

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

Joao Baptista de Paula Fraga

**Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos portadores de doenças inflamatórias
intestinais em atividade leve ou remissão**

Juiz de Fora

2024

Joao Baptista de Paula Fraga

**Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos portadores de doenças inflamatórias
intestinais em atividade leve ou remissão**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde. Área de concentração: Pesquisas em Gastroenterologia.

Orientadora: Prof. Dr. Júlio Maria Fonseca Chebli

Coorientadores: Prof. Dr. Alexandre Ferreira Oliveira

Profa. Dra. Tarsila Campanha da Rocha Ribeiro

Juiz de Fora

2024

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Fraga, João Baptista de Paula .

Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos portadores de doenças inflamatórias intestinais em atividade leve ou remissão / João Baptista de Paula Fraga. -- 2024.
85 f. : il.

Orientador: Júlio Maria Fonseca Chebli

Coorientadores: Alexandre Ferreira Oliveira, Tarsila Campanha da Rocha Ribeiro

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2024.

1. Qualidade de Vida. 2. Doença Inflamatória Intestinal. 3. Idoso. I. Chebli, Júlio Maria Fonseca , orient. II. Oliveira, Alexandre Ferreira , coorient. III. Ribeiro, Tarsila Campanha da Rocha , coorient. IV. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA



ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
STRICTO SENSU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Nº PPG: 08/2024

Formato da Defesa: presencial virtual híbrido

Ata da sessão pública privada referente à defesa da dissertação tese intitulada *Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos portadores de doenças inflamatórias intestinais em atividade leve ou remissão*, para fins de obtenção do título de mestr(a) doutor(a) em Saúde, área de concentração Pesquisa em Saúde Humana, pelo(a) discente JOÃO BAPTISTA DE PAULA FRAGA (matricula 102200337 - início do curso em 06/04/2021), sob orientação da Prof.ª)Dr.ª) Júlio Maria Fonseca Chebli e coorientação da Prof.ª)Dr.ª) Tarsila Campanha da Rocha Ribeiro e Prof.ª)Dr.ª) Alexandre Ferreira Oliveira.

Ao 18 dia do mês de março do ano de 2024, às 9 horas, de forma presencial na Sala da Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, Sala 300 3º andar da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), reuniu-se a Banca examinadora da dissertação tese em epígrafe, aprovada pelo Colegiado do Programa de Pós- Graduação, conforme a seguinte composição:

Titulação Prof(a) Dr(a) / Dr(a)	Nome	Na qualidade de:
Prof. Dr.	Júlio Maria Fonseca Chebli	Orientador(a) e Presidente da Banca
Profa. Dra.	Liliana Andrade Chebli	Membro titular interno
Prof. Dr.	Klaus Ruback Bertges	Membro titular externo
Prof. Dr.	Fábio Heleno de Lima Pace	Suplente interno
Prof. Dr.	Luiz Carlos Bertges	Suplente externo

*Na qualidade de (opções a serem escolhidas):

- Membro titular interno
- Membro titular externo
- Membro titular externo e Coorientador(a)
- Orientador(a) e Presidente da Banca
- Suplente interno
- Suplente externo
- Orientador(a)
- Coorientador(a)

*Obs: Conforme §2º do art. 54 do Regulamento Geral da Pós-graduação stricto sensu, aprovado pela Resolução CSPP/UFJF nº 28, de 7 de junho de 2023, "estando o(a) orientador(a) impedido(a) de compor a banca, a presidência deverá ser designada pelo Colegiado".

AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Tendo o(a) senhor(a) Presidente declarado aberta a sessão, mediante o prévio exame do referido trabalho por parte de cada membro da Banca, o(a) discente procedeu à apresentação de seu Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-graduação Stricto sensu e foi submetido(a) à arguição pela Banca Examinadora que, em seguida, deliberou sobre o seguinte resultado:

APROVADO

REPROVADO, conforme parecer circunstanciado, registrado no campo Observações desta Ata e/ou em documento anexo, elaborado pela Banca Examinadora

APROVADO CONDICIONALMENTE, sendo consenso da banca de que esta ata é provisória e condicional

Novo título da Dissertação/Tese (só preencher no caso de mudança de título):

Observações da Banca Examinadora caso haja necessidade de anotações gerais sobre a dissertação/tese e sobre a defesa, as quais a banca julgue pertinentes

Descrição de todas as condicionalidades para a aprovação (só preencher no caso de Aprovação Condicional):

Nada mais havendo a tratar, o(a) senhor(a) Presidente declarou encerrada a sessão de Defesa, sendo a presente Ata lavrada e assinada pelos(as) senhores(as) membros da Banca Examinadora e pelo(a) discente, atestando ciência do que nela consta.

INFORMAÇÕES

Para fazer jus ao título de mestre(a)/doutor(a), a versão final da dissertação/tese, considerada Aprovada, devidamente conferida pela Secretaria do Programa de Pós-graduação, deverá ser tramitada para a PROPP, em Processo de Homologação de Dissertação/Tese, dentro do prazo de de 60 ou 90 dias, para discentes aprovados condicionalmente, a partir da data da defesa. Após o envio dos exemplares definitivos, o processo deverá receber homologação e, então, ser encaminhado à CDARA.

Se as condições descritas nesta ata não forem atestadamente atendidas dentro do prazo de 90 dias, a aprovação condicional será convertida em reprovação.

Esta Ata de Defesa é um documento padronizado pela Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. Observações excepcionais feitas pela Banca Examinadora poderão ser registradas no campo disponível acima ou em documento anexo, desde que assinadas pelo(a) Presidente(a).

Esta Ata de Defesa somente poderá ser utilizada como comprovante de titulação se apresentada junto à Certidão da Coordenadoria de Assuntos e Registros Acadêmicos da UFJF (CDARA) atestando que o processo de confecção e registro do diploma está em andamento.



Documento assinado eletronicamente por Julio Maria Fonseca Chebli, Professor(a), em 19/03/2024, às 15:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Lilliana Andrade Chebli, Professor(a), em 19/03/2024, às 15:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por JOAO BAPTISTA DE PAULA FRAGA, Usuário Externo, em 19/03/2024, às 21:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Klaus Ruback Bertges, Usuário Externo, em 19/03/2024, às 22:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-UFJF (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador 1724092 e o código CRC A1370565

Dedico esta dissertação à minha família, minha esposa Luciana e aos meus filhos Gabriel, Henrique e João Gabriel, por viverem comigo neste sonho chamado mestrado. Por aceitarem minha ausência em tantos momentos e relevarem o cansaço que por vezes me vencia.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Doutor Júlio Maria Fonseca Chebli, por ser tão generoso em compartilhar seu conhecimento não só comigo, como com todos aqueles que o procuram para uma orientação.

Ao coorientador professor Doutor Alexandre Ferreira Oliveira, por toda ajuda durante a execução deste estudo.

À coorientadora professora Doutora Tarsila Campanha da Rocha Ribeiro, pela fundamental ajuda na produção do artigo e por mostrar outras nuances no trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da UFJF, sem dúvida aprendi muito com todos.

Ao serviço de Gastroenterologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, especialmente aos participantes do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais, pelo acolhimento e ensinamentos.

Aos acadêmicos que nos ajudaram no processo de coleta de dados, aos funcionários do ambulatório do HU-CAS/Ebserh, pela ajuda na coleta de dados.

Aos pacientes que gentilmente se propuseram a participar deste trabalho e responderam aos questionários.

Todo caminho da gente é resvaloso. Mas também, cair não prejudica demais. A gente levanta, a gente sobe, a gente volta!... O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: Esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem... (Guimarães Rosa, 2005).

RESUMO

Doença inflamatória intestinal (DII), representada pela Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RCU) é uma condição crônica e progressiva que afeta todas as faixas etárias, embora predomine em indivíduos jovens. Atualmente, tem sido documentado um aumento na prevalência de DII, de forma paralela ao aumento da população idosa. O escasso número de estudos que melhor caracterizem o impacto da DII na Qualidade de Vida (QV) em idosos motivou o presente estudo. Neste estudo, avaliou-se o impacto da DII na QV de idosos atendidos em um Centro Terciário de DII. Trata-se de estudo prospectivo transversal que incluiu pacientes idosos (≥ 60 anos) com DII, atendidos pelo Centro de DII do HU/UFJF, entre março de 2019 a dezembro de 2022, e que apresentavam remissão clínica ou atividade leve de doença. Acompanhantes de idosos sem comorbidades graves que compareceram à consulta com os pacientes foram incluídos como grupo controle. Foram registradas características sociodemográficas e relativas à DII. A QV foi avaliada por meio de questionários previamente validados (WHOQOL-*bref* e IBDQ). Pacientes com DII em atividade moderada a grave, história de hospitalização recente ou iminente, infecções graves ou oportunistas nos últimos seis meses, neoplasia prévia, demência, dificuldade de compreensão/preenchimento dos questionários foram excluídos. Foram incluídos 123 pacientes (74 com DII e 49 no grupo controle), com idade média de $67 \pm 6,2$ anos, sendo 52,7% com DC e 47,3% com RCU. Atividade leve da doença foi observada em 31,1%. Ambos os grupos (pacientes com DII e controle) foram comparáveis com base na idade, sexo, Índice de Massa Corporal e Índice de Comorbidade de Charlson. Pacientes com DII e controle apresentaram escores de QV similares nos diferentes domínios avaliados pelo WHOQOL-*bref*. Por outro lado, quando avaliada a faceta geral de QV, pacientes com DII apresentaram escores significativamente menores na QV geral ($3,71 \pm 0,87 \times 4,02 \pm 0,62$, respectivamente; $p = 0,021$) e na Saúde Geral ($3,32 \pm 1,05 \times 3,69 \pm 0,94$, respectivamente; $p = 0,035$). A presença de atividade leve impactou negativamente nos escores de saúde geral e de domínio físico do WHOQOL-*bref* quando comparados com pacientes em remissão ($2,91 \pm 0,99 \times 3,47 \pm 1,04$, respectivamente; $p = 0,035$ e $12,27 \pm 2,63 \times 13,86 \pm 2,61$, respectivamente; $p = 0,019$). Não foi observado impacto na QV com a aplicação do questionário IBDQ no que se refere ao tipo de DII ($161 \pm 38,5 \times 163,1 \pm 42,6$ para DC e RCU, respectivamente; $p = 0,84$) ou a presença de atividade ($152,5 \pm 38,8 \times 166,4 \pm 40,5$, respectivamente; $p = 0,17$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre pacientes idosos com DII

em atividade leve ou quiescente e pacientes idosos sem DII quando observados os escores globais de QV. Porém, a DII impactou negativamente a faceta geral de QV, assim como a presença de atividade leve esteve associada a menores escores na saúde geral e no domínio físico avaliado pelo WHOQOL-*brief*. Estudos futuros são necessários para escolha de ferramenta mais adequada para avaliação de QV nessa população.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Doença Inflamatória Intestinal. Idoso.

ABSTRACT

Inflammatory bowel disease (IBD), represented by Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC) is a chronic and progressive condition that affects all age groups, although it predominates in young individuals. Currently, an increase in the prevalence of IBD has been documented, in parallel with the increase in the elderly population. The scarce number of studies that better characterize the impact of IBD on Quality of Life (QoL) in the elderly motivated the present study. In this study, the impact of IBD on the QoL of elderly people treated at a Tertiary IBD Center was evaluated. This is a prospective cross-sectional study that included elderly patients (≥ 60 years old) with IBD, treated at the HU/UFJF IBD Center, between March 2019 and December 2022, and who presented clinical remission or mild disease activity. Companions of elderly people without serious comorbidities who attended consultations with the patients were included as a control group. Sociodemographic and IBD-related characteristics were recorded. QoL was assessed using previously validated questionnaires (WHOQOL-bref and IBDQ). Patients with IBD in moderate to severe activity, history of recent or imminent hospitalization, serious or opportunistic infections in the last six months, previous neoplasia, dementia, difficulty understanding/completing the questionnaires were excluded. 123 patients were included (74 with IBD and 49 in the control group), with a mean age of 67 ± 6.2 years, 52.7% with CD and 47.3% with UC. Mild disease activity was observed in 31.1%. Both groups (IBD patients and control) were comparable based on age, sex, Body Mass Index and Charlson Comorbidity Index. Patients with IBD and controls had similar QoL scores in the different domains assessed by the WHOQOL-bref. On the other hand, when evaluating the general facet of QoL, patients with IBD had significantly lower scores in general QoL ($3.71 \pm 0.87 \times 4.02 \pm 0.62$, respectively; $p = 0.021$) and in General Health ($3.32 \pm 1.05 \times 3.69 \pm 0.94$, respectively; The presence of light activity had a negative impact on the general health and physical domain scores of the WHOQOL-bref when compared to patients in remission ($2.91 \pm 0.99 \times 3.47 \pm 1.04$, respectively; $p = 0.035$ and $12.27 \pm 2.63 \times 13.86 \pm 2.61$, respectively; No impact on QoL was observed with the application of the IBDQ questionnaire regarding the type of IBD ($161 \pm 38.5 \times 163.1 \pm 42.6$ for CD and UC, respectively; $p = 0.84$) or the presence of activity ($152.5 \pm 38.8 \times 166.4 \pm 40.5$, respectively; $p = 0.17$). No statistically significant differences were found between elderly patients with IBD in mild or quiescent activity and elderly patients without IBD when observing global QoL scores. However, IBD negatively impacted the general facet of QoL,

just as the presence of light activity was associated with lower scores in general health and in the physical domain assessed by the WHOQOL-bref. Future studies are needed to choose the most appropriate tool for assessing QoL in this population.

