarados como pretos, pardos ou indígenas (considerados não brancos na Tabela 1).

Em relação à religião, temos que 32 (45,1%) dos pacientes declararam-se evangélicos. Além disso, 48 (67,6%) dos pacientes declararam que tinham renda familiar de até 2 salários mínimos. Por fim, temos que 45 dos pacientes (63,4%) declararam-se como ativos em suas profissões e 38 (53,5%) dos pacientes foram readmitidos a nível hospitalar (Tabela 1).

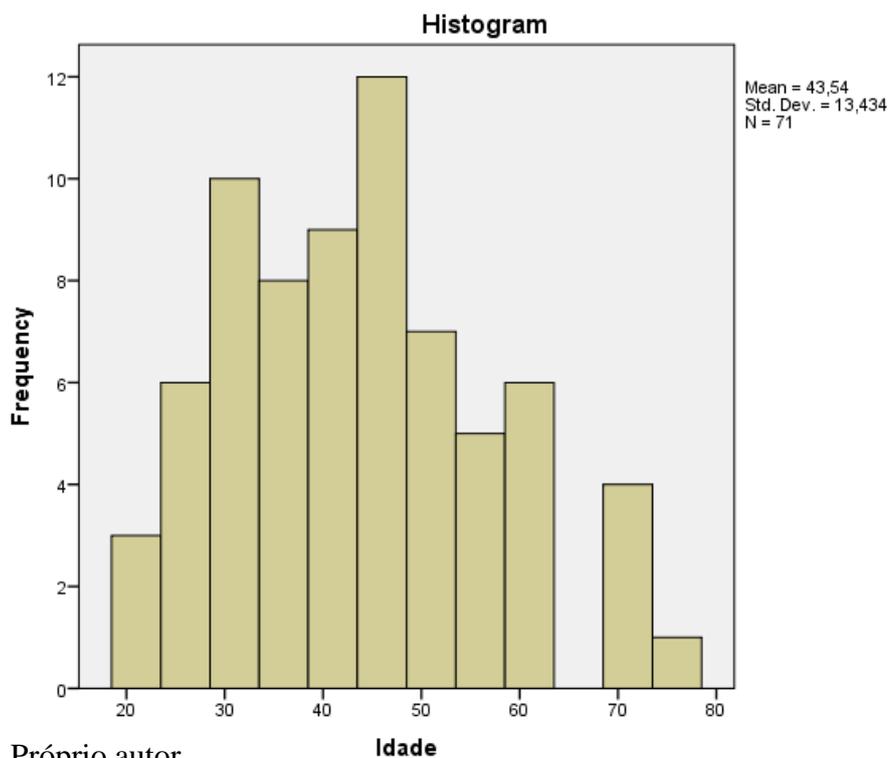
**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos pacientes com Doença de Crohn em ambulatório especializado de Salvador, Bahia. 2019-2020.

Variáveis	N (%)
<b>Gênero</b>	
Feminino	37 (52,1%)
Masculino	34 (47,9%)
<b>Idade (média ± DP)</b>	43,54 ±13,43
<b>Procedência</b>	
Zona urbana	52 (73,2%)
Zona rural	19 (26,8%)
<b>Cor da pele autodeclarada</b>	
Não branco <sup>(1)</sup>	59 (83,1%)
Branco	12 (16,9%)
<b>Religião</b>	
Católica	30 (42,3%)
Evangélica	32 (45,1%)
Outras	9 (12,6%)
<b>Renda familiar<sup>(2)</sup></b>	
≤ a 2	48 (67,6%)
Acima de 2	23 (32,4%)
<b>Ocupação</b>	
Ativo	45 (63,4%)
Inativo	26 (36,6%)
<b>Readmissão hospitalar</b>	38 (53,5%)

Fonte: Próprio autor. Incluídos autodeclarados pretos, pardos e indígenas segundo IBGE.

(1) Em salários mínimos (R\$ 1.039,00).

**Gráfico 1:** A idade variou de 21 a 79 anos, com média = 43,54  $\pm$ 13,43, e foi verificado maior frequência de pacientes com faixa etária entre 27 e 34 anos e entre 42 e 46 anos.



Fonte: Próprio autor

No que se refere às características sociodemográficas em associação com readmissão hospitalar, foi observado que 31 (81,6%) dos pacientes readmitidos tinham renda familiar menor ou igual a 2 salários mínimos, enquanto apenas 7 (18,4%) tinham renda familiar acima de 2 salários mínimos, diferença considerada estatisticamente significativa ( $p=0,032$ ). Em relação às outras variáveis analisadas, não foi encontrada significância estatística para gênero, idade, procedência, etnia/cor ou status de ocupação laboral (Tabela 2).

**Tabela 2.** Associação entre variáveis sociodemográficas e readmissão hospitalar em pacientes com Doença de Crohn em ambulatório especializado de Salvador, Bahia. 2019-2020.

Variáveis	Readmitidos	Não readmitidos	p
	N (%)	N (%)	
<b>Gênero</b>			0,390 <sup>1</sup>
Feminino	18 (47,4%)	19 (57,6%)	
Masculino	20(52,6%)	14 (42,4%)	
<b>Idade (média ± DP)</b>	42,24 ±11,82	45,03 ± 15,13	0,386 <sup>2</sup>
<b>Procedência</b>			0,199 <sup>1</sup>
Zona rural	11 (28,9%)	8 (24,2%)	
Zona urbana	27 (71,1%)	25 (75,85)	
<b>Etnia/cor</b>			0,714 <sup>1</sup>
Não branco (1)	31 (81,6%)	28 (84,8%)	
Branco	7(18,4%)	5(15,2%)	
<b>Renda familiar</b>			<b>0,032<sup>1</sup></b>
Até 2	31 (81,6%)	17 (51,5%)	
Acima de 2	7 (18,4%)	15(48,5%)	
<b>Ocupação</b>			0,592 <sup>1</sup>
Ativo	23 (60,5%)	22 (66,7%)	
Inativo	15(39,5%)	11(33,3%)	
<b>Total</b>	38	33	

Nota: Renda familiar em salários mínimos (R\$ 1039,00); <sup>(1)</sup> Incluídos pretos e pardos, seguindo o princípio de autodeclaração do IBGE; Testes estatísticos: <sup>1</sup>: Qui-quadrado; <sup>2</sup>: Teste de T student;

Quanto às características clínicas das hospitalizações anteriores, dos pacientes readmitidos e dos não readmitidos que tiveram complicação infecciosa como motivo de internação prévia, a diferença não demonstrou resultado estatisticamente significativo, assim como seguir dieta de hiperalimentação após alta de internação também não obteve significância estatística (Tabela 3). Entretanto, dos pacientes que tiveram internação em unidade de terapia intensiva, 11 (28,9%) foram readmitidos e apenas 1 (3%) não foi readmitido, diferença que apontou um resultado com significância estatística ( $p = 0,004$ ), assim como ocorreu com os pacientes que receberam nutrição parenteral exclusiva, dos quais 18 (47,4%) passaram por uma readmissão hospitalar e 5 (15,2%) não foram readmitidos, diferença que obteve valor de  $p = 0,004$ , também estatisticamente significativo (Tabela 3).