Keywords: Quality of Life. Inflammatory Bowel Disease. Elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Evolução dos alvos terapêuticos na DII.....	20
Figura 2	- Estágios epidemiológicos das DII.....	21
Figura 3	- Episclerite.....	22
Figura 4	- Pioderma gangrenoso.....	22
Figura 5	- Eritema nodoso.....	23
Figura 6	- Distribuição populacional brasileira.....	25
Figura 7	- Fluxograma de inclusão dos pacientes e voluntários no estudo.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Médias (\pm) das características sociodemográficas basais da população estudada.....	33
Tabela 2	- Médias (\pm) das características sociodemográficas e escores de WHOQOL- <i>bref</i> em pacientes com DII.....	34
Tabela 3	- Médias (\pm) das características dos pacientes com DII de acordo com a atividade da doença no início do estudo.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CCI	Índice de Comorbidade de Charlson
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CU	Colite Ulcerativa
DC	Doença de Crohn
DII	Doença inflamatória intestinal
EUA	Estados Unidos da América
HBI	Índice de Harvey Bradshaw
HU-UFJF/Ebserh	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBQD	Questionário de Doença Inflamatória Intestinal
IMC	Índice de Massa Corporal
IOIBD	Organização Internacional para o Estudo de Doenças Inflamatórias Intestinais
JAMA	<i>Journal of the American Medical Association</i>
n	Número na amostra
n°.	Número
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
QV	Qualidade de vida
RCU	Retocolite Ulcerativa
STRIDE	Seleção de Alvos Terapêuticos na Doença Inflamatória Intestinal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHOQOL-bref	Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde
WHOQOL-bref-Q1	Qualidade de vida geral
WHOQOL-bref-Q2	Saúde geral

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Percentual
\geq	Maior ou igual
$<$	Menor
\leq	Menor ou igual
\pm	Desvio-padrão (mais ou menos)
=	Igual
\times	<i>Versus</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1	CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	19
2.2	NOÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS DAS DII.....	20
2.3	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICOS DAS DII.....	21
2.4	DII NO IDOSO.....	24
3	JUSTIFICATIVA.....	27
4	OBJETIVO.....	28
5	METODOLOGIA.....	29
5.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	29
5.2	DESENHO E LOCAL DO ESTUDO.....	29
5.3	AMOSTRA.....	29
5.4	COLETA DE DADOS.....	30
5.5	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	30
5.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	31
6	RESULTADOS.....	32
7	DISCUSSÃO.....	36
8	CONCLUSÃO.....	57
	REFERÊNCIAS.....	58
	ANEXO A – Comitê de Ética em Pesquisa.....	61
	ANEXO B – Comprovante de Submissão do Artigo Científico para Publicação.....	67
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	68
	APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico e Dados Clínicos.....	70
	APÊNDICE C – Questionário WHOQOL-<i>brief</i>.....	74
	APÊNDICE D – Questionário IBDQ.....	79

1 INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) abrange um grupo de doenças imunomediadas que são caracterizadas por uma resposta inflamatória desproporcional e descontrolada a fatores ambientais e um microbioma intestinal alterado em indivíduos geneticamente predispostos (Guan, 2019). As DII, compreendendo principalmente a doença de Crohn (DC) e a colite ulcerativa (CU), apresentam um curso crônico, muitas vezes debilitante, com um curso remitente-recorrente que tem o potencial de causar danos estruturais ao intestino, perda de função, aumento das taxas de hospitalizações, e morbimortalidade (Abraham; Cho, 2009). Essas doenças podem acometer pessoas de qualquer idade, mas apresentam perfil de incidência que atinge seu pico entre a segunda e quarta décadas de vida (Abraham; Cho, 2009; Hou et al., 2013).

O *Global Burden of Disease Study*, um estudo epidemiológico mundial sistemático, demonstrou que a DII foi responsável por 3,32 milhões de casos estimados em 1990 e 4,90 milhões de casos em 2019, refletindo um aumento de 47,4% neste período (Wang et al., 2023). Embora os dados de estudos epidemiológicos sobre incidência e prevalência no Brasil sejam escassos e heterogêneos, Kotze et al. (2020) publicaram uma revisão sistemática de todos os dados disponíveis de estudos latino-americanos. Descobriram que quando apenas os estudos brasileiros foram analisados em conjunto, também foi possível observar uma tendência semelhante ao cenário mundial, com um aumento constante na prevalência de DII nas últimas décadas. Da mesma forma, Kappelman et al. (2007) relataram em uma coorte dos Estados Unidos da América (EUA) um aumento na DII em idosos, com 214/100.000 de DC e 315/100.000 pacientes com CU com mais de sessenta anos.

O processo de envelhecimento da população observado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento tem aumentado a população idosa. Para promover um envelhecimento saudável é complicado olhar para o idoso de forma integral, considerando todas as variáveis do cuidado geriátrico com avaliação e intervenção na sua qualidade de vida (QV). Isso pode ser ainda mais desafiador devido às comorbidades que acompanham o processo de envelhecimento, à associação com sintomas depressivos e às condições socioeconômicas (Sivertsen et al., 2015; Sturm et al., 2017; Velonias et al., 2017). Além disso, a ocorrência de um segundo pico de diagnóstico de DII por volta da sexta ou sétima década está bem documentada (Hong; Katz, 2021). Cerca de 25 a 35% da população com DII tem mais de sessenta anos (Sturm et al., 2017). Além disso, os pacientes idosos representam um desafio

significativo no manejo da DII, seja porque não há conhecimento suficiente sobre a doença curso nesta população, a presença de diversas comorbidades, ou mesmo a imunossenescência relacionada ao envelhecimento (Papay et al., 2013; Turner et al., 2021).

Compreender e medir como as comorbidades podem realmente afetar a vida de um indivíduo na velhice torna crítica a descoberta de uma ferramenta consistente e quantificável de medição de comorbidades, e várias escalas de doenças comórbidas provaram ser adequadas para identificar subgrupos de pacientes idosos mais vulneráveis. O *Charlson Comorbidity Index* (CCI, Índice de Comorbidade de Charlson) (Charlson et al., 1987, 2022) é bem validado derivado de pacientes de medicina interna que estima a mortalidade em um ano (Goes et al., 2021; Martins; Blais; Miranda, 2008; Novella et al., 2022).

O curso recidivante-remitente da DII, bem como a sua natureza debilitante, expõe os pacientes a uma ampla variedade de sintomas, como diarreia crônica, dor abdominal, anemia ou mesmo consequências cirúrgicas (por exemplo, ostomia, cicatrizes cirúrgicas, ressecção intestinal), negativamente impactando seu bem-estar e QV. A importância de direcionar a cura endoscópica da mucosa está atualmente em paralelo com a normalização da QV como uma meta de tratamento destacada pela iniciativa da *International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases* (IOIBD, Organização Internacional para o Estudo de Doenças Inflamatórias Intestinais) com a *Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease* (STRIDE, Seleção de Alvos Terapêuticos na Doença Inflamatória Intestinal) (Turner et al., 2021).

Vários questionários estruturados têm sido utilizados para avaliar a QV em pacientes com DII, sendo o *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ, Questionário de Doença Inflamatória Intestinal) o mais utilizado. Portanto, avaliar a QV em pacientes idosos pode ser problemático porque suas definições e perspectivas de QV podem variar nesse subgrupo de pacientes. Somado a isso, conforme destacado anteriormente, as múltiplas comorbidades a que os pacientes idosos estão expostos e a alta incidência de depressão podem impactar negativamente sua QV (Sivertsen et al., 2015). Avaliar a QV torna-se então um desafio, pois precisa-se encontrar um instrumento adequado e validado com precisão suficiente para capturar todos os aspectos da QV relacionados ao processo de envelhecimento e diferenciá-los daqueles relacionados às características da DII.

Alguns estudos que utilizaram questionários mais sensíveis para separar aspectos relacionados à capacidade física e mental de pacientes idosos encontraram uma dicotomia, mostrando que a diminuição da QV poderia estar mais relacionada aos aspectos físicos do que

aos mentais (Hong; Katz, 2021; Rozich et al., 2000; Velonias et al., 2017). Além disso, existe alguma heterogenicidade neste subgrupo de pacientes, uma vez que dois padrões diferentes podem ser definidos: aqueles que desenvolveram DII após os sessenta anos (DII de início em idosos) e aqueles que lidam com a doença desde jovens (início da DII, adultos). Essas duas apresentações podem ter características, comportamentos e história natural diferentes (Hong; Katz, 2021; Rozich et al., 2000).

O *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref, Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde)* é um questionário geral para avaliação da QV previamente validado por Fleck et al. (2000) que demonstrou boa validade e confiabilidade na população brasileira e na população idosa (Goes et al., 2021). A faceta geral do *WHOQOL-bref* é composta pelas duas primeiras questões de caráter geral que, apesar de fazerem parte do escore global, estratificam a população quanto às suas percepções em relação à QV e à saúde geral. A primeira questão (*WHOQOL-bref-Q1*) os pacientes avaliam sua QV geral e a segunda (*WHOQOL-bref-Q2*) os pacientes avaliam sua percepção/satisfação geral com a saúde. É sabido que quanto mais tempo o idoso vive, maior é o número de condições crônicas, a presença de fragilidade, comprometimento cognitivo e polifarmácia, fatores que diretamente podem causar maior incapacidade funcional (Ananthakrishnan et al., 2017).

Dada a crescente prevalência de DII no Brasil e o aumento gradual da população idosa, o conhecimento das ferramentas de avaliação de QV é uma pedra angular e tornou-se uma meta para um melhor atendimento aos pacientes com DII. O manejo da DII ainda é um desafio significativo devido à heterogeneidade e complexidade dos fenótipos da doença. Atualmente, o mundo enfrenta um fardo tanto na prevalência da DII como na população idosa, incluindo pacientes com DII recém-diagnosticados após os sessenta anos (Wang et al., 2023). A melhoria da QV tornou-se uma meta a ser buscada no tratamento de pacientes com DII, alterando propostas diagnósticas e terapêuticas (Turner et al., 2021).

Os dados relativos à QV em pacientes idosos com DII são escassos e divergentes. Até onde se sabe, este é o primeiro estudo brasileiro que avalia a QV em pacientes idosos com DII por dois questionários diferentes (ou seja, um questionário de QV geral e outro específico da doença), conforme recomendado por alguns autores (Drossman et al., 1989; Patrick; Deyo, 1989) para melhor capturar os diferentes aspectos que podem impactar a QV. Assim, frente ao exposto, este estudo tem como objetivo avaliar a QV em uma coorte de pacientes idosos com DII em remissão ou atividade leve.

2 REVISÃO DA LITERATURA

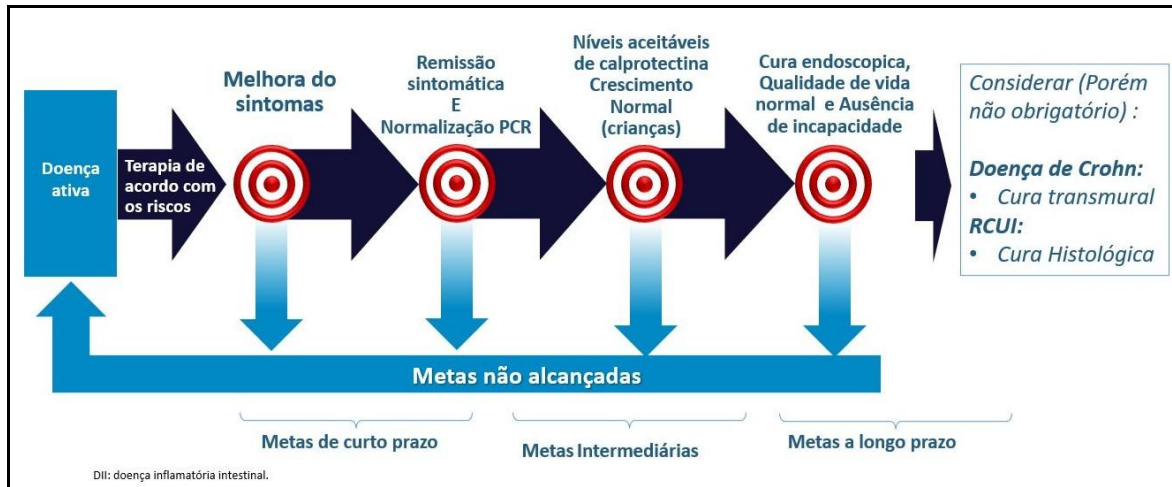
2.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

As DII englobam um grupo de doenças imunomediadas que se caracterizam por resposta inflamatória desproporcional e não controlada contra o próprio microbioma intestinal em indivíduos geneticamente predispostos (Guan, 2019). As DII, compreendendo principalmente a DC e a Retocolite Ulcerativa (RCU), são desordens crônicas, progressivas e incuráveis até o momento, as quais levam a substancial prejuízo da QV dos pacientes afetados, além de terem o potencial para ocasionarem dano estrutural ao intestino, perda da função, incapacidade e aumento nas taxas de hospitalizações e de cirurgias intestinais (Loftus Jr. et al., 2020). Essas doenças apresentam um perfil de incidência com picos entre a segunda e quarta décadas de vida (Velonias et al., 2017). Na literatura encontra-se evidências que sustentam um segundo pico por volta da sexta ou sétima década de vida (Sturm et al., 2017).

Historicamente, as DII são conhecidas pela humanidade há vários séculos, Hipócrates na Grécia Antiga já descrevia quadros de diarreia muco-pio-sanguinolenta inclusive já aventando a possibilidade de existirem mais de uma causa para tal enfermidade. Diversos outros autores durante o passar dos séculos descreveram quadros compatíveis com que se sabe hoje serem as DII. No entanto, somente no século XIX é que se tem o primeiro caso de RCU descrita por Samuel Wilks. Coube a Burril Bernard Crohn receber a homenagem por ter descrito a doença que posteriormente levaria seu nome. Esse artigo publicado em 1932 no *Journal of the American Medical Association* (JAMA) teve a colaboração de Leon Ginzburg e Gordon Oppenheimer e descrevia a “Enterite Regional”, sendo um marco inicial na compreensão da DC (Crohn; Ginzburg; Oppenheimer, 1932).

O melhor conhecimento fisiopatológico destas doenças levou a um melhor tratamento e, conseqüentemente, uma melhora na QV dos pacientes. Inicialmente o tratamento visava tão somente o controle dos sintomas; posteriormente, avançou-se no objetivo de cicatrizar a mucosa e, desta forma, mitigar as complicações de uma doença mal controlada. Finalmente, o alcance da melhora da QV do paciente passou a ser um objetivo a ser buscado, influenciando escolhas propedêuticas e terapêuticas (Calviño-Suárez et al., 2021; Imbrizi et al., 2023; Sturm et al., 2017; Turner et al., 2021) (Figura 1).

Figura 1 – Evolução dos alvos terapêuticos na DII



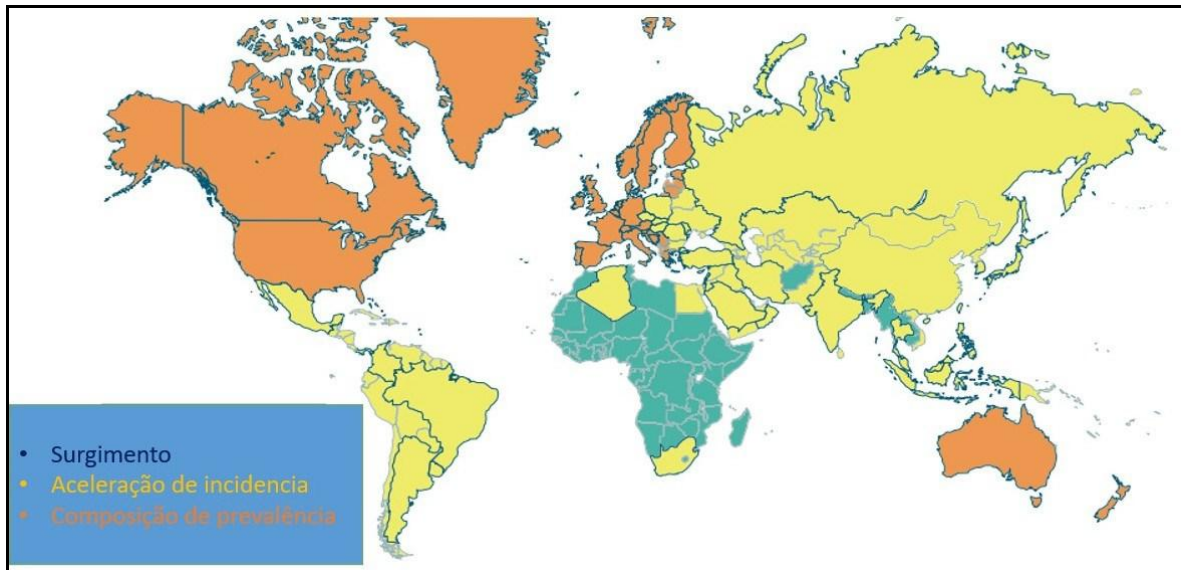
Fonte: Adaptada de Turner et al. (2021).

2.2 NOÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS DAS DII

As DII afetam com frequência semelhante homens e mulheres. Avaliando aspectos epidemiológicos, pode-se dividir a incidência e prevalência das DII em quatro estágios: o primeiro estágio é o emergente, caracterizado pelo surgimento de casos esporádicos. O segundo estágio seria a aceleração da incidência com um aumento substancial de casos com pouco impacto na prevalência; a seguir observa-se o surgimento do estágio de composição de prevalência onde nota-se uma estabilização dos números de casos novos. No último estágio no momento ainda apenas hipotético, a estabilização de prevalência, a taxa de incidência se equivaleria a taxa de mortalidade pela doença o que levaria a estabilização da prevalência (Kaplan; Windsor, 2021) (Figura 2).

O Brasil, embora careça de mais estudos epidemiológicos, estaria inserido globalmente na região de aceleração de incidência. Entretanto, dentro do território nacional encontra-se situações diferentes refletindo as desigualdades regionais, acesso desigual ao sistema de saúde e meios diagnósticos reforçando a ideia de que o processo de industrialização e de desenvolvimento da sociedade acompanha um aumento da incidência das DII (Brito et al., 2020).

Figura 2 – Estágios epidemiológicos das DII



Fonte: Modificada de Kaplan e Windsor (2021).

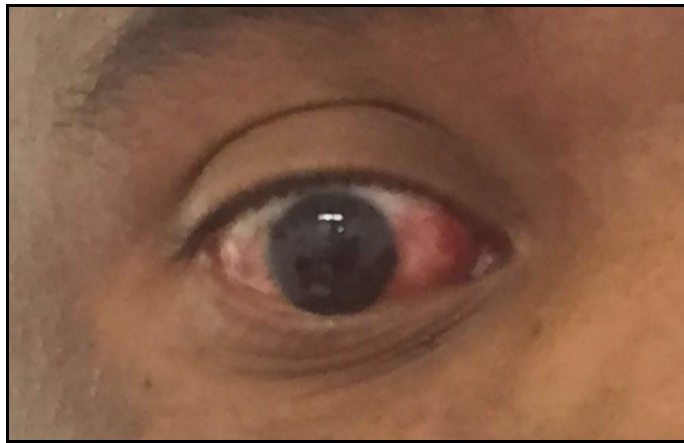
A etiologia destas doenças envolve uma predisposição genética com vários grupos de genes envolvidos, associados a estímulos de gatilho ambientais ainda não completamente compreendidos, tais como certos tipos de vírus, alimentos ou medicamentos. O mapeamento dos genes envolvidos nas DII tem sido crescentemente desvendado e a compreensão de suas ações no sistema imune aumentou o entendimento das vias de atuação destas condições clínicas. A importância de fatores como a microbiota intestinal e seu papel na regulação da resposta imunológica intestinal também lançou luz sobre o intrincado mecanismo fisiopatológico da doença intestinal. Fatores ambientais como a ingestão de certos grupos de alimentos e medicações, tabagismo, estresse e até procedimentos cirúrgicos como a apendicectomia podem alterar o equilíbrio imunológico do intestino e desencadear ou modular o comportamento das DII (Zhang; Li, 2014).

2.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICOS DAS DII

A DC pode comprometer todo o tubo digestivo podendo apresentar-se com fenótipos distintos (inflamatório, estenosante e penetrante). Por sua vez, a RCU atinge preferencialmente a mucosa do reto e cólon. Os sintomas mais comuns destas doenças são dor abdominal, a diarreia, sangramento retal, eliminação de muco junto com as fezes, perda de peso e manifestações extraintestinais como artralgias/artrites, eritema nodoso, pioderma gangrenoso, eplisclerite, uveíte, colangite esclerosante primária, dentre outras (Rogler et al.,

2014) (Figuras 3 a 5). Estas doenças podem apresentar-se com diferentes graus de intensidade e comum em casos mais graves sintomas de desnutrição nestes pacientes. Além da questão relacionada à própria doença, pacientes portadores da forma grave e por um período maior de tempo têm maiores chances de desenvolver neoplasias e precisam ser acompanhados de perto (Axelrad; Lichtiger; Yajnik, 2016).

Figura 3 – Episclerite



Fonte: Imagem cedida pela Dra. Liliana Chebli.

Figura 4 – Pioderma gangrenoso



Fonte: Imagem cedida pela Dra. Liliana Chebli.

Figura 5 – Eritema nodoso



Fonte: Imagem cedida pela Dra. Liliana Chebli.

O diagnóstico das DII é baseado em um conjunto de sintomas e sinais, associados a exames de imagem, laboratoriais, endoscópicos e histopatológicos. Parece razoável que pacientes que apresentem sinais e sintomas compatíveis com uma das DII, especialmente aqueles com diarreia crônica, sejam triados através da dosagem de marcadores inflamatórios séricos (especialmente, a proteína C-reativa) e marcadores fecais, como a calprotectina fecal ao mesmo tempo em que se afaste causas como parasitoses e colites infecciosas. A seguir, exames como colonoscopia a enterografia por tomografia ou ressonância magnética, além do estudo anatomopatológico do material obtido pela ileocolonoscopia, entre outros testes, auxiliam a definir o diagnóstico e estratificar a gravidade e atividade de doença (Lamb et al., 2019; Liu et al. 2022; M'koma, 2022).

O tratamento das DII evoluiu vertiginosamente nas últimas décadas graças aos conhecimentos acumulados da fisiopatologia e da evolução destas condições associados a importantes avanços da farmacologia, os quais permitiram não apenas o controle mais adequado dos sintomas, mas também a prevenção de complicações antes tidas como inevitáveis. O tratamento da DC e da RCU diferencia-se em vários aspectos, seja na condução clínica ou cirúrgica. De uma maneira geral, o desenvolvimento de nova molécula terapêutica e

manejos cirúrgicos permitiram uma melhora significativa na QV dos pacientes (Burri et al. 2020; Torres et al. 2020).

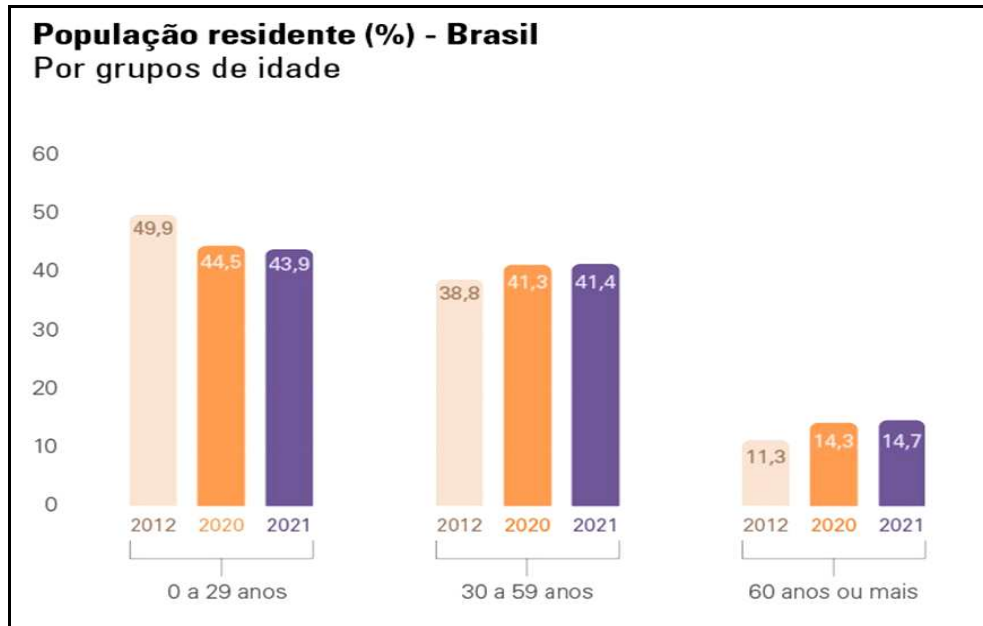
2.4 DII NO IDOSO

O processo de envelhecimento das populações, de uma forma geral, observado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento levou ao aumento da população de idosos e, conseqüentemente, requer dos profissionais de saúde que se qualifiquem para atender às particularidades desta população. Estudos dirigidos especificamente às populações de idosos indicam que é necessário o aprofundamento de aspectos da fisiologia, da polifarmácia relacionada às comorbidades que geralmente acompanham o processo de envelhecimento, e da importância de se fazer um atendimento holístico, visando como objetivo principal a melhora da QV destes pacientes (Ananthakrishnan et al., 2017; Papay et al., 2013).

Outro aspecto que deve ser ressaltado e que também pode explicar a dificuldade de comparar dados e trabalhos sobre o tema e que mesmo dentre o grupo de pacientes idosos com DII encontra-se uma divisão composta por pacientes que tiveram seu diagnóstico ainda jovem e que envelheceram com a doença. De outro lado, tem-se o grupo de pacientes que manifestaram a doença após a sexta década de vida (Lewis et al., 2008).

Os pacientes idosos representam um grande desafio no que diz respeito ao manejo das DII, seja por estarem geralmente sujeitos a outros tipos de comorbidades comuns na terceira idade, seja por apresentarem alterações em seu sistema imunológico. Esse grupo apresenta uma lacuna de conhecimento a ser preenchida visto que frequentemente são excluídos de estudos clínicos (Sturm et al., 2017). O crescimento contínuo da população idosa no Brasil foi demonstrado recentemente pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), sendo determinado o aumento do percentual de idosos de 11,3 em 2012 para 14,7 em 2021 (Figura 6). Este crescimento acompanha uma tendência observada em países em desenvolvimento, com a melhoria do tratamento e do acesso a saúde tornando as DII, doenças com baixas mortalidade. Assim, o paciente passa a conviver com a doença por mais tempo, de forma a impactar mais significativamente em aspectos de sua QV (Sivertsen et al., 2015). Alguns autores mostram ser necessário mais estudos para que se possa compreender melhor os aspectos específicos das DII no grupo da população composta pelos idosos (Papay et al., 2013; Velonias et al., 2017).

Figura 6 – Distribuição populacional brasileira



Fonte: Modificado de PNAD 2020-2021, IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/todos-os-produtos-estatisticas.html>

Soma-se a isto, conforme já ressaltado, as múltiplas comorbidades, comuns a estes pacientes e o elevado percentual de depressão encontrado nos pacientes idosos (Sivertsen et al., 2015). A avaliação da QV se torna então um desafio, pois precisa-se encontrar instrumentos devidamente validados que tenham a sensibilidade de captar as alterações na QV e consigam separar as alterações que possam decorrer de fatores como a depressão e as comorbidades e aquelas específicas das DII.

Considerando somente a idade cronológica, pode-se ainda incorrer no erro de comparar pacientes biologicamente diferentes, pois o processo de envelhecimento não é uniforme, doenças osteoarticulares e alterações no nível cognitivo podem ainda influir nas respostas dadas nos questionários. Alguns estudos que utilizaram questionários mais sensíveis no sentido de separar aspectos relacionados a capacidade física e mental dos pacientes idosos encontraram uma dicotomia, mostrando que o decréscimo da QV se deve mais a aspectos físicos que mentais (Velonias et al., 2017).

Nota-se então que é necessário mais estudos e instrumentos de avaliação da QV em pacientes idosos para que se possa responder melhor ao desafio de proporcionar melhor QV a este grupo importante de pacientes. A avaliação da QV em pacientes idosos com DII é um tema pouco discutido na literatura. Os trabalhos que se dedicam aos idosos frequentemente focam na apresentação clínica, em aspectos fenotípicos e na terapêutica (Leblanc et al., 2019).

Outro aspecto se refere ao fato dos idosos com DII se dividirem em dois grupos: os que desenvolveram DII após os sessenta anos e aqueles que apresentavam DII em uma idade mais jovem e envelheceram com a doença. Fatores como a depressão e outras condições próprias da idade podem influir nos resultados de QV. De fato, Velonias et al. (2017) verificaram que os pacientes idosos apresentam uma pontuação melhor nos questionários de QV quando se levava em conta aspectos mentais, porém apresentavam pior desempenho quando se avaliava os aspectos físicos da QV. Estes autores ressaltaram, como em outros trabalhos, o papel da atividade de doença como um forte fator impactando negativamente na QV.

Na especialidade, Ribeiro (2020, dados não publicados), avaliaram a QV em 126 pacientes idosos com DII (DC, 90 casos e RCU, 83 casos) por meio de dois questionários (IBDQ e WHOQOL-*bref*). Globalmente, a QV foi considerada boa, nos dois escores aplicados. Boa convivência com as DII foi observada em 78,6% dos pacientes avaliados pelo IBDQ e os fatores de maior impacto na QV foram atividade da doença e presença de sintomas como fadiga, astenia e insônia.