**Tabela 3.** Associação entre características das hospitalizações e readmissão hospitalar em pacientes com Doença de Crohn em ambulatório especializado de Salvador, Bahia. 2019-2020.

Variáveis	Readmitidos	Não readmitidos	p
	N (%)	N (%)	
<b>CI</b>	14 (36,8%)	9 (27,3%)	0,390 <sup>1</sup>
<b>UTI</b>	11 (28,9%)	1 (3%)	<b>0,004</b> <sup>1</sup>
<b>NPE</b>	18 (47,4%)	5 (15,2%)	<b>0,004</b> <sup>1</sup>
<b>DH</b>	14 (36,8%)	7 (21,2%)	0,150 <sup>1</sup>
<b>Total</b>	38	33	

Nota: CI: internação por complicação infecciosa; UTI: internação em unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva; NPE: Nutrição parenteral exclusiva; DH: Dieta de hiperalimentação pós-alta.

Testes estatísticos: <sup>1</sup>: Qui-quadrado;

Dos pacientes que fizeram uso de medicamentos corticosteroides a diferença entre os grupos não teve valor de  $p$  estatisticamente significativa ( $p = 0,255$ ) (Tabela 4). Da mesma forma ocorreu com a variável tabagismo, dos quais 8 (21,1%) dos pacientes readmitidos e 9 (27,3%) dos não readmitidos confirmaram terem feito uso de tabaco, sem resultado com significância estatística (Tabela 4).

**Tabela 4.** Associação entre características clínicas e readmissão hospitalar em pacientes com Doença de Crohn em ambulatório especializado de Salvador, Bahia. 2019-2020.

Variáveis	Readmitidos	Não readmitidos	p
	N (%)	N (%)	
<b>Corticosteroides</b>			0,255 <sup>1</sup>
	30 (56,6%)	23(43,4%)	
<b>Tabagismo</b>			0,540 <sup>1</sup>
	8 (21,1%)	9 (27,3%)	
<b>Total</b>	38	33	

Testes estatísticos: <sup>1</sup>: Qui-quadrado;

Quanto à associação entre o histórico de cirurgias e readmissão hospitalar também não foram obtidos resultados com significância estatística nem para a realização de Ileostomia nem de Colostomia (Tabela 5).

**Tabela 5.** Associação entre histórico de cirurgias e readmissão hospitalar em pacientes com Doença de Crohn em ambulatório especializado de Salvador, Bahia. 2019-2020.

Variáveis	Readmitidos	Não readmitidos	p
	N (%)	N (%)	
<b>Ileostomia</b>			0,206 <sup>1</sup>
	5 (13,2%)	1 (3%)	
<b>Colostomia</b>			0,118 <sup>1</sup>
	4 (10,5%)	0 (0,0%)	
<b>Total</b>	38	33	

Testes estatísticos: <sup>1</sup>: Teste exato de Fisher;

Dos pacientes que tiveram diagnóstico de ansiedade e dos que tiveram diagnóstico de depressão após uma alta de internação também não foi encontrada significância estatística na comparação entre os grupos estudados (Tabela 6).

**Tabela 6.** Associação entre afecções psiquiátricas e readmissão hospitalar em pacientes com Doença de Crohn em ambulatório especializado de Salvador, Bahia. 2019-2020.

Variáveis	Readmitidos	Não readmitidos	p
	N (%)	N (%)	
<b>Dx ansiedade</b>	6 (15,8%)	7 (21,2%)	0,556 <sup>1</sup>
<b>Dx depressão</b>	3 (7,9%)	2 (6,1%)	1,000 <sup>2</sup>
<b>Total</b>	38	33	

Nota: Dx ansiedade: diagnóstico de ansiedade; Dx depressão: diagnóstico de depressão.

Testes estatísticos: <sup>1</sup> Qui-quadrado; <sup>2</sup> Teste exato de Fisher

## 6. Discussão

A análise da amostra estudada evidenciou que mais da metade dos pacientes com doença de Crohn passou por pelo menos uma readmissão hospitalar durante o curso da sua doença. Houve predominância nas readmissões de pacientes com renda familiar de até 2 salários mínimos, que receberam nutrição parenteral exclusiva, e que tiveram internação prévia em unidade de tratamento intensivo.

Em relação à variável cor da pele autodeclarada, foi evidenciado que 81,3% dos pacientes da amostra se consideraram não brancos. Essa informação, por sua vez, diverge de outro estudo brasileiro, realizado no estado de São Paulo, que demonstra prevalência das doenças inflamatórias intestinais em pacientes autodeclarados brancos<sup>5,18</sup>. Sendo assim, provavelmente o resultado encontrado explica-se pela predominância da população autodeclarada não branca no estado da Bahia, que representa 77,8% da população, segundo dados do IBGE<sup>23</sup>.

Dentre as variáveis sociodemográficas, não houve diferença entre os gêneros no que tange às readmissões hospitalares. Relação que também não foi estabelecida em outro estudo realizado na Universidade da Pensilvânia (EUA), que teve o objetivo de identificar preditores de readmissões hospitalares<sup>5</sup>. No entanto, a relação entre o sexo feminino e um curso mais grave das doenças inflamatórias intestinais foi evidenciada em outros estudos, que compararam essa variável com hospitalizações e readmissões hospitalares em pacientes com doença de Crohn e com retocolite ulcerativa, diferentemente do nosso estudo<sup>9,19</sup>.