3 JUSTIFICATIVA

A incidência de DII, assim como a proporção de idosos na população brasileira vem aumentando. A QV tornou-se um alvo a ser buscado. Entretanto, para nosso conhecimento, não existe até o presente nenhuma publicação em nosso meio versando sobre o tema. Entender melhor o impacto da DII e de seu tratamento na QV do idoso é fundamental para adoção de possíveis intervenções em benefício dos pacientes.

A hipótese desta pesquisa é que pacientes com DII em atividade clínica leve apresentem pior QV comparada aos pacientes com DII em remissão e em controles sem DII.

4 OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida em uma coorte de pacientes idosos com doença inflamatória intestinal em atividade clínica leve ou em remissão.

5 METODOLOGIA

5.1 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFJF/Ebserh), conforme determinam a Resolução nº. 466/2012 e a Norma Operacional nº. 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº. 54679221.1.0000.5133, sendo aprovado sob o parecer nº. 5.210.480, em 05 de janeiro de 2022 (Anexo A).

Os pacientes e os voluntários que conviviam no mesmo ambiente ou em ambiente próximo aos pacientes foram informados dos objetivos da pesquisa e conscientizados que a participação seria voluntária e confidencial, e aqueles que concordaram em fazer parte do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

5.2 DESENHO E LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo prospectivo transversal realizado no Centro de Doenças Inflamatórias Intestinais do HU-UFJF/Ebserh, no período de 2019 a dezembro de 2022.

5.3 AMOSTRA

A amostra foi por conveniência, respeitando os seguintes critérios de inclusão e exclusão. Foram elegíveis para o estudo os pacientes ≥ 60 anos que apresentavam um diagnóstico prévio de DC ou RCU estabelecido por dados clínicos, laboratoriais, endoscópicos, imagem e/ou histopatológicos e acompanhados no Centro de DII por pelo menos três meses antes da data inicial da inclusão, com atividade leve da DII ou em remissão e que consentirem em participar da fase prospectiva. Para o grupo controle foram incluídos voluntários ≥ 60 anos que conviviam no mesmo ambiente ou em ambiente próximo aos pacientes. Os questionários do estudo foram aplicados a todos os pacientes idosos e voluntários que conviviam com os mesmos que compareciam ao ambulatório e concordavam em respondê-los.

5.4 COLETA DE DADOS

Na inclusão foram registrados dados sociodemográficos (idade, gênero, Índice de Massa Corporal [IMC] e tabagismo corrente), relacionados à doença (duração da DII em anos, tipo e localização da DII, fenótipo da DC conforme a classificação de Montreal, atividade da DII, história de cirurgia relacionada à DII, terapia atual para DII ou para outras condições e presença de comorbidades subjacentes (Apêndice B).

DC em atividade leve foi definida pelo escore no *Harvey-Bradshaw Index* (HBI, Índice de Harvey Bradshaw) de “5” a “7”, enquanto remissão clínica pelo HBI < 5 (Papay et al., 2013); atividade da RCU foi avaliada pelo escore parcial de Mayo de “9” itens. Este escore resulta das pontuações para as três categorias da pontuação total do Mayo (sangramento, frequência de evacuações e avaliação global do médico) sem o subescore endoscópico. RCU em atividade leve foi definida por um escore parcial de Mayo de “2” a “4” e remissão por um escore parcial ≤ 1 (Lewis et al., 2008). O HBI ≥ 8 para DC ou um escore parcial de Mayo > 4 para RCU foram considerados como atividade moderada a grave da DII.

Comorbidades foram avaliadas utilizando o CCI (Charlson et al., 1987, 2022) o qual foi calculado no momento da entrevista inicial através de um instrumento eletrônico disponível online (<https://www.mdcalc.com/calc/3917/charlson-comorbidity-index-cci>).

5.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Para a avaliação da qualidade de vida utilizou-se o WHOQOL-*bref* para pacientes e voluntários e o IBDQ para pacientes com DII. Ambos os questionários foram previamente traduzidos e validados na linguagem portuguesa (Fleck et al., 2000; Pontes et al., 2004). Os questionários foram aplicados durante a visita médica, logo após a aplicação do TCLE por pesquisadores previamente treinados para a aplicação dos mesmos.

Brevemente, o WHOQOL-*bref* é constituído de 26 perguntas cujas respostas podem variar de “1” a “5”, seguindo a escala de *Likert*, sendo que quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. As duas primeiras questões se referem a qualidade de vida geral e as 24 restantes se dividem em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck et al., 2000).

O IBDQ é composto por 32 questões, cada uma pontuando de “1” a “7” pontos, sendo que quanto maior a pontuação melhor a QV. O questionário também é dividido em domínios que incluem: sintomas intestinais, sintomas sistêmicos, aspectos sociais e aspectos emocionais. Os resultados de cada domínio são então somados fornecendo uma pontuação para cada domínio e, posteriormente, os valores dos domínios somados fornecem o valor final do IBDQ (Pontes et al., 2004).

5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Variáveis contínuas foram expressas como mediana e variação ou como média e desvio-padrão (\pm) quando normalmente distribuídas e frequências e percentagens foram empregadas para variáveis categóricas. Foram geradas estatísticas descritivas e distribuição de frequências para variáveis qualitativas e medidas de tendência central (média) e dispersão (\pm) para as variáveis métricas. Para as variáveis métricas foram realizados teste t pareado para amostras independentes e cálculo do coeficiente de correlação.

Após a avaliação da estatística descritiva, e tomando como base o questionário WHOQUOL-*brief* passamos a comparar os achados do grupos controle com DII.

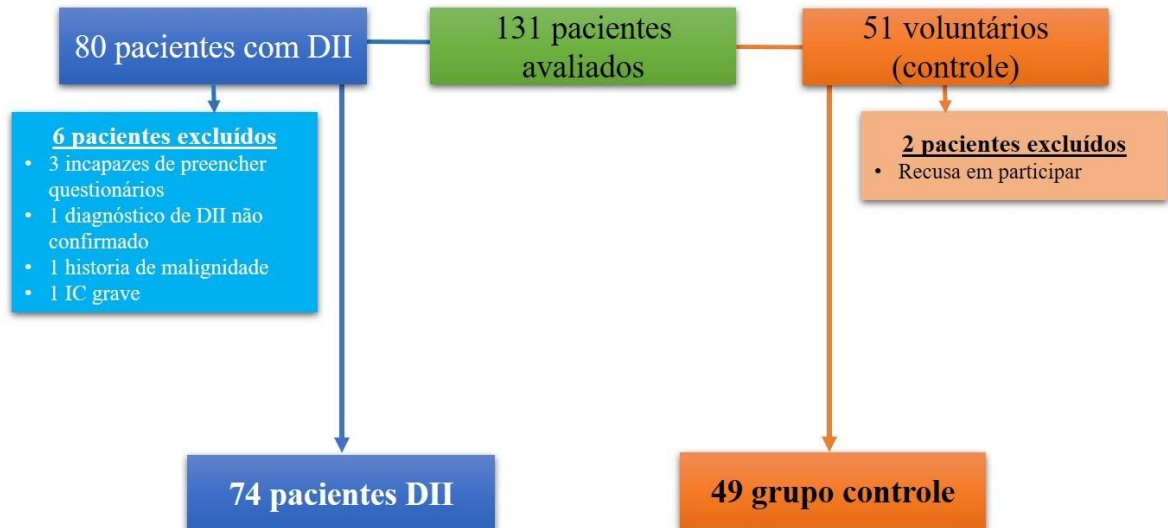
As análises para o questionário do IBDQ foram feitas comparando-se o grupo de pacientes em remissão e em atividade, assim como entre pacientes com RCU e DC. Em seguida realizamos as análises para os domínios do IBDQ comparando pacientes com DII em atividade e remissão. A possível associação entre as variáveis idade, gênero, IMC, duração da DII, fenótipo da DC, extensão da doença, terapia atual para DII, cirurgia prévia para DII, pontuação no CCI e a pontuação no IBDQ foi analisada através do teste t *Student*.

Para análise comparativa dos dados, os pacientes foram agrupados em três subgrupos: DII (DC ou RCU) em atividade, DII em remissão e controle. A análise estatística foi realizada usando o programa SPSS 22.0 (SPSS, Chicago IL, USA).

6 RESULTADOS

Avaliou-se prospectivamente 131 pacientes e, após aplicação dos critérios de exclusão, 123 pacientes foram incluídos no estudo, conforme mostra a Figura 7.

Figura 7 – Fluxograma de inclusão dos pacientes e voluntários no estudo



Legenda: DII (doença inflamatória intestinal); IC (insuficiência cardíaca)

Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

A média de idade foi de 67,02 (60-88 anos) e 56,9% (n = 70) eram do sexo feminino. A média do CCI foi de $3,56 \pm 1,56$ (variação: 1-9). Ambos os grupos (DII e controle) foram bem pareados com base nas características sociodemográficas e no CCI, conforme apresentado na Tabela 1. Pacientes com DII e controles apresentaram QV semelhante em todos os quatro domínios avaliados pelo questionário geral WHOQOL-*bref*. Por outro lado, quando a faceta geral da QV, composta pelas duas primeiras questões, foi examinada separadamente, percebeu-se um prejuízo significativo na QV dos pacientes com DII (Tabela 1). A primeira questão do WHOQOL-*bref* refere-se à percepção geral de QV de um indivíduo (WHOQOL-*bref*-Q1), e a segunda pergunta sobre sua percepção geral sobre sua saúde (WHOQOL-*bref*-Q2).

Tabela 1 – Médias (\pm) das características sociodemográficas basais da população estudada

Variáveis	Total n = 123	Controle n = 49	DII n = 74	p-valor
Idade (anos)	67,02 \pm 6,23	67,1 \pm 5,78	66,95 \pm 6,55	0,96
Sexo feminino; n (%)	70 (56,9)	28 (57,1)	42 (56,8)	0,86
IMC	26,84 \pm 5,26	27,6 \pm 5,62	26,38 \pm 5,01	0,23
CCI	3,56 \pm 1,56	3,84 \pm 1,75	3,38 \pm 1,40	0,11
WHOQOL-bref-Q1	3,83 \pm 0,79	4,02 \pm 0,62	3,71 \pm 0,87	0,021
WHOQOL-bref-Q2	3,46 \pm 1,02	3,69 \pm 0,94	3,32 \pm 1,05	0,035
Saúde física	13,47 \pm 2,93	13,64 \pm 3,27	13,36 \pm 2,70	0,613
Ficológico	14,51 \pm 2,77	14,70 \pm 3,01	14,38 \pm 2,60	0,540
Relacionamento social	14,36 \pm 3,18	14,13 \pm 3,30	14,52 \pm 3,12	0,513
Ambiental	13,98 \pm 2,24	14,11 \pm 2,29	13,90 \pm 2,22	0,614

Legenda: n (número na amostra); = (igual); % (percentual); DII (Doença Inflamatória Intestinal); IMC (Índice de Massa Corporal); CCI (Índice de Comorbidade de Charlson); WHOQOL-bref (Versão *bref* sobre Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde); IBDQ (Questionário de Doença Inflamatória Intestinal); \pm (desvio-padrão); WHOQOL-bref-Q1 (qualidade de vida geral); WHOQOL-bref-Q2 (saúde geral).

Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

Em relação às características da DII, houve discreto predomínio da DC (52,7%), sendo a doença ileocolônica (50,0%) e o comportamento estenosante (51,3%) os mais comuns. No grupo URC, pancolite foi relatada em 41,2% dos pacientes, seguida por proctite (35,5%) e colite esquerda (23,5%).

A idade média de diagnóstico foi de 51,2 anos (variação: 27-79), sendo a maioria DII de início na idade adulta (diagnóstico antes dos 60 anos), com apenas 28,2% representando DII de início em idosos. Pacientes com DII de início em idosos apresentaram mais comumente comportamento inflamatório quando comparados com DII de início em adultos (inflamatória 72,7% \times 18,5%; estenosante 27,3% \times 63,0%; penetrante 0% \times 18,5%; $p = 0,005$).

As características sociodemográficas, a duração da doença e o CCI foram semelhantes em pacientes com DC e RCU. Doença levemente ativa foi documentada em 31,1% dos pacientes e principalmente em pacientes com CU (44,1% CU \times 16,3% DC, respectivamente; $p = 0,038$). Não foi observado impacto na QV em relação ao tipo de doença (Tabela 2).

Tabela 2 – Médias (\pm) das características sociodemográficas e escores de WHOQOL-*bref* em pacientes com DII

Variáveis	Total n = 123	DC n = 49	CU n = 34	p-valor
Idade (anos)	66,95 \pm 6,55	66,46 \pm 5,81	67,49 \pm 7,33	0,505
Sexo feminino; n (%)	70 (56,9)	18 (36,7)	24 (70,5)	0,381
IMC	26,37 \pm 5,01	27,42 \pm 5,72	25,22 \pm 3,85	0,064
Duração da doença (anos)	15,86 \pm 11,82	15,4 \pm 1,75	16,3 \pm 2,19	0,740
Atividade da doença; n (%)	23 (31,1)	8 (16,3)	15 (44,1)	0,038
Cirurgia abdominal; n (%)	21 (28,4)	20 (40,8)	1 (2,9)	0,000
CCI	3,38 \pm 1,40	3,49 \pm 1,35	3,26 \pm 1,46	0,485
WHOQOL- <i>bref</i> -Q1	3,70 \pm 0,87	3,74 \pm 0,78	3,66 \pm 0,96	0,673
WHOQOL- <i>bref</i> -Q2	3,30 \pm 1,05	3,38 \pm 0,93	3,20 \pm 1,18	0,457
Saúde física	13,47 \pm 2,93	13,32 \pm 2,57	13,42 \pm 2,88	0,873
Ficológico	14,51 \pm 2,77	14,36 \pm 2,64	14,41 \pm 2,59	0,945
Relacionamento social	14,36 \pm 3,18	14,49 \pm 2,70	14,55 \pm 3,57	0,939
Ambiental	13,98 \pm 2,24	13,73 \pm 1,88	14,09 \pm 2,56	0,495
Pontuação total IBDQ	162,11 \pm 40,26	161,2 \pm 38,6	163,1 \pm 42,6	0,840
Sintomas intestinais	53,91 \pm 13,04	54,3 \pm 12,3	53,5 \pm 13,98	0,809
Sintomas sistêmicos	23,68 \pm 7,39	23,7 \pm 7,51	23,6 \pm 7,36	0,934
Função emocional	59,14 \pm 16,97	59,6 \pm 15,6	58,6 \pm 18,6	0,799
Função social	26,72 \pm 7,48	26,1 \pm 6,7	27,4 \pm 8,3	0,460

Legenda: n (número na amostra); = (igual); DC (Doença de Crohn); CU (Colite ulcerativa); \pm (desvio-padrão); % (percentual); IMC (Índice de Massa Corporal); CCI (Índice de Comorbidade de Charlson); WHOQOL-*bref*-Q1 (qualidade de vida geral); WHOQOL-*bref*-Q2 (saúde geral); IBDQ (Questionário de Doença Inflamatória Intestinal).

Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

Não houve diferença entre os pacientes com DII em atividade ou em remissão quanto às características sociodemográficas, duração da doença e CCI. Por outro lado, a doença levemente ativa impactou negativamente o estado geral de saúde ($2,91 \pm 0,99 \times 3,47 \pm 1,04$, respectivamente; $p = 0,035$) e o domínio físico do WHOQOL-*bref* ($12,27 \pm 2,63 \times 13,86 \pm 2,61$; $p = 0,019$) quando comparado aos pacientes em remissão (Tabela 3).

Tabela 3 – Médias (\pm) das características dos pacientes com DII de acordo com a atividade da doença no início do estudo

Variáveis	Total DII n = 74	DII ativa n = 23	DII quiescente n = 51	p-valor
Idade (anos)	66,95 \pm 6,55	65,13 \pm 6,51	67,76 \pm 6,46	0,110
Sexo feminino; n (%)	42 (60)	14 (33,3)	28 (66,7)	0,630
IMC	26,37 \pm 5,01	27,95 \pm 6,4	25,7 \pm 4,1	0,151
Duração da doença (anos)	15,86 \pm 11,82	15,04 \pm 11,32	16,2 \pm 11,9	0,691
CCI	3,38 \pm 1,40	3,74 \pm 1,3	3,22 \pm 1,3	0,138
WHOQOL- <i>bref</i> -Q1	3,38 \pm 1,40	3,61 \pm 0,98	3,75 \pm 0,82	0,537
WHOQOL-<i>bref</i>-Q2	13,89 \pm 2,14	2,91 \pm 0,99	3,47 \pm 1,04	0,035
Saúde física	13,47 \pm 2,93	12,27 \pm 2,63	13,86 \pm 2,61	0,019
Ficológico	14,51 \pm 2,77	14,43 \pm 2,42	14,36 \pm 2,70	0,920
Relacionamento social	14,36 \pm 3,18	14,66 \pm 3,38	14,45 \pm 3,03	0,792
Ambiental	13,98 \pm 2,24	14,04 \pm 2,21	13,83 \pm 2,24	0,717
Pontuação total IBDQ	162,11 \pm 40,26	152,57 \pm 38,81	166,41 \pm 40,53	0,173
Sintomas intestinais	53,9 \pm 13,04	50,48 \pm 12,70	55,45 \pm 13,02	0,130
Sintomas sistêmicos	23,68 \pm 7,39	21,57 \pm 7,19	24,63 \pm 7,34	0,099
Função emocional	53,91 \pm 13,04	55,35 \pm 17,52	60,84 \pm 16,60	0,199
Função social	23,68 \pm 7,39	25,17 \pm 8	27,41 \pm 7,22	0,236

Legenda: DII (Doença Inflamatória Intestinal); n (número na amostra); = (igual); \pm (desvio-padrão); % (percentual); IMC (Índice de Massa Corporal); CCI (Índice de Comorbidade de Charlson); WHOQOL-*bref*-Q1 (qualidade de vida geral); WHOQOL-*bref*-Q2 (saúde geral); IBDQ (Questionário de Doença Inflamatória Intestinal).

Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

7 DISCUSSÃO

A discussão deste estudo está apresentada no formato de artigo que foi submetido ao periódico *Arquivos de Gastroenterologia* – ISSN: 0004-2803 (Qualis B1)

Arquivos de Gastroenterologia



Assessment of Quality of life in elderly patients with inflammatory bowel disease with mild activity and in clinical remission

Journal:	<i>Arquivos de Gastroenterologia</i>
Manuscript ID:	AG-2024-0017
Manuscript Type:	Original Article
Areas of Expertise:	Quality of life, inflammatory bowel disease, elderly

SCHOLARONE™
Manuscripts

João Baptista de Paula Fraga¹ ORCID: 0000-0001-9753-0128, Alexandre Ferreira Oliveira² ORCID: 0000-0002-7500-6752, Tarsila Campanha da Rocha Ribeiro³ ORCID: 0000-0002-4885-3067, Lucélia Paula Cabral Schmidt³ ORCID: 0000-0002-1209-5313, Gabriela Teixeira da Silva³ ORCID: 0000-0003-32416820, Julio Maria Fonseca Chebli³ ORCID: 0000-0003-1527-0663

¹ Division of Colorectal Surgery of the Hospital Therezinha de Jesus, Juiz de Fora, Brasil

² Department of Surgery, Federal University of Juiz de Fora, Brazil

³ Division of Gastroenterology, Department of Medicine, Inflammatory Bowel Diseases Center, University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora, University of Juiz de Fora, Brazil

Author Contributions

J.B.P.F., A.F.O., T.C.R.R., L.P.C.S., G.T.S. and J.M.F.C. contributed equally to the conception and/or design of this work, data acquisition, and analysis, the first draft, critical comments, and final approval of the version to be submitted.

The authors declare they have NO affiliations with or involvement in any organization or entity with any financial or non-financial interest in the subject matter or materials discussed in this manuscript that could have influenced the outcome.

The authors declare that they did not use Artificial Intelligence to prepare the text

Corresponding author: João Baptista de Paula Fraga

E-mail: joao.fraga1973@gmail.com

1
2 **Assessment of quality of life in elderly patients with inflammatory bowel disease with mild**
3 **activity and in clinical remission**
4
5

6
7 **ABSTRACT – Background:** Inflammatory bowel disease (IBD), represented by Crohn's disease
8 (CD) and ulcerative colitis (UC), is a chronic condition that affects all age groups, predominantly in
9 young individuals. Currently, an increase in the prevalence of IBD has been documented, in parallel
10 with the increase in the elderly population. The scarce number of studies that better characterize the
11 impact of IBD on Quality of Life (QoL) in the elderly motivated the present study. Objective: To
12 evaluate the impact of IBD on the QoL of elderly people treated at a Tertiary IBD Center. Methods:
13 Prospective cross-sectional study that included elderly patients (age ≥ 60 years) with quiescent or
14 mildly active IBD treated at the HU-UFJF IBD Center between March 2019 and December 2022.
15 Elderly companions without severe comorbidities who attended the consultation with the patients
16 were included as a control group. Sociodemographic and IBD-related characteristics were recorded.
17 QoL was assessed using previously validated questionnaires (WHOQOL-BREF and IBDQ). Patients
18 with IBD with moderate to severe activity, history of recent or imminent hospitalization, serious or
19 opportunistic infections in the last six months, previous neoplasia, dementia, and difficulty
20 understanding/fulfilling the questionnaires were excluded. Results: 123 patients were included (74
21 with IBD and 49 in the control group), with a mean age of 67 ± 6.2 years, 52.7% with CD, and 47.3%
22 with UC. Mild disease activity was observed in 31.1%. Both groups (IBD patients and control) were
23 comparable based on age, sex, BMI, and the Charlson Comorbidity Index. Patients with IBD and
24 controls had similar QoL scores in the different domains assessed by the WHOQOL-BREF. On the
25 other hand, when evaluating the general facet of QoL, IBD patients had significantly lower scores in
26 General QoL (3.71 ± 0.87 versus 4.02 ± 0.62 , respectively; $p=0.021$) and General Health ($3.32 \pm$
27 1.05 versus 3.69 ± 0.94 , respectively; $p=0.035$). The presence of mildly active IBD negatively
28 impacted the general health score (2.91 ± 0.99 versus 3.47 ± 1.04 , respectively; $p=0.035$) and the
29 physical domain of the WHOQOL-BREF (12.27 ± 2.63 versus 13.86 ± 2.61 , respectively; $p=0.019$)
30 when compared to patients in remission. Conversely, no impact on QoL was observed with the
31 Application of the IBDQ questionnaire regarding the type of the disease (161 ± 38.5 versus $163.1 \pm$
32 42.6 for CD and UC, respectively; $p=0.84$) or the presence of activity (152.5 ± 38.8 versus $166.4 \pm$
33 40.5 , respectively; $p=0.17$). Conclusion: No statistically significant differences were found between
34 elderly patients with mildly active or quiescent IBD and elderly patients without IBD when observing
35 global QoL scores. However, IBD negatively impacted the general facet of QoL, just as mild activity
36 was associated with lower scores in general health and the physical domain assessed by the
37 WHOQOL-BREF. Future studies are needed to choose the most appropriate tool for assessing QoL
38 in this population.
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57

58 **Keywords:** Quality of life; inflammatory bowel disease; elderly.
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

RESUMO – Contexto: Doença inflamatória intestinal (DII), representada pela Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RCU), é uma condição crônica e progressiva que afeta todas as faixas etárias, embora predomine em indivíduos jovens. Atualmente, tem sido documentado um aumento na prevalência de DII, de forma paralela ao aumento da população idosa. O escasso número de estudos que melhor caracterizem o impacto da DII na Qualidade de Vida (QV) em idosos motivou o presente estudo. **Objetivo:** Avaliar o impacto da DII na QV de idosos atendidos em um Centro Terciário de DII. **Métodos:** Estudo prospectivo transversal que incluiu pacientes idosos (idade ≥ 60 anos) com DII, atendidos pelo Centro de DII do HU-UFJF, entre março de 2019 a dezembro de 2022, e que apresentavam remissão clínica ou atividade leve de doença. Acompanhantes idosos sem comorbidades graves que compareceram à consulta com os pacientes foram incluídos como grupo controle. Foram registradas características sociodemográficas e relativas a DII. A QV foi avaliada por meio de questionários previamente validados (WHOQOL-BREF e IBDQ). Pacientes com DII com atividade moderada a grave, história de hospitalização recente ou iminente, infecções graves ou oportunistas nos últimos seis meses, neoplasia prévia, demência, dificuldade de compreensão/ preenchimento dos questionários foram excluídos. **Resultados:** Foram incluídos 123 pacientes (74 com DII e 49 no grupo controle), com idade média de $67 \pm 6,2$ anos, sendo 52,7% com DC e 47,3% com RCU. Atividade leve da doença foi observada em 31,1%. Ambos os grupos (pacientes com DII e controle) foram comparáveis com base na idade, sexo, IMC e Índice de Comorbidade de Charlson. Pacientes com DII e controle apresentaram escores de QV similares nos diferentes domínios avaliados pelo WHOQOL-BREF. Por outro lado, quando avaliada a faceta geral de QV, pacientes com DII apresentaram escores significativamente menores na QV geral ($3,71 \pm 0,87$ versus $4,02 \pm 0,62$, respectivamente; $p=0,021$) e na Saúde Geral ($3,32 \pm 1,05$ versus $3,69 \pm 0,94$, respectivamente; $p=0,035$). A presença de atividade leve impactou negativamente nos escores de saúde geral e de domínio físico do WHOQOL-BREF quando comparados com pacientes em remissão ($2,91 \pm 0,99$ versus $3,47 \pm 1,04$, respectivamente; $p=0,035$ e $12,27 \pm 2,63$ versus $13,86 \pm 2,61$, respectivamente; $p=0,019$). Não foi observado impacto na QV com a aplicação do questionário IBDQ no que se refere ao tipo de DII ($161 \pm 38,5$ versus $163,1 \pm 42,6$ para DC e RCU, respectivamente; $p=0,84$) ou a presença de atividade ($152,5 \pm 38,8$ versus $166,4 \pm 40,5$, respectivamente; $p=0,17$). **Conclusão:** Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre pacientes idosos com DII em atividade leve ou quiescente e pacientes idosos sem DII quando observados os escores globais de QV. Porém, a DII impactou negativamente a faceta geral de QV, assim como a presença de atividade leve esteve associada a menores escores na saúde geral e no domínio físico avaliado pelo WHOQOL-BREF. Estudos futuros são necessários para escolha de ferramenta mais adequada para avaliação de QV nessa população.

Palavras-chave: qualidade de vida; doenças inflamatórias intestinais; idosos.

INTRODUCTION

Inflammatory bowel disease (IBD) encompasses a group of immune-mediated diseases that are characterized by a disproportionate and uncontrolled inflammatory response to environmental factors and an altered gut microbiome in genetically predisposed individuals⁽¹⁾. IBD, mainly comprising Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC), present a chronic course, often debilitating with a relapsing-remitting course that has the potential to cause structural damage to the intestine, loss of function, increased rates of hospitalizations, and morbimortality⁽²⁾. These diseases can affect people at any age but have an incidence profile that peaks between the second and fourth decades of life.^(2,3)

The Global Burden of Disease Study, a systematic worldwide epidemiological study, demonstrated that IBD accounted for 3.32 million estimated cases in 1990 and 4.90 million cases in 2019, reflecting an increase of 47,4% in this period ⁽⁴⁾. Although data from epidemiological studies regarding the incidence and prevalence in Brazil are scarce and heterogeneous, Kotze et al. published a systematic review of all the available data from Latin American studies. They found that when only Brazilian studies were analyzed together, we could also observe a similar trend to the worldwide scenario, with a steady increase in IBD prevalence over the last decades.⁽⁵⁾ Likewise, Kappelman et al. reported in a US cohort an increase in IBD in the elderly, with 214 per 100,000 CD and 315 per 100,000 UC patients greater than 60 years.⁽⁶⁾

The aging process of the population observed in developed and developing countries has increased the elderly population. Moreover, the occurrence of a second peak for IBD diagnosis around the sixth or seventh decade is being well documented.⁽⁷⁾ Currently, about 25%-35% of the IBD population is over the age of 60 years.⁽⁸⁾ Furthermore, elderly patients represent a significant challenge regarding the management of IBD, either because there is not enough knowledge about the disease course in this population, the presence of several comorbidities, or even the immunosenescence related to aging ^(9,10). Studies focusing on elderly populations indicate the need for better comprehension of age-related physiological processes, management of multiple comorbidities, and the polypharmacy that generally accompanies geriatric patients.