No que se refere à procedência, foi identificado que 73,2% dos pacientes eram procedentes da zona urbana, o que, apesar de não ter demonstrado relação com significância ao se comparar às readmissões hospitalares, demonstra as mudanças no estilo de vida e na alimentação contemporânea. Fatos que podem justificar a predominância da doença de Crohn na zona urbana, como foi encontrado em outros estudos<sup>20</sup>.

Além disso, a maioria dos pacientes se encontram ativos nas suas profissões, o que incluiu celetistas, autônomos, estudantes, funcionários públicos e donos de casa. Dentro desse contexto, mais de 60% da população estudada reportou renda familiar menor que 2 salários mínimos, o que evidenciou uma associação estatisticamente significativa

com a ocorrência de readmissões hospitalares, demonstrando uma evolução mais grave da DC em pacientes de classe social mais baixa<sup>21, 22</sup>. O que pode ser explicado pela dificuldade em manter um tratamento farmacológico adequado, por conta do elevado preço dos medicamentos, e de retornar às consultas para acompanhamento médico.

Não houve relação entre a idade dos pacientes entrevistados e a ocorrência de readmissões hospitalares. Diferente do que ocorreu em um estudo no qual foi identificada uma associação entre idade mais jovem e o desfecho proposto, o que pode ser explicado pelo fato que a maioria dos pacientes analisados por eles tinham idade inferior em comparação à população do nosso estudo<sup>9</sup>.

Em relação à hospitalização prévia, evidenciou-se uma associação entre internação em unidade de tratamento intensivo e readmissão hospitalar. Resultado similar ao observado em um estudo de análise multivariada, que identificou a internação em unidades intensivas como um preditor de readmissão hospitalar futura<sup>5</sup>. Também foi identificado no estudo uma associação, estatisticamente significativa, entre nutrição parenteral exclusiva e readmissões hospitalares, preditor que também foi estabelecido por *Mudireddy et al*<sup>5</sup>.

Ainda em relação às variáveis que analisaram hospitalizações prévias, as complicações infecciosas e a dieta de hiperalimentação após alta hospitalar não apresentaram associação com readmissão, o que foi discordante da literatura analisada<sup>8</sup>. Essa discordância pode ser explicada pela limitação das variáveis, que apresentam um critério de subjetividade, que foi observada pela dificuldade dos pacientes em relatarem a ocorrência prévia dessas duas variáveis durante a realização da entrevista.

Diferente do observado em outros estudos<sup>8,10</sup>, o uso de corticosteroides não teve relação com readmissão hospitalar. A literatura existente traz que o uso desses medicamentos pode ser considerado um fator de risco que aumenta em até duas vezes a chance de ter o desfecho analisado<sup>8</sup>. Entretanto, a limitação de tamanho amostral do presente estudo provavelmente afetou a análise dessa variável. Da mesma forma, como ocorreu com o tabagismo, que também não teve uma relação estatisticamente significativa, visto que esta é uma variável amplamente descrita na literatura como um fator de risco associado às readmissões hospitalares<sup>7,9</sup>.

No que se trata das variáveis que relacionam afecções psiquiátricas com as readmissões hospitalares, também não houve diferença significativa entre o grupo de

pacientes que foram readmitidos e dos que não foram readmitidos. Sendo assim, o diagnóstico de ansiedade não foi descrito como uma variável associada à readmissão hospitalar, o que foi discordante de alguns artigos da literatura<sup>7,9</sup>. O mesmo ocorreu com a variável que relacionou diagnóstico de depressão com readmissão hospitalar. Porém, nos mesmos estudos que descreveram ansiedade como um fator de risco para readmissões futuras, a depressão também teve uma associação estatisticamente significativa<sup>7,9</sup>. O que é justificado pela hipótese de que a presença das afecções psiquiátricas pode levar a um estado de desmotivação com o autocuidado e má interpretação dos sintomas, fazendo com que o paciente procure mais vezes o serviço de saúde.

Do que concerne ao histórico de cirurgias dos pacientes, foram pesquisadas a relação da realização de ileostomia e de colostomia com readmissões hospitalares. Dessa forma, se tratando da ileostomia, temos que não foi encontrada uma relação válida estatisticamente. O que discordou de outro estudo da literatura, que relacionou esse procedimento cirúrgico com readmissões, a partir da avaliação de 85 pacientes<sup>8</sup>, enquanto o presente estudo incluiu apenas 6 pacientes que realizaram ileostomia.

Já se tratando da realização de colostomia especificamente, o dado encontrado no nosso estudo concordou com a literatura, visto que o estudo de *Christian et al* também não encontrou uma diferença estatisticamente significativa quando comparados os pacientes que realizaram esse procedimento e as readmissões hospitalares<sup>8</sup>. Por outro lado, em um estudo que juntou os pacientes que realizaram ileostomia e colostomia em um grupo único, foi encontrada uma relação com significância estatística, sendo considerada a realização de qualquer um dos procedimentos como um fator de risco para readmissão hospitalar<sup>10</sup>.

Este estudo possui como limitações a metodologia observacional, com aplicação de questionários diretamente com o paciente e com revisão de prontuários para a formação do banco de dados. Além disso, os questionários eram aplicados por diferentes membros do grupo de pesquisa, fatores que podem interferir na coleta de algumas variáveis. No entanto, o treinamento prévio dos entrevistadores, com a realização de uma padronização para a aplicação do questionário amenizou essa interferência, aumentando a uniformidade dos dados obtidos.

Ademais, temos que a readmissão hospitalar é uma variável de desfecho importante, porém sujeita a certa subjetividade, visto que depende dos profissionais de

saúde e dos centros em que ela foi realizada. Por fim, é importante considerar que o número de pacientes avaliados pelo estudo foi reduzido, o que ocorreu por conta da pandemia do Covid-19, responsável pelo fechamento dos ambulatórios onde era realizada a coleta de dados.

## **7. Conclusão**

O presente estudo identificou associação estatisticamente significativa entre renda familiar de até 2 salários mínimos e readmissão hospitalar em pacientes com Doença de Crohn. Além disso, outras duas variáveis estabeleceram relação com readmissão hospitalar, as internações prévias em Unidade de tratamento intensivo e o recebimento de nutrição parenteral exclusiva. Dessa forma, temos que essas três variáveis estiveram associadas com uma evolução clínica ruim, que perpassa por múltiplas internações em unidade hospitalar.