The relapsing-remitting course of IBD, as well as its debilitating nature, exposes patients to a wide variety of symptoms such as chronic diarrhea, abdominal pain, anemia, or even surgical consequences (e.g., ostomy, surgical scars, intestinal resection), negatively impacting their well-being and Quality of life (QoL). The importance of targeting endoscopic mucosal healing is currently in parallel with the normalization of QoL as a treatment goal

1 highlighted by The Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE-
2 II) initiative of the International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases.
3
4

5 (9)

6
7 Several structured questionnaires have been used to assess QoL in IBD patients,
8 with the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) being the most widely used.
9 Therefore, assessing QoL in elderly patients can be troublesome because their definitions
10 and perspectives of QoL can vary in this subgroup of patients. Added to this, as highlighted
11 before, the multiple comorbidities that elderly patients are exposed to and the high incidence
12 of depression can negatively impact their QoL.⁽¹¹⁾ Assessing QoL then becomes a challenge,
13 as we need to find an adequate and validated instrument with enough accuracy to capture
14 all those aspects of QoL related to the aging process and differentiate them from those
15 related to IBD features.
16
17
18
19
20
21

22 Some studies that used more sensitive questionnaires to separate aspects related to
23 the physical and mental capacity of elderly patients found a dichotomy, showing that the
24 decrease in QoL could be more related to physical than mental aspects⁽¹²⁾. Besides that,
25 there is some heterogeneity in this subgroup of patients since two different patterns can be
26 defined: those who developed IBD after the age of 60 (elderly-onset IBD) and those who
27 had been dealing with the disease since a young age (adult-onset IBD). Those two
28 presentations can have different characteristics, behaviors, and natural history.^(7,13)
29
30
31
32

33 Given the increasing prevalence of IBD in Brazil and the gradual increase in the
34 elderly population, awareness of QoL assessment tools is a cornerstone and has become a
35 target for better care of IBD patients. However, to our knowledge, no study evaluating QoL
36 in elderly Brazilian patients with IBD has been published. Therefore, the present study aims
37 to evaluate QoL in a cohort of elderly patients with IBD in remission or mild activity.
38
39
40
41
42
43
44

45 METHODS

46 Study design and population

47 This prospective cross-sectional study was conducted at the Center for Inflammatory
48 Bowel Diseases of the University XXX between March 2019 and December 2022. The
49 convenience sample consisted of IBD patients aged 60 years or older and a control group
50 composed of elderly volunteers (≥ 60 years) with no severe comorbidities and lived in the
51 same environment or an environment close to the patients. The diagnosis of CD or UC was
52 previously established by clinical, laboratory, endoscopic, imaging, and/or histopathological
53 data, and patients should be followed in our Service for at least three months before
54
55
56
57
58
59
60

1
2 inclusion. The exclusion criteria were moderately to severely active IBD at baseline, history
3 of recent (within six months) or imminent hospitalization for any reason, serious or
4 opportunistic infections (within the last six months), previous cancer (exception for non-
5 melanoma skin cancer), underlying severe comorbidity, dementia or difficulty
6 understanding/completing the questionnaires.
7

8
9
10
11 The present study complies with the Declaration of Helsinki and was submitted to and
12 approved by the Research Ethics Committee (CEP) of the XXX under number 3.132.561.
13 Before being included in the study, all patients filled out the Informed Consent Form and
14 agreed to participate.
15
16
17

18 19 **Demographic and disease-related characteristics**

20
21 At entry, after assessing the eligibility criteria, patients' medical history, gender, and
22 comorbidities were recorded. The disease-associated variables documented were the type
23 of the disease (CD versus UC), duration and disease extension, disease behavior according
24 to the Montreal classification, age of diagnosis, previous intestinal surgery and current IBD
25 therapy. The clinical indices, Harvey-Bradshaw Index (HBI) and Mayo Partial Score (MPS),
26 were used to quantify CD and UC activity, respectively. Thus, an HBI score below five and
27 an MPS equal to or less than one indicated remission. Mild activity was determined if
28 patients presented with an HBI between 5-7 points or an MPS 2-4. Those who presented
29 with higher scores in any of the indices used (HBI/MPS) were excluded because of moderate
30 to severely active IBD.
31
32

33
34 For the Charlson Comorbidity Index calculation patients were asked about previous or
35 current histories of comorbidities such as COPD, HF, CKF, peripheral vascular disease, and
36 myocardial infarction during the clinical interview. The score and estimated survival were
37 calculated using an online calculator (<https://www.mdcalc.com/calc/3917/charlson-comorbidity-index-cci>).
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47

48 49 **Quality of life assessment**

50
51 To assess QoL, the WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Brief
52 Version), a short and validated version of WHOQOL-100, was applied for both groups
53 (patients and controls). Briefly, the WHOQOL-BREF consists of 26 questions whose
54 answers can range from 1 to 5, following the Likert scale, with a higher score meaning a
55 better QoL. The first two questions refer to a general facet of QoL; the remaining 24
56 questions are divided into four domains: physical health, psychological health, social
57 relationships, and environment. Moreover, a specific instrument most frequently used to
58
59
60

1 capture disease-specific aspects of QoL in patients with IBD was also applied to this specific
2 group. The IBDQ contains 32 questions that comprise four domains: intestinal symptoms,
3 systemic symptoms, and social and emotional aspects. The results from each domain are
4 then added together, with scores ranging from 32 to 224, with higher scores implying better
5 QoL. Both questionnaires were previously translated and validated into Portuguese (14,15).
6 The questionnaire application occurred shortly after the medical interview by previously
7 trained researchers.
8
9
10
11
12
13

14 15 16 **Statistical analysis**

17 Continuous variables were expressed as median and range or as mean \pm standard
18 deviation (SD) when normally distributed. Categorical variables were described as
19 frequencies and percentages. Descriptive statistics and frequency distribution were
20 generated for qualitative variables, central tendency measures (mean), and metric variables'
21 dispersion (standard deviation). For variable metrics, paired t-tests for independent samples
22 were used. After evaluating the descriptive statistics, we began comparing the findings of
23 the control group with those of the IBD group based on the WHOQOL-BREF questionnaire.
24
25
26
27
28
29

30 The analyses for the IBDQ questionnaire compared the group of patients with IBD in
31 remission and activity and among the type of the disease (UC versus CD). We then analyzed
32 the IBDQ domains. The statistical analysis was done using the SPSS 22.0 program (SPSS,
33 Chicago, IL, USA). For comparison, the level of statistical significance was set at $P < 0.05$,
34 and all reported P-values are 2-tailed.
35
36
37
38

39 40 **RESULTS**

41
42
43 We prospectively evaluated 131 patients, and after applying the exclusion criteria,
44 123 patients were included in the study, as shown in Figure 1. The mean age was 67.02
45 (60-88 years), and 56.9% (n=70) were female. The mean Charlson comorbidity index was
46 3.56 ± 1.56 (range: 1-9). Both groups (IBD and control) were well-matched based on
47 sociodemographic characteristics and Charlson comorbidity index, as presented in Table 1.
48 Patients with IBD and controls had similar QoL in all four domains evaluated by the general
49 QoL questionnaire WHOQOL-BREF. Conversely, when the General facet of QoL,
50 composed of the two first questions, was examined separately, a significant impairment in
51 QoL of IBD patients could be noticed (Table 1). The first question of WHOQOL-BREF refers
52 to an individual's overall perception of QoL, and the second one asks about their overall
53 perception of their health.
54
55
56
57
58
59
60

1
2 Regarding IBD features, there was a slight predominance of CD (52.7%), with
3 ileocolonic disease (50%) and stricturing behavior (51.3%) being the most common. In the
4 UC group, pancolitis was reported in 41.2% of patients, followed by proctitis (35.5%) and
5 left-sided colitis (23.5%; Figure 2). The mean age of diagnosis was 51.2 years (range: 27-
6 79), with most of them adult-onset IBD (diagnosis before 60 years old), with only 28.2%
7 representing elderly-onset IBD. Patients with elderly-onset IBD presented more commonly
8 with inflammatory behavior when compared to adult-onset IBD (inflammatory 72.7% versus
9 18.5%; stricturing 27.3% versus 63%; penetrating 0% versus 18.5%; p: 0,005)

10 Sociodemographic characteristics, disease duration, and Charlson Comorbidity index
11 were similar in CD and UC patients. Mildly active disease was documented in 31.1% of
12 patients and mainly in UC patients (44.1% UC versus 16.3% CD, respectively; p=0.038). No
13 impact on QoL regarding the disease type was observed (Table 2). There was no difference
14 between patients with IBD in activity or remission regarding the sociodemographic
15 characteristics, disease duration, and Charlson Comorbidity index (Table 3). Conversely,
16 mildly active disease negatively impacted the General health (2.91 ± 0.99 versus $3.47 \pm$
17 1.04 , respectively; p=0.035), and the WHOQOL-BREF physical domain (12.27 ± 2.63 versus
18 13.86 ± 2.61 ; p=0,019) when compared to patients in remission.

32 DISCUSSION

33
34
35
36
37 The management of IBD is still a significant challenge due to the heterogeneity and
38 complexity of the disease's phenotypes. Currently, the world is facing a burden in both IBD
39 prevalence and the elderly population, including newly diagnosed IBD patients after the age
40 of 60. (4). Improving Quality of life has become a target to be sought in treating IBD patients,
41 changing diagnostic and therapeutic proposals. (9). The data regarding QoL in elderly IBD
42 patients are scarce and divergent. To the best of our knowledge, this is the first Brazilian
43 study that evaluates QoL in elderly IBD patients assessed by two different questionnaires
44 (i.e., one general and other disease-specific questionnaire of QoL) as recommended by
45 some authors to capture better the different aspects that can impact QoL. (16,17,18) Patients
46 with IBD and controls had similar QoL in all four domains evaluated by the general QoL
47 questionnaire. Conversely, the negative impact on QoL of elderly IBD patients could be
48 noticed when the general facet of QoL, represented by overall QoL and General Health,
49 were analyzed separately by the WHOQOL-BREF (Table 1). Furthermore, even mild
50 disease activity also negatively impacted both general health and the physical domain of the
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2 WHOQOL-BREF (Table 3), supporting the importance of achieving complete remission of
3 IBD to improve QoL.
4

5 The burden on the elderly population raises a discussion about their needs and the
6 necessity of a better knowledge of the aging process and its physiopathology, as well as a
7 great demand for the management of age-related health conditions. To promote healthy
8 aging, it is cumbersome to look at the elderly integrally, considering all the variables of
9 geriatric care with evaluation and intervention in their QoL. This could be even more
10 challenging due to the comorbidities that accompany the aging process, the association with
11 depressive symptoms, and socioeconomic conditions^(8,11,12). Understanding and measuring
12 how comorbidities can truly affect an individual's life in older age makes the finding of a
13 consistent and quantifiable tool of measurement of comorbidities critical, and several
14 comorbid illness scales have been proven suitable for identifying subgroups of more
15 vulnerable elderly patients. The CCI score is a well-validated score derived from internal
16 medicine patients that estimates one-year mortality^(19,20,21). We compared the CCI scores
17 from IBD patients to the control group and did not find a significant difference, nor did the
18 sociodemographic characteristics, which make both groups well-matched. Thus, in the
19 present study, given the low CCI score presented by IBD patients and controls, it is very
20 likely that underlying comorbid diseases had a low impact on the assessment of QoL in this
21 cohort.
22

23 The WHOQOL-BREF is a general questionnaire for the assessment of QoL
24 previously validated by Fleck et al. that demonstrated good validity and reliability in Brazilian
25 population⁽¹⁴⁾ and in the elderly population⁽²¹⁾. Although there was no significant difference
26 in the four domains analyzed by the WHOQOL-BREF (physical health, psychological health,
27 social relationships, and environment), both aspects of the general facet were compromised
28 in IBD patients. The general facet of WHOQOL-BREF is composed of the two first questions
29 of a general nature that, despite being part of the global score, stratify the population in
30 terms of their perceptions regarding QoL and general health. The first question assesses
31 how the patients rate their Quality of life (labeled "Overall QoL"), and the second evaluates
32 their general health perception/satisfaction. It is well known that the longer the elderly live,
33 the greater the number of chronic conditions, the presence of frailty, cognition impairment,
34 and polypharmacy, factors that directly can cause greater functional disability⁽²²⁾. While
35 several studies had previously demonstrated a lower QoL in female IBD patients and pointed
36 out the possible effect of psychological factors associated with this finding, we could not
37 observe this^(23,24). Koseki and colleagues evaluated the possible factors that could impact
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2 QoL in 45 IBD patients and did not find any relationship between female gender and worse
3 QoL ⁽²⁵⁾ what agreed with our finding and previous studies ^(26,27)

4
5 Currently, about 25%-35% of the IBD population is over the age of 60 years, and two
6 different subgroups with possible distinct behaviors are recognized: elderly-onset IBD (15%)
7 and adult-onset IBD. In our cohort, only 30,6 % ⁽²¹⁾ were diagnosed after 60 years, and the
8 mean disease duration was 15.86 ± 11.82 years. Regarding IBD in the elderly population,
9 several studies have evaluated the demographic characteristics of this subgroup of patients
10 and pointed out some particularities, such as the disease location (e.g., CD predominance
11 in the colon and left-sided colitis in UC), surgery requirement, and hospitalization rates ⁽⁸⁾
12 Although we did not find any difference regarding the disease extension or activity, we could
13 notice some features previously described in the literature. In the present cohort, patients
14 with elderly-onset IBD presented predominantly with inflammatory behavior as opposed to
15 the structuring predominance in adult-onset IBD patients (inflammatory 72.7% versus 18.5%
16 and stricturing 63% versus 27.3; respectively; $p=0.005$). The predominance of stricturing
17 behavior could explain the highest rate of abdominal surgery observed in CD patients, and
18 mostly in adult-onset IBD patients (38% versus 9.1%; $p= 0.013$). Previous studies have also
19 pointed out the more frequent occurrence of surgery in CD patients, even in elderly-onset
20 IBD. ⁽²⁸⁾

21
22 The QoL evaluated both by the general WHOQOL-BREF or IBDQ did not show any
23 impact on QoL on their distinct domains related to the type of IBD (CD versus UC), as
24 previously documented by Cohen D et al. ⁽²⁹⁾

25
26 In our cohort, mild disease activity was observed in 31.1%, and this was more
27 frequent in UC (65.2 % versus 34.8%; $p=0.038$), which could explain the risk of IBD-related
28 hospitalization being documented more frequently in UC than CD patients, mostly in elderly
29 IBD patients ^(22,30). Nevertheless, it is noteworthy to consider the difficulties in differentiating
30 if this could be explained by a more aggressive course of the disease in this subgroup of
31 patients exposed to a chronic state of low-grade inflammation secondary to an increase of
32 pro-inflammatory cytokines or to undertreatment due to the afraid of potential side effects of
33 the therapeutic options. ^(7,31,32,33)