## 8. Referências

1. Golovics PA, Mandel MD, Lovasz BD, Lakatos PL. Inflammatory bowel disease course in Crohn's disease: Is the natural history changing? *World Journal of Gastroenterology*. 2014;20(12):3198–207.
2. Veloso FT. Clinical predictors of Crohn's disease course. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2016;28(10):1122–5.
3. Ministério da Saúde(Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria conjunta nº 14, de 28 de novembro de 2017: Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Crohn. 2017;
4. Gklavas A, Dellaportas D, Papaconstantinou I. Risk factors for postoperative recurrence of crohn's disease with emphasis on surgical predictors. *Annals of Gastroenterology*. 2017;30(6):598–612.
5. Mudireddy P, Scott F, Feathers A, Lichtenstein GR. Inflammatory Bowel Disease: Predictors and Causes of Early and Late Hospital Readmissions. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2017;23(10):1832–9.
6. MA Gillentine, LN Berry, RP Goin-Kochel, MA Ali, J Ge, D Guffey, JA Rosenfeld, V Hannig, P Bader, M Proud, M Shinawi, BH Graham1, A Lin, SR Lalani, J Reynolds, M Chen, T Grebe, CG Minard, P Stankiewicz, AL Beaudet and C, Schaaf. 氢气和蛛网膜下腔出血HHS Public Access. *J Autism Dev Disord*. 2017;47(3):549–62.
7. Micic D, Gaetano JN, Rubin JN, Cohen RD, Sakuraba A, Rubin DT, et al. Factors associated with readmission to the hospital within 30 days in patients with inflammatory bowel disease. *PLoS ONE*. 2017;12(8):1–15.
8. Christian KE, Jambaulikar GD, Hagan MN, Syed AM, Briscoe JA, Brown SA, et al. Predictors of Early Readmission in Hospitalized Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2017;23(11):1891–7.
9. Barnes EL, Kochar B, Long MD, Kappelman MD, Martin CF, Korzenik JR, et al. Modifiable Risk Factors for Hospital Readmission among Patients with Inflammatory Bowel Disease in a Nationwide Database. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2017;23(6):875–81.
10. Grass F, Ansell J, Petersen M, Mathis KL, Lightner AL. Risk factors for 90-day readmission and return to the operating room following abdominal operations for Crohn's disease. *Surgery (United States)*. 2019;166(6):1068–75.
11. Carolijn Smids, MD1\*, Carmen S. Horjus Talabur Horje, MD, PhD1, Stefan Nierkens, PhD2, Julia Drylewicz, PhD3, Marcel J.M. Groenen, MD, PhD1, Peter J. Wahab, MD, PhD1, Ellen G. van Lochem P. Candidate serum markers in early Crohn's disease: predictors of disease course. 2017;
12. Henriksen M, Jahnsen JØR, Lygren I, Aadland E, Schulz TOM, Vatn MH, et al. Clinical course in Crohn ' s disease : Results of a five-year population- based

- follow-up study ( the IBSEN study ). *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2007;(1535):602–10.
13. Rebelo A, Rosa B, Moreira MJ, Cotter J. Da Classificação de Viena para a Nova Classificação de Montreal: Caracterização Fenotípica e Evolução Clínica da Doença de Crohn From the Vienna Classification to the New Montreal Classification: Phenotype Characterization and Clinical Evolution of Crohn´. *Jornal Português de Gastreenterologia*. 2011;18(1):15–21.
  14. Kelvin T. Thia, William J. Sandborn, William S. Harmsen AR, Zinsmeister and EVLJr. Risk Factors Associated With Progression to Intestinal Complications of Crohn’s Disease in a Population-Based Cohort. 2011;139(4):1147–55.
  15. Group BS, Diseases IB. CONSENSO / CONSENSUS MANAGEMENT OF Brazilian Study Group of Inflammatory Bowel Diseases \*. *Arq Gastroenterol*. 2010;47(3):313–25.
  16. Beaugerie L, Seksik P, Larmurier IN, Gendre JP. Predictors of Crohn’s Disease. Department of Gastroenterology, Saint-Antoine Hospital, and Pierre et Marie Curie University, Paris, France. 2006;650–6.
  17. Lennard-Jones JE. Classification of Inflammatory Bowel Disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 1989 Jan 8;24(sup170):2–6.
  18. Victoria CR, Sasaki LY, Nunes HRDC. Incidence and prevalence rates of inflammatory bowel diseases, in midwestern of São Paulo State, Brazil. *Arquivos de Gastroenterologia*. 2009;46(1):20–5.
  19. Bernstein CN, Nabalamba A, Ph D. Hospitalization , Surgery , and Readmission Rates of IBD in Canada : A Population-Based Study. 2006;2001(12):110–8.
  20. Piovani D, Danese S, Peyrin-biroulet L, Nikolopoulos GK, Lytras T, Bonovas S. Umbrella Review of Meta-analyses. *Gastroenterology*. 2019;157(3):647-659.e4.
  21. Andrade JS de, Milessa K, Sousa M de, Gutemberg A, Dias N, Andrade MN de, et al. Aspectos sociodemográficos em pacientes com doenças inflamatórias intestinais em um centro de referência em Salvador- BA Sociodemographic aspects in patients with inflammatory bowel diseases in a reference center in Salvador – BA. 2021;32503–13.
  22. Costa M, Santos DA, Pimentel AM. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Doença de Crohn em uso de terapia biológica de um centro de referência em Salvador , Bahia Clinical and epidemiological profile of patients with Crohn ’ s disease in biological therapy from a reference center. 2021;32489–502.
  23. IBGE, Censo demográfico de 2010. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3175#resultado>, acesso: 23:50 do dia 06/04/2021.

## 9. Anexos:

## ANEXO I:

<b>Classificação de Montreal da Doença de Crohn <sup>13</sup></b>		
<b>Idade de diagnóstico (A)</b>		
<b>A1</b>	≤ 16 anos	
<b>A2</b>	17 - 40 anos	
<b>A3</b>	≥ 40 anos	
<b>Localização (L)</b>		
<b>L1</b>	Íleon terminal	<b>L1 + L4</b>
<b>L2</b>	Cólon	<b>L2 + L4</b>
<b>L3</b>	Íleo-cólon	<b>L3 + L4</b>
<b>L4*</b>	Trato gastrointestinal superior	—
<b>Comportamento (B)</b>		
<b>B1</b>	Não estenosante / não penetrante	<b>B1p**</b>
<b>B2</b>	Estenosante	<b>B2p**</b>
<b>B3</b>	Penetrante	<b>B3p**</b>

\*O trato gastrointestinal superior (L4) pode ter uma co-classificação da localização com L1-L3.

\*\*A classificação doença perianal (p) pode ser acrescentado a B1-B3, caso exista doença perianal associada.

**ANEXO II:****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PROJETO DE PESQUISA INTITULADO “FATORES ASSOCIADOS À EVOLUÇÃO MODERADA-GRAVE EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM SALVADOR/BA”.**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ fui procurado(a) por Dra. Genoile Oliveira Santana Silva, médica, gastroenterologista, com registro no Conselho Regional de Medicina do estado da Bahia número 8259, sobre minha participação no projeto de pesquisa acima intitulado.

Fui selecionado(a) para participar desse estudo por ser portador de doença de Crohn, ter idade maior que 18 anos na data presente da leitura deste termo e por ser paciente em acompanhamento maior que 1 ano no ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Hospital Geral Roberto Santos, Salvador-Bahia.

Estou ciente que esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), obedecendo aos princípios de ética e bioética universalmente aceitos.

Minha participação na pesquisa consiste em responder questionários que inclui diversas perguntas, dentre elas, perguntas sobre o local onde moro, estado civil, renda familiar, questões uso de cigarros, uso prévio ou não de transfusões de sangue, cirurgias que já fiz, internamentos, remédios que estou usando ou que já usei, além de informação sobre as características de minha doença (doença de Crohn), como o local acometido e a duração dessa doença, por exemplo.

Ao aceitar a participação nessa pesquisa, estou ciente de que as informações médicas contidas em meu prontuário médico poderão ser pesquisadas e anotadas, para uso no estudo, mas minha identidade será preservada e será mantido sigilo absoluto. Estou ciente que os resultados desta pesquisa serão publicados em revista médica. No entanto, apenas os dados serão publicados na revista médica SEM constar o meu nome, meu endereço (dados pessoais), ou seja, nenhuma informação que possa me identificar.

Poderei ser beneficiado, indiretamente, pelo conhecimento médico gerado com a análise dos resultados dessa pesquisa. Como essa pesquisa vai investigar o perfil de evolução moderada-grave dos doentes de Crohn em nosso meio, futuros pacientes recém diagnosticados com doença de Crohn poderão ser beneficiados também.

Existe o risco potencial de comunicação inapropriada de informações, gerando situações de conflito para pessoas ou grupos na comunidade. Ratificamos, assim, que o grupo de pesquisa é treinado e conduzirá o estudo conforme as boas práticas clínicas, assegurando a privacidade do paciente e o sigilo das informações. Caso haja algum dano emocional durante a pesquisa, serei encaminhado para atendimento psicológico em serviço público.

Foi explicado para mim que a qualquer momento, eu posso desistir de participar dessa pesquisa, sem restrições ou punições ao meu acompanhamento, ou no tratamento nesse referido ambulatório.

Não irei obter nenhum recurso financeiro para participar dessa pesquisa.

Este termo foi lido por mim, com calma, em presença de Dra Genoile Oliveira Santana Silva, e eu tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, recebi respostas claras, e esclareci todas as minhas dúvidas.

Confirmando que li, recebi explicações adequadas, compreendi e concordei com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse, a qualquer momento, inclusive revogar este termo.

Fui plenamente informado que posso me negar a responder as perguntas do questionário.

Fui informado que uma via deste termo ficará anexa ao meu prontuário e que a outra via será entregue para mim, sendo de minha propriedade.

Estou ciente que caso tenha alguma reclamação a fazer, poderei contatar com a Dra. Genoile Oliveira Santana Silva pelo telefone 71- 9957-2121.

Diante do exposto, minha decisão em relação à participação na pesquisa é (favor circular a opção desejada):

SIM

NÃO

NOME COMPLETO, SEM ABREVIATURAS:

\_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

OU

IMPRESSÃO DIGITAL:



DATA, POR EXTENSO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

DATA POR EXTENSO: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS:

1.NOME: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

2.NOME: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**ANEXO III:****FATORES ASSOCIADOS À EVOLUÇÃO MODERADA-GRAVE EM PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM SALVADOR/BA****– QUESTIONÁRIO –**

Iniciais do paciente:	
Número no projeto:	
Data de nascimento / idade:	

**1. Procedência:**

(1) Zona rural	(2) Zona urbana	(9) NSA (não se aplica)
----------------	-----------------	-------------------------

**2. Gênero:**

(1) Masculino	(2) Feminino	(3) Outro:.....	(9) NSA
---------------	--------------	-----------------	---------

**3. Etnia/cor (autodeclaração):**

(1) Negro	(2) Branco	(3) Pardo	(4) Outros: .....	(9) NSA
-----------	------------	-----------	-------------------	---------

**4. Religião:**

(1) Católica	(2) Evangélica	(3) Espírita	(4) testemunha de Jeová	(5) Outra: .....	(9) NSA
--------------	----------------	--------------	-------------------------	------------------	---------

**5. Escolaridade:**

(1) Não Alfabetizado	(2) Analfabeto funcional	(3) Fundamental incompleto	(4) Fundamental completo	(5) Ensino médio incompleto	
(6) Ensino médio completo	(7) Superior incompleto	(8) Superior completo	(9) Pós-graduação incompleta	(10) Pós-graduação completa	(99) NSA

**6. Renda familiar (salário mínimo ≈ R\$998,00):**

(1) Até 2	(2) Mais de 2 a 4	(3) Mais de 4 a 10	(4) Mais de 10 a 20	(5) Mais de 20	(9) NSA
-----------	-------------------	--------------------	---------------------	----------------	---------

**7. Ocupação:**

(1) Celetista	(2) Autônomo	(3) Aposentado/pensionista	(4) Estudante	(5) Funcionário Público	(6) Dona de casa	(7) Desempregado	(9) NSA
---------------	--------------	----------------------------	---------------	-------------------------	------------------	------------------	---------

**8. Tabagismo:**

(1) Não	(2) Atual	(3) Fumava e parou antes do diagnóstico	(4) Fumava e parou depois do diagnóstico	(5) Outra: .....	(9) NSA
---------	-----------	---	--	------------------	---------