34
35 Several studies have highlighted the impact of disease activity in QoL in IBD
36 patients ^(25,34,35). In a Brazilian study, Parra and collaborators evaluated 407 IBD patients in
37 a multicenter cross-sectional study. They observed that moderate to severe IBD activity,
38 mostly among CD patients, can negatively impact the QoL of these patients. ⁽³⁶⁾ Although
39 we found no impairment in QoL of patients with mildly active disease when the IBDQ
40 questionnaire was applied, we noticed that those with mild disease activity had impaired
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2 general health and lower scores in the physical domain of WHOQOL-BREF. We could
3 hypothesize that the absence of impairment in the domains evaluated by the IBDQ could be
4 explained by the fact that we restricted the disease activity to only those who presented with
5 mild activity. This fact could have mitigated the impact of intestinal inflammation and its
6 accompanying symptoms on quality of life when assessed by the IBDQ, mostly in the
7 intestinal symptoms domains that are frequently documented as compromised in these
8 patients⁽¹²⁾. It is notable to point out the data demonstrated by Figueira et al., that highlighted
9 that elderly people tend to perceive their QoL more positively, which can explain our results.
10 Is well known the importance of an individual's perception of the impact of the disease on
11 their QoL⁽³⁷⁾. The discrepancy between mental and physical health in elderly people has
12 previously been documented, and this might be explained by a more resilient way of dealing
13 with problems and the development of coping strategies.⁽³⁸⁾ Conversely, the physical impact
14 observed on the Physical domains could reflect factors such as restricted mobility, frailty,
15 depression, or even a lower perceived physical QoL.⁽³⁹⁾

16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26 Our study has some limitations. One drawback is that it was based on a single tertiary
27 referral center where typically there are patients with more severe diseases with a greater
28 propensity of complications. This is a relevant factor because it could lead to the occurrence
29 of bias, resulting in a higher impairment of QoL in the individuals studied by us than in the
30 overall population of elderly patients with IBD. On the other hand, the fact that patients are
31 followed in a tertiary IBD center, many of them receiving advanced and highly effective
32 therapies to control their disease, makes them more likely to experience an improvement in
33 their quality of life caused by the multidisciplinary management of your condition. In addition,
34 QoL was assessed at a single point of time that could not reflect the longitudinal impact of
35 the disease. Also, the absence of systematic evaluation of mental disorders such as anxiety
36 and depression could also impact our results since it has been frequently reported in IBD
37 patients with a substantial impact on their QoL⁽⁴⁰⁾. Furthermore, the analysis of IBD activity
38 or remission considered only clinical aspects, leaving out laboratory and endoscopic
39 aspects. We do not have an ideal verification instrument for comparing elderly patients with
40 IBD and those without these diseases since the WHOQUOL is not specific for typical signs
41 and symptoms of digestive system disorders, and the IBDQ is only validated for patients
42 with DIIs. Finally, the fact that both questionnaires are limited to only the patient's last two
43 weeks can lead to biases, as patients often present interspersed episodes of disease activity
44 and remission, spontaneous or induced by IBD-directed therapy, during their illness.

45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
Long-term prospective studies involving a broader population of elderly patients with
IBD are needed to expand knowledge regarding the interrelationship between IBD in the

1 elderly, disease activity/remission and quality of life. In addition, future studies it would be
2 important to evaluate the relationship between biochemical and endoscopic activity of IBD,
3 psychological comorbidity and quality of life in elderly patients with IBD. Ultimately,
4 comprehensive care of the elderly patients with IBD even in remission should include routine
5 assessment of QoL and in a more comprehensive way, possible factors impairing QoL to
6 ensure appropriate interventions.
7
8
9
10
11
12

13 **CONCLUSION**

14
15
16
17 This first Brazilian cross-sectional study that evaluated QoL in elderly IBD patients by
18 two different questionnaires (general and disease-specific) found that patients with mildly
19 active or in remission IBD have a meaningful impact on the overall QoL and general health
20 compared to matched-elderly controls, with no differences being observed between patients
21 with CD and UC. Sociodemographic and IBD-related characteristics, except disease activity,
22 did not impact patients' QoL. We observed that even mild disease activity had a negative
23 impact on the general health and the physical domain of QoL when evaluated by WHOQOL-
24 BREF. Further studies are needed to better understand all the aspects involved in the QoL
25 of elderly people, especially in IBD patients, to focus on specific goals to improve their
26 management, targeting a better QoL.
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

REFERENCES

1. Guan Q. A comprehensive review and update on the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Journal of Immunology Research*. 2019; 2019 (1):1-16.
2. Abraham C and Cho JH. Inflammatory bowel disease. *N Engl J Med* 2009; 361: 2066–2078; Weimers, P., Munkholm, P. The Natural History of IBD: Lessons Learned. *Curr Treat Options Gastro* 16, 101–111 (2018).
3. Hou JK, Kramer JR, Richardson P, et al. The incidence and prevalence of inflammatory bowel disease among U.S. veterans: a national cohort study. *Inflamm Bowel Dis* 2013; 19: 1059–1064
4. Wang R, Li Z, Liu S, et al Global, regional and national burden of inflammatory bowel disease in 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis based on the Global Burden of Disease Study 2019 *BMJ Open* 2023;13:e065186. doi:10.1136/bmjopen-2022-065186
5. Kotze PG, Underwood FE, Damião AOMC, Ferraz JGP, Saad-Hossne R, Toro M, Iade B, Bosques-Padilla F, Teixeira FV, Juliao-Banos F, Simian D, Ghosh S, Panaccione R, Ng SC, Kaplan GG. Progression of Inflammatory Bowel Diseases Throughout Latin America and the Caribbean: A Systematic Review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020 Feb;18(2):304-312. doi: 10.1016/j.cgh.2019.06.030. Epub 2019 Jun 25. PMID: 31252191
6. Kappelman MD, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, et al. The prevalence and geographic distribution of Crohn's disease and ulcerative colitis in the United States. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5:1424–1429
7. Hong SJ, Katz S. The elderly IBD patient in the modern era: changing paradigms in risk stratification and therapeutic management. *Therap Adv Gastroenterol*. 2021 Jul 3;14:17562848211023399. doi: 10.1177/17562848211023399. PMID: 34276809; PMCID: PMC8255562
8. Sturm A, Maaser C, Mendall M, Karagiannis D, Karatzas P, Ipenburg S, Sebastian S, et al. European crohn's and colitis organisation topical review on ibd in elderly. *Journal of Crohn's and Colitis* 2017; 263-273
9. Turner D, Ricciuto A, Lewis A, D'Amico F, Dhaliwal J, Griffiths AM, Bettenworth D, et al. STRIDE-II: An update on the selecting therapeutic targets in inflammatory bowel disease (STRIDE) initiative of the international organization for the study of ibd (IOIBD): determining therapeutic goals for treat-to-target strategies in ibd. *Gastroenterology*. 2021 Apr; 160(5): 1570-1583.
10. Papay P, Ignjatovic A, Karmiris K, Amarante H, Miheller P, Feagan B, et al. Optimising monitoring in the management of Crohn's disease: a physician's perspective. *J Crohns Colitis*. 2013;7(8):653-6
11. Sivertsen H, Bjorklof GH, Engedal K, Selbaek G, Helvik AS. Depression and quality of life in older persons: a review. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2015;40:311-339
12. Velonias G, Conway G, Andrews E, Garber JJ, Khalili H, Yajnik V et al. Older age and health-related quality of life in inflammatory bowel diseases. *Inflamm Bowel Dis*. 2017 february; 23(2): 283-288
13. Rozich JJ, Dulai PS, Fumery M, et al. Progression of elderly onset inflammatory bowel diseases: a systematic review and meta-analysis of population-based cohort studies. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2020; 18: 2437–2447.e6
14. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref" [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
- brief]. *Rev Saude Publica*. 2000 Apr;34(2):178-83. Portuguese. doi: 10.1590/s0034-89102000000200012. PMID: 10881154. 24,25
15. Pontes RMA, Miszputen SJ, Ferreira-Filho OF, Miranda C, Ferraz MB. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal: tradução para o português e validação do questionário "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire" (IBDQ). *Arq Gastroenterol*. 2004;41:137-43.
16. Colombel JF, Yazdanpanah Y, Laurent F et al. Qualité de vie dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. *Gastroenterol Clin Biol* 1996;20:1071-1077
17. Drossman DA, Patrick DL, Mitchell CM, Zagami EA, Appelbaum MI. Health-related Quality of life in inflammatory bowel disease. Functional status and patient worries and concerns. *Dig Dis Sci*. 1989 Sep;34(9):1379-86. Doi: 10.1007/BF01538073. PMID: 2766905
18. Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and Quality of life. *Med Care*. 1989 Mar;27(3 Suppl):S217-32. doi: 10.1097/00005650-198903001-00018. PMID: 2646490
19. Novella A, Elli C, Tettamanti M, Nobili A, Janes A, Mannucci PM, Pasina L; REPOSI and ELICADHE Investigators. Relation between drug therapy-based comorbidity indices, Charlson's comorbidity index, polypharmacy and mortality in three samples of older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2022 May-Jun;100:104649. doi: 10.1016/j.archger.2022.104649. Epub 2022 Feb 4. PMID: 35149290
20. Martins M, Blais R, Miranda NN. Avaliação do índice de comorbidade de Charlson em internações da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil [Evaluation of the Charlson comorbidity index among inpatients in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2008 Mar;24(3):643-52. Portuguese. doi: 10.1590/s0102-311x2008000300018. PMSaraiva MD, Rangel LF, Cunha JLL, Rotta TCA, Douradinho C, Khazaal EJB, Aliberti MJR, Avelino-Silva TJ, Apolinario D, Suemoto CK, Jacob-Filho W. Prospective GERiatric Observational (ProGERO) study: cohort design and preliminary results. *BMC Geriatr*. 2020 Oct 27;20(1):427. doi: 10.1186/s12877-020-01820-4. PMID: 33109121; PMCID: PMC7590705.
21. Goes M, Lopes M, Marôco J, Oliveira H, Fonseca C. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF(PT) in a sample of elderly citizens. *Health Qual Life Outcomes*. 2021 May 17;19(1):146. doi: 10.1186/s12955-021-01783-z. PMID: 34001152; PMCID: PMC8130270.
22. Ananthakrishnan NA, Donaldson T, Lasch K, Yajnik V. Management of Inflammatory Bowel Disease in the Elderly Patient: Challenges and Opportunities. *Inflamm Bowel Dis*. 2017; 23(6): 882–893
23. Haapamäki et al., 2009; Moradkhani, Beckman, & Tabibian, 2013, Matos R, Lencastre L, Rocha V, Torres S, Vieira F, Barbosa MR, Ascensão J, Guerra MP. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease: the role of positive psychological factors. *Health Psychol Behav Med*. 2021 Nov 26;9(1):989-1005. doi: 10.1080/21642850.2021.2007098. PMID: 34868738; PMCID: PMC8635588
24. Zaltman C, Parra RS, Sasaki LY, Santana GO, Ferrari MLA, Miszputen SJ, et al. Real-world disease activity and sociodemographic, clinical and treatment characteristics of moderate-to-severe inflammatory bowel disease in Brazil. *World J Gastroenterol*. 2021 Jan 14;27(2):208-223. doi: 10.3748/wjg.v27.i2.208. PMID: 33510560; PMCID: PMC7807300
25. Koseki IAY, Neto JHAM, Campanher DM, Nunes SE, Araujo DB, Bueno ECM. Assessment of Quality of life in patients with inflammatory bowel disease <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.mrp.2022.188023>

- 1
2 26. Kiran RP, Delaney CP, Senagore AJ, O'Brien-Ermlich B, Mascha E, Thornton J, et al.
3 Prospective assessment of Cleveland Global Quality of Life (CGQL) as a novel marker of Quality of
4 life and disease activity in Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 2003; 98(8):1783-9.
5 doi:10.1111/j.1572-02412003.07592
6
- 7 27. Hauser G, Tkalcic M, Stimac D, Milić S, Sincić BM. Gender-related differences in Quality of
8 life and affective status in patients with inflammatory bowel disease. *Coll Antropol*. 2011; 35 Suppl
9 2:203-7
10
- 11 28. (Everhov ÅH, Halfvarson J, Myrelid P, et al. incidence and treatment of patients diagnosed
12 with inflammatory bowel diseases at 60 years or older in sweden. *Gastroenterology* 2018; 154: 518–
13 528.
14
- 15 29. Cohen, D Bin CM, Fayh APT. Assessment of Quality of life of patients with inflammatory
16 bowel disease residing in Southern Brazil. *Arq Gastroenterol*. 2010;47(3):285289.
17 <https://doi.org/10.1590/S0004-28032010000300014>
18
- 19 30. Nguyen GC, Bernstein CN and Benchimol EI. Risk of surgery and mortality in elderly-onset
20 inflammatory bowel disease: a population-based cohort study. *Inflamm Bowel Dis* 2017; 23: 218–
21 223.
22
- 23 31. Singh S, Boland BS, Jess T, Moore AA. Management of inflammatory bowel diseases in older
24 adults. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2023 Apr;8(4):368-382. doi:10.1016/s2468-1253(22)00358-2
25
- 26 32. Franceschi C, Garagnani P, Vitale G, et al. Inflammaging and "Garb-aging". *Trends*
27 *Endocrinol Metab* 2017; 28: 199–212
28
- 29 33. Cambier J. Immunosenescence: a problem of lymphopoiesis, homeostasis,
30 microenvironment and signaling. *Immunol Rev* 2005; 205: 5–6
31
- 32 34. Zhou Y, Ren W, Irvine EJ, Yang D. Assessing health-related Quality of life in patients with
33 inflammatory bowel disease in Zhejiang, China. *J Clin Nurs*. 2010 Jan;19(1-2):79-88. doi:
34 10.1111/j.1365-2702.2009.03020.x. PMID: 20500246
35
- 36 35. Magalhães J, Castro FD de, Carvalho PB, Moreira MJ, Cotter J. Quality of life in patients with
37 inflammatory bowel disease: importance of clinical, demographic and psychosocial factors. *Arq*
38 *Gastroenterol*. 2014 jul-sep;51(3):192-7. doi:10.1590/s0004-28032014000300005
39
- 40 36. Parra RS, Chebli JMF, Amarante HMBS, Flores C, Parente JML, Ramos O, et al. Quality of
41 life, work productivity impairment and healthcare resources in inflammatory bowel diseases in Brazil.
42 *World J Gastroenterol*. 2019 Oct 14;25(38):5862-5882. doi: 10.3748/wjg.v25.i38.5862. PMID:
43 31636478; PMCID: PMC6801193
44
- 45 37. Figueira O, Figueira H, Soleiman Franco R, Marcellini PS, Sganzerla A, Corradi Perini C.
46 Quality of life in Brazilian elderly: an analysis of healthy aging from the perspective of Potter's global
47 bioethics. *Glob Bioeth*. 2021;32(1):116-129. doi: 10.1080/11287462.2021.1966975. PMID:
48 34434042; PMCID: PMC8381893.
49
- 50 38. Palmes MS, Trajera SM, Ching GS. Relationship of Coping Strategies and Quality of Life:
51 Parallel and Serial Mediating Role of Resilience and Social Participation among Older Adults in
52 Western Philippines. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):10006. doi:
53 10.3390/ijerph181910006. PMID: 34639315; PMCID: PMC8508336.
54
- 55 39. Min J, Chang JS, Kong ID. Domain-specific physical activity, sedentary behavior, subjective
56 health, and health-related Quality of life among older adults. *Health Qual Life Outcomes* 2023 May
57 29,21(1):52. doi:<https://doi.org/10.1186/s12955-023-02136-8>.
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

40. Szigethy E, Murphy SM, Ehrlich OG, Engel-Nitz NM, Heller CA, Henrichsen K, Lawton R, Meadows P, Allen JI. Mental Health Costs of Inflammatory Bowel Diseases. *Inflamm Bowel Dis.* 2021;27(1):40-48.