Número de cigarro (charuto/outros)/ dia: .....	Tempo de tabagismo: .....	Carga Tabágica: .....	Parou há: .....
--	---------------------------------	--------------------------	--------------------

*Carga tabágica: cigarros dia/ 20 x anos. Ex: 30/20 x 15 = 22,5 anos-maço*

9. Após alguma das interações o(a) sr(a) fumava:

(1) Não	(2) Sim, após a primeira	(3) Sim, após a segunda	(4) Outro _____	(9) NSA
---------	-----------------------------	----------------------------	--------------------	---------

Confirmar se o paciente foi internado depois disso: \_\_\_\_

10. Antes da cirurgia por DC ou complicações dela decorrentes, o paciente estava fumando?

(1) Não	(2) Sim	(9) NSA
---------	---------	---------

11. Possui parente de primeiro grau com Doença inflamatória intestinal:

(1) Não	(2) Sim	(9) NSA
---------	---------	---------

12. Se sim, qual subtipo:

(1) Doença de Crohn	(2) Retocolite ulcerativa	(3) Colite não classificada	(4) Não sabe informar	(9) NSA
---------------------	------------------------------	--------------------------------	--------------------------	---------

13. Se Doença de Crohn, qual o comportamento do parente:

1) Não estenosante e não penetrante	(2) Estenosante	(3) Penetrante	(4) Não sabe informar	(9) NSA
--	-----------------	----------------	--------------------------	---------

### MONTREAL (ao diagnóstico)

14. Data do diagnóstico:

15. Idade ao diagnóstico:

(1) < 16 anos	(2) 17 a 40 anos	(3) >40anos
---------------	------------------	-------------

**Data da colonoscopia: \_\_\_\_\_**

16. Localização

(1) Íleo	(2) Cólon	(3) Íleo-cólon
----------	-----------	----------------

17. Comportamento

(1) Não estenosante e não penetrante	(2) Estenosante	(3) Penetrante
--------------------------------------	-----------------	----------------

18. Acometimento de TGI superior

(1) Não	(2) Sim	(3) O paciente não fez Entero- RM	(9) NSA
---------	---------	--------------------------------------	---------

19. Doença Perianal

(1) Não	(2) Sim	(9) NSA
---------	---------	---------

--

20. Possui comportamento B1 ao diagnóstico?

(1) Sim	(2) Não	(9) NSA	
<i>Se sim (no momento da entrevista):</i>		Data da	
colonoscopia:			
<b>21. Localização</b>			
(1) Íleo	(2) Cólon	(3) Íleo-cólon	
<b>22. Comportamento</b>			
(1) Não estenosante e não penetrante		(2) Estenosante	(3) Penetrante
<b>23. Acometimento de TGI superior</b>			
(1) Não	(2) Sim	(3) O paciente não fez Entero-RM	(9) NSA

**Obs.: Responder localização independente do comportamento.**

24. Foi observado presença de ulceração descrita em algum momento?

(1) Não	(2) Sim Data colono: .....	(9) NSA
---------	----------------------------------	---------

25. Foi observado granulomas epitelioides em alguma análise histopatológica?

(1) Não	(2) Sim Data colono: .....	(9) NSA
---------	----------------------------------	---------

26. O paciente já foi hospitalizado por conta da DC? (se sim, colocar a data da primeira hospitalização)

(1) Não	(2) Sim DATA.....	(3) Dado Ausente/Não sabe informar	(9) NSA
---------	----------------------	------------------------------------	---------

27. Se "sim", essa hospitalização foi em menos de um ano do diagnóstico?

(1) Não	(2) Sim	(3) Dado Ausente/Não sabe informar	(9) NSA
---------	---------	------------------------------------	---------

28. O paciente teve diagnóstico de desnutrição antes da primeira hospitalização?

(1) Não	(2) Sim	(3) Dado Ausente/Não sabe informar	(9) NSA
---------	---------	------------------------------------	---------

29. O paciente apresentou anemia após o diagnóstico:

(1) Não	(2) Sim	(3) Dado Ausente/Não sabe informar	(9) NSA
---------	---------	------------------------------------	---------

O paciente apresentou alguma manifestação extraintestinal ao longo da doença?

<b>30. Oftalmológica</b>	(1) Não	(2) Sim	(3) Não sabe informar	(9) NSA
<b>31. Artrite</b>	(1) Não	(2) Sim	(3) Não sabe informar	(9) NSA
<b>32. Artralgia</b>	(1) Não	(2) Sim	(3) Não sabe informar	(9) NSA
<b>33. Espondilite Anquilosante</b>	(1) Não	(2) Sim	(3) Não sabe informar	(9) NSA
<b>34. Tromboembólica</b>	(1) Não	(2) Sim	(3) Não sabe informar	(9) NSA
<b>35. Hepatobiliar</b>	(1) Não	(2) Sim	(3) Não sabe informar	(9) NSA
<b>36. Cutânea</b>	(1) Não	(2) Sim	(3) Não sabe informar	(9) NSA
<b>37. Outras</b>	(1) Não	(2) Sim	(3) Não sabe informar	(9) NSA

**38.** No diagnóstico da Doença de Crohn, o paciente precisou usar corticoide?

(1)Não	(2)Sim, oral	(3)Sim, venoso	(4)Sim, oral e venoso	(5)Não sabe informar	(9)NSA
--------	-----------------	-------------------	--------------------------	-------------------------	--------

**39.** Usou corticoide no primeiro ano de DC?

(1)Não	(2)Sim, oral	(3)Sim, venoso	(4)Sim, oral e venoso	(5)Não sabe informar	(9)NSA
--------	-----------------	-------------------	--------------------------	-------------------------	--------

**40.** Usou Corticoide antes da primeira hospitalização?

(1)Não	(2)Sim, oral	(3)Sim, venoso	(4)Sim, oral e venoso	(5)Não sabe informar	(9)NSA
--------	-----------------	-------------------	--------------------------	-------------------------	--------

**41.** Usou Corticoide após a primeira hospitalização?

(1)Não	(2)Sim, oral	(3)Sim, venoso	(4)Sim, oral e venoso	(5)Não sabe informar	(9)NSA
--------	-----------------	-------------------	--------------------------	-------------------------	--------

**42.** Se “sim” na questão acima, em qual internação?

(1)Após a primeira	(2)Após a segunda	(3) Após a terceira	(4) Outra: _____	(9)NSA
-----------------------	----------------------	------------------------	---------------------	--------

Confirmar se o paciente voltou a ser internado depois disso: \_\_\_\_\_

**43.** Usou Corticoide antes da primeira cirurgia?

(1)Não	(2)Sim, oral	(3)Sim, venoso	(4)Sim, oral e venoso	(5)Não sabe informar	(9)NSA
--------	-----------------	-------------------	--------------------------	-------------------------	--------

**44.** Usou Corticoide após a primeira cirurgia?

(1)Não	(2)Sim, oral	(3)Sim, venoso	(4)Sim, oral e venoso	(5)Não sabe informar	(9)NSA
--------	-----------------	-------------------	--------------------------	-------------------------	--------

**45.** Usou Corticoide após as demais cirurgias?

(1)Não	(2)Sim, oral	(3)Sim, venoso	(4)Sim, oral e venoso	(5)Não sabe informar	(9)NSA
--------	-----------------	-------------------	--------------------------	-------------------------	--------

**46.** O paciente já internou (em enfermaria) por DC e/ou complicações dela decorrentes após o diagnóstico dessa patologia: deve ser confirmado em prontuário

(1)Não	(2)Sim	(9)NSA
--------	--------	--------

DATA: \_\_\_\_\_

47. O paciente já internou (em uti ou unidade semi-intensiva) por DC e/ou complicações dela decorrentes após o diagnóstico?

(1)Não	(2)Sim	(9) Não se aplica
--------	--------	-------------------

DATA: \_\_\_\_\_

48. Se “sim”, qual internação?

(1)Na primeira	(2)Na segunda	(3)Na terceira	(4) Outra: _____	(9)Não se aplica
----------------	---------------	----------------	------------------	------------------

Confirmar se o paciente foi internado depois disso: \_\_\_\_\_

49. O motivo de alguma internação foi complicação infecciosa?

(1)Não	(2)Sim	(9)NSA
--------	--------	--------

50. Se “sim” na questão acima, em qual internação?

(1)Na primeira	(2)Na segunda	(3) Na terceira	(4) Outra: _____	(9)NSA
----------------	---------------	-----------------	------------------	--------

Confirmar se o paciente foi internado depois disso: \_\_\_\_\_

51. Após a alta de internação hospitalar, o paciente seguiu dieta de hiperalimentação?

(1)Não	(2)Sim	(9)NSA
--------	--------	--------

52. Se “sim” na questão acima, após qual internação?

(1)Após a primeira	(2)Após a segunda	(3) Após a terceira	(4) Outra: _____	(9)NSA
--------------------	-------------------	---------------------	------------------	--------

Confirmar se o paciente voltou a ser internado depois disso: \_\_\_\_\_

53. Durante uma internação hospitalar, o paciente recebeu nutrição parenteral exclusiva?

(1)Não	(2)Sim	(9)NSA
--------	--------	--------

54. Se “sim” na questão acima, durante qual?

(1)Na primeira	(2)Na segunda	(3) Na terceira	(4) Outra: _____	(9)NSA
----------------	---------------	-----------------	------------------	--------

Confirmar se o paciente foi internado depois disso: \_\_\_\_\_

55. Após alta de internação o paciente teve diagnóstico de transtorno de ansiedade?

(1)Não	(2)Sim	(9)NSA
--------	--------	--------

56. Se “sim” na questão acima, após qual internação?

(1)Após a primeira	(2)Após a segunda	(3) Após a terceira	(4) Outra: _____	(9)NSA
--------------------	-------------------	---------------------	------------------	--------

Confirmar se o paciente foi internado depois disso: \_\_\_\_\_

57. Após alta de internação o paciente teve diagnóstico de depressão?

(1)Não	(2)Sim	(9)NSA
--------	--------	--------

58. Se “sim” na questão acima, após qual internação?

(1)Após a primeira	(2)Após a segunda	(3) Após a terceira	(4) Outra: _____	(9)NSA
--------------------	-------------------	---------------------	------------------	--------

Confirmar se o paciente foi internado depois disso: \_\_\_\_\_

59. O diagnóstico da Doença de Crohn surgiu após uma cirurgia?

(1) Não	(2) Sim	(9) NSA
---------	---------	---------

60. O paciente já operou por DC ou complicações dela decorrentes?

(1) Não	(2) Sim	(9) NSA
---------	---------	---------

61. Quantas vezes?

(1) Uma vez	(2) Duas vezes	(3) Três vezes	(4) Quatro vezes	(5) Cinco vezes	(6) Mais de cinco vezes	(9) NSA
-------------	----------------	----------------	------------------	-----------------	-------------------------	---------

Qual o tipo de cirurgia realizada?

62. Enterectomia	(1) Não	(2) Sim	(9) NSA	Qual?
63. Hemicolectomia direita	(1) Não	(2) Sim	(9) NSA	Qual?
64. Hemicolectomia esquerda	(1) Não	(2) Sim	(9) NSA	Qual?
65. Colectomia total*	(1) Não	(2) Sim	(9) NSA	Qual?
66. Drenagem de abscesso perianal	(1) Não	(2) Sim	(9) NSA	Qual?
67. Colocação de sedenho	(1) Não	(2) Sim	(9) NSA	Qual?
68. Fistulectomia perianal	(1) Não	(2) Sim	(9) NSA	Qual?
69. Ileostomia	(1) Não	(2) Sim	(9) NSA	Qual?
70. Colostomia	(1) Não	(2) Sim	(9) NSA	Qual?

\*especificar se o paciente tiver realizado proctoclectomia

Via cirúrgica:

71. Aberta: _____	(1) Não	(2) Sim	(9) NSA
72. Laparoscópica: _____	(1) Não	(2) Sim	(9) NSA

Numerar de acordo com a ordem de cirurgias, se houver mais de uma (exemplo: Aberta ... 1ª e 3ª)

Caráter da cirurgia:

73. Eletiva: _____	(1) Não	(2) Sim	(9) NSA
74. Emergencial: _____	(1) Não	(2) Sim	(9) NSA

Numerar de acordo com a ordem de cirurgias, se houver mais de uma (exemplo: Eletiva ... 1ª e 3ª)

75. Qual o tipo de anastomose cirúrgica, se ressecção intestinal?

(1) Termino-terminal .....	(2) Termino-lateral .....	(9) Não se aplica
-------------------------------	---------------------------	-------------------

Numerar de acordo com a ordem de cirurgias, se houver mais de uma (exemplo: mtermino-lateral ... 1ª e 3ª)

76. Preciou de transfusão de sangue antes da primeira cirurgia?

(1) Não	(2) Sim	(9) NSA
---------	---------	---------

Antes da primeira hospitalização por DC ou complicações dela decorrentes, o paciente estava em uso de quais medicações?

77. Anti-TNF	(1) Infliximabe	(2) Adalimumabe	(3) CT-P13	(4) Outros .....	(5) Não	(9) NSA
78. Imunossupressor	(1) 6-Mercaptopurina	(2) Azatioprina	(3) Metorexato	(4) Outros .....	(5) Não	(9) NSA
79. 5-ASA	(1) Sulfassalazina	(2) Mesalazina	(3) Outros _____		(5) Não	(9) NSA

<b>80. Tópico</b>	(1) Mesalazina supositório	(2) Sulfassalazina supositório	(3) Outros _____	(5) Não	(9)NSA
<b>81. Outros</b>	(1)			(5) Não	(9)NSA

Após a primeira hospitalização por DC ou complicações dela decorrentes, o paciente estava em uso de quais medicações?

<b>82. Anti-TNF</b>	(1) Infliximabe	(2) Adalimumabe	(3) CT-P13	(4) Outros .....	(5) Não	(9)NSA
<b>83. Imunossupressor</b>	(1) 6-Mercaptopurina	(2) Azatioprina	(3) Metorexato	(4) Outros .....	(5) Não	(9)NSA
<b>84. 5-ASA</b>	(1) Sulfassalazina	(2) Mesalazina	(3) Outros _____		(5) Não	(9)NSA
<b>85. Tópico</b>	(1) Mesalazina supositório	(2) Sulfassalazina supositório	(3) Outros _____		(5) Não	(9)NSA
<b>86. Outros</b>	(1)			(5) Não	(9)NSA	

Confirmar se o paciente foi internado depois disso: \_\_\_\_\_

Antes da primeira cirurgia por DC ou complicações dela decorrentes, o paciente estava em uso de quais medicações?

<b>87. Anti-TNF</b>	(1) Infliximabe	(2) Adalimumabe	(3) CT-P13	(4) Outros .....	(5) Não	(9)NSA
<b>88. Imunossupressor</b>	(1) 6-Mercaptopurina	(2) Azatioprina	(3) Metorexato	(4) Outros .....	(5) Não	(9)NSA
<b>89. 5-ASA</b>	(1) Sulfassalazina	(2) Mesalazina	(3) Outros _____		(5) Não	(9)NSA
<b>90. Tópico</b>	(1) Mesalazina supositório	(2) Sulfassalazina supositório	(3) Outros _____		(5) Não	(9)NSA
<b>91. Outros</b>	(1)			(5) Não	(9)NSA	

Após a primeira cirurgia por DC ou complicações dela decorrentes, o paciente estava em uso de quais medicações?

<b>92. Anti-TNF</b>	(1) Infliximabe	(2) Adalimumabe	(3) CT-P13	(4) Outros .....	(5) Não	(9)NSA
<b>93. Imunossupressor</b>	(1) 6-Mercaptopurina	(2) Azatioprina	(3) Metorexato	(4) Outros .....	(5) Não	(9)NSA
<b>94. 5-ASA</b>	(1) Sulfassalazina	(2) Mesalazina	(3) Outros _____		(5) Não	(9)NSA
<b>95. Tópico</b>	(1) Mesalazina supositório	(2) Sulfassalazina supositório	(3) Outros _____		(5) Não	(9)NSA
<b>96. Outros</b>	(1)			(5) Não	(9)NSA	

Antes das demais cirurgias por DC ou complicações dela decorrentes, o paciente estava em uso de quais medicações?

<b>97. Anti-TNF</b>	(1) Infliximabe	(2) Adalimumabe	(3) CT-P13	(4) Outros .....	(5) Não	(9)NSA
<b>98. Imunossupressor</b>	(1) 6-Mercaptopurina	(2) Azatioprina	(3) Metorexato	(4) Outros .....	(5) Não	(9)NSA
<b>99. 5-ASA</b>	(1) Sulfassalazina	(2) Mesalazina	(3) Outros _____		(5) Não	(9)NSA
<b>100. Tópico</b>	(1) Mesalazina supositório	(2) Sulfassalazina supositório	(3) Outros _____		(5) Não	(9)NSA
<b>101. Outros</b>	(1)				(5) Não	(9)NSA

Após as demais cirurgias por DC ou complicações dela decorrentes, o paciente estava em uso de quais medicações?

<b>102. Anti-TNF</b>	(1) Infliximabe	(2) Adalimumabe	(3) CT-P13	(4) Outros .....	(5) Não	Qual?	(9)NSA
<b>103. Imunossupressor</b>	(1) 6-Mercaptopurina	(2) Azatioprina	(3) Metorexato	(4) Outros .....	(5) Não	Qual?	(9)NSA
<b>104. 5-ASA</b>	(1) Sulfassalazina	(2) Mesalazina	(3) Outros _____		(5) Não	Qual?	(9)NSA
<b>105. Tópico</b>	(1) Mesalazina supositório	(2) Sulfassalazina supositório	(3) Outros _____		(5) Não	Qual?	(9)NSA
<b>106. Outros</b>	(1)				(5) Não	Qual?	(9)NSA

**107. O paciente teve complicações pós-operatórias?**

(1) Não	(2) Sim	(9) NSA
---------	---------	---------

Em caso de nenhuma hospitalização ou cirurgia, o paciente estava em uso de quais medicações?

<b>108. Anti-TNF</b>	(1) Infliximabe	(2) Adalimumabe	(3) CT-P13	(4) Outros .....	(5) Não	(9)NSA
<b>109. Imunossupressor</b>	(1) 6-Mercaptopurina	(2) Azatioprina	(3) Metorexato	(4) Outros .....	(5) Não	(9)NSA
<b>110. 5-ASA</b>	(1) Sulfassalazina	(2) Mesalazina	(3) Outros _____		(5) Não	(9)NSA
<b>111. Tópico</b>	(1) Mesalazina supositório	(2) Sulfassalazina supositório	(3) Outros _____		(5) Não	(9)NSA
<b>112. Outros</b>	(1)				(5) Não	(9)NSA