For Review Only

Table 1. Sociodemographic baseline characteristics of the studied population

	Total n=123	Control n= 49	IBD n= 74	P value
Age (years) [†]	67.02 ± 6.23	67.1 ± 5.78	66.95 ± 6.55	0.96
Female gender n (%)	70 (56.9)	28 (57.1)	42 (56.8)	0.86
BMI (kg/m ²) [†]	26.84 ± 5.26	27.6 ± 5.62	26.38 ± 5.01	0.23
CCI [†]	3.56 ± 1.56	3.84 ± 1.75	3.38 ± 1.40	0.11
WHOQOL-BREF - Q1 ^{†*}	3.83 ± 0.79	4.02 ± 0.62	3.71 ± 0.87	0.021
WHOQOL-BREF- Q2 ^{†^λ}	3.46 ± 1.02	3.69 ± 0.94	3.32 ± 1.05	0.035
Physical health [†]	13.47 ± 2.93	13.64 ± 3.27	13.36 ± 2.70	0.613
Psychological [†]	14.51 ± 2.77	14.70 ± 3.01	14.38 ± 2.60	0.540
Social relationship [†]	14.36 ± 3.18	14.13 ± 3.30	14.52 ± 3.12	0.513
Environmental [†]	13.98 ± 2.24	14.11 ± 2.29	13.90 ± 2.22	0.614

IBD: inflammatory bowel disease; BMI: body mass index; CCI: Charlson Comorbidity index; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life BREF version; IBDQ: Inflammatory bowel disease questionnaire; [†] mean ± SD; * WHOQOL-BREF- Q1 (Overall QoL); ^λWHOQOL-BREF-Q2 (General Health)

Table 2. Sociodemographic characteristics and quality of life scores in patients with inflammatory bowel disease

	Total n= 123	Crohn's Disease n= 49	Ulcerative Colitis n= 34	P value
Age (years)†	66.95 ± 6.55	66.46 ± 5.81	67.49 ± 7.33	0.505
Female gender n (%)	70 (56.9)	18 (36.7)	24 (70.5)	0.381
BMI (kg/m ²)†	26.37 ± 5.01	27.42 ± 5.72	25.22 ± 3.85	0.064
Disease duration (years) †	15.86 ± 11.82	15.4 ± 1.75	16.3 ± 2.19	0.740
Disease activity n (%)	23 (31.1)	8 (16.3)	15 (44.1)	0.038
Abdominal surgery n (%)	21 (28.4)	20 (40.8)	1 (2.9)	0.000
CCI†	3.38 ± 1.40	3.49 ± 1.35	3.26 ± 1.46	0.485
Overall QoL (Q1) †*	3.70 ± 0.87	3.74 ± 0.78	3.66 ± 0.96	0.673
General health (Q2) † ^λ	3.30 ± 1.05	3.38 ± 0.93	3.20 ± 1.18	0.457
Physical health †	13.47 ± 2.93	13.32 ± 2.57	13.42 ± 2.88	0.873
Phycological †	14.51 ± 2.77	14.36 ± 2.64	14.41 ± 2.59	0.945
Social relationship †	14.36 ± 3.18	14.49 ± 2.70	14.55 ± 3.57	0.939
Enviromental †	13.98 ± 2.24	13.73 ± 1.88	14.09 ± 2.56	0.495
IBDQ total score †	162.11 ± 40.26	161.2 ± 38.6	163.1 ± 42.6	0.840
Intestinal symptoms †	53.91 ± 13.04	54.3 ± 12.3	53.5 ± 13.98	0.809
Systemic symptoms†	23.68 ± 7.39	23.7 ± 7.51	23.6 ± 7.36	0.934
Emotional function†	59.14 ± 16.97	59.6 ± 15.6	58.6 ± 18.6	0.799
Social function†	26.72 ± 7.48	26.1 ± 6.7	27.4 ± 8.3	0.460

CCI: Charlson Comorbidity index; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Brief version; IBDQ: Inflammatory bowel disease questionnaire; †= mean ± SD; * WHOQOL-BREF-Q1 (Overall QoL); ^λWHOQOL-BREF-Q2 (General Health)

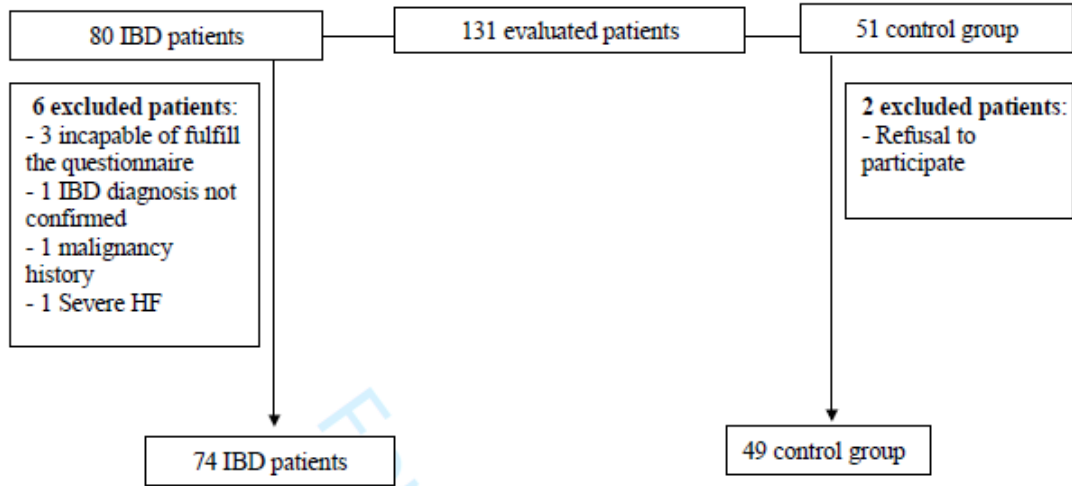
Table 3. Patient's characteristics with inflammatory bowel disease according to disease activity at baseline

	Total IBD n=74	Active IBD n=23	Quiescent IBD n=51	P value
Age (years) †	66.95 ± 6.55	65.13 ± 6.51	67.76 ± 6.46	0.110
Female gender n (%)	42 (60)	14 (33.3)	28 (66.7)	0.630
BMI (kg/m ²) †	26.37 ± 5.01	27.95 ± 6.4	25.7 ± 4.1	0.151
Disease duration †	15.86 ± 11.82	15.04 ± 11.32	16.2 ± 11.9	0.691
CCI †	3.38 ± 1.40	3.74 ± 1.3	3.22 ± 1.3	0.138
Overall QOL (Q1) †*	3.38 ± 1.40	3.61 ± 0.98	3.75 ± 0.82	0.537
General health (Q2) † ^λ	13.89 ± 2.14	2.91 ± 0.99	3.47 ± 1.04	0.035
Physical health †	13.47 ± 2.93	12.27 ± 2.63	13.86 ± 2.61	0.019
Phycological †	14.51 ± 2.77	14.43 ± 2.42	14.36 ± 2.70	0.920
Social relationship †	14.36 ± 3.18	14.66 ± 3.38	14.45 ± 3.03	0.792
Enviromental †	13.98 ± 2.24	14.04 ± 2.21	13.83 ± 2.24	0.717
IBDQ total score †	166.4 ± 40.5	152.57 ± 38.81	166.41±40.53	0.173
Intestinal symptoms †	53.9 ± 13	50.48 ± 12.70	55.45 ± 13.02	0.130
Systemic symptoms †	23.7 ± 7.39	21.57 ± 7.19	24.63 ± 7.34	0.099
Emotional function †	53.91 ± 13.04	55.35 ± 17.52	60.84 ± 16.60	0.199
Social function †	23.68 ± 7.39	25.17 ± 8	27.41 ± 7.22	0.236

IBD: inflammatory bowel disease; BMI: Body mass index; CCI: Charlson Comorbidity index; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Brief version; IBDQ: Inflammatory bowel disease questionnaire; †mean ± SD; * WHOQOL-BREF- Q1 (Overall QoL); ^λ WHOQOL-BREF-Q2 (General Health)

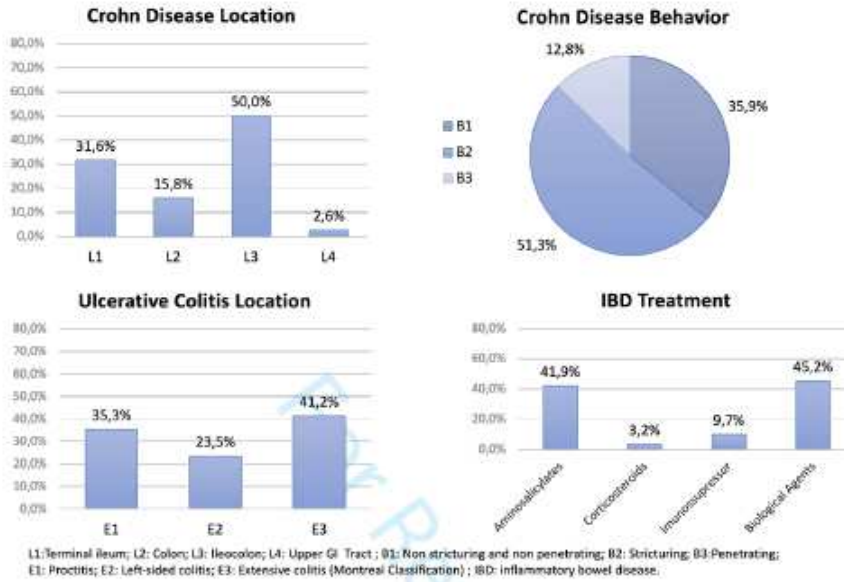
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Figure 1. Study inclusion flowchart.



IBD: inflammatory bowel disease; HF: heart failure.

Figure 2. Patient's characteristics with inflammatory bowel disease



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

8 CONCLUSÃO

Pacientes idosos com DII leve/quiescente apresentaram escores globais de QV similar a idosos sem DII.

A percepção de QV, bem como a satisfação com a QV de pacientes idosos foram impactados negativamente pela presença da DII e atividade da doença.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, C.; CHO, J. H. Inflammatory bowel disease. **N Engl J Med**, Boston, v. 361, n. 21, p. 2066-2078, Nov. 2009.
- ANANTHAKRISHNAN, N. A. et al. Management of Inflammatory Bowel Disease in the elderly patient: challenges and opportunities. **Inflamm Bowel Dis**, Hoboken, v. 23, n. 6, p. 882-893, June 2017.
- AXELRAD, J. E.; LICHTIGER, S.; YAJNIK, V. Inflammatory bowel disease and cancer: The role of inflammation, immunosuppression, and cancer treatment. **World J Gastroenterol**, Beijing, v. 55, n. 20, p. 4794-4801, May 2016.
- BRITO, R. C. V. et al. Doenças inflamatórias intestinais no Brasil: perfil das internações, entre os anos de 2009 a 2019. **Rev Educ Saúde**, Anápolis, v. 8, n. 1, p. 127-135, jul. 2020.
- BURRI, E. et al. Treatment algorithm for mild and moderate-to-severe ulcerative colitis: an update. **Digestion**, Basel, v. 101, suppl. 1, p. 2-15, Jan. 2020.
- CALVIÑO-SUÁREZ, C. et al. Role of quality of life as endpoint for inflammatory bowel disease treatment. **Int J Environ Res Public Health**, Basel, v. 18, n. 13, p. 1-13, July 2021.
- CHARLSON, M. E. et al. Charlson Comorbidity Index: a critical review of clinimetric properties. **Psychother Psychosom**, Basel, v. 91, n. 1, p. 8-35, Jan. 2022.
- CHARLSON, M. E. et al. Why predictive indexes perform less well in validation studies. Is it magic or methods? **Arch Intern Med**, Chicago, v. 147, n. 12, p. 2155-2161, Dec. 1987.
- DROSSMAN, D. A. et al. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease. Functional status and patient worries and concerns. **Dig Dis Sci**, New York, v. 34, n. 9, p. 1379-1386, Sep. 1989.
- FLECK, M. P. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.
- GOES, M. et al. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF (PT) in a sample of elderly citizens. **Health Qual Life Outcomes**, London, v. 19, n. 1, p. 1-12, May 2021.
- GUAN, Q. A Comprehensive review and update on the pathogenesis of inflammatory bowel disease. **J Immunol Res**, Hindawi, v. 1, n. 1, p. 1-16, Dec.2019.
- HONG, S. J.; KATZ, S. The elderly IBD patient in the modern era: changing paradigms in risk stratification and therapeutic management. **Therap Adv Gastroenterol**, London, v. 14, n. 7, p. 1-15, July 2021.

HOU, J. K. et al. The incidence and prevalence of inflammatory bowel disease among U.S. veterans: a national cohort study. **Inflamm Bowel Dis**, Hoboken, v. 49, n. 5, p. 1059-1064, Apr. 2013.

LeBLANC, J. F. et al. Elderly patients with inflammatory bowel disease: updated review of the therapeutic landscape. **World J Gastroenterol**, Beijing, v. 25, n. 30, p. 4158-4171, Aug. 2019.

IMBRIZI, M. et al. Second brazilian consensus on the management of Crohn's Disease in adults: a Consensus of the Brazilian Organization for Crohn's Disease and Colitis (GEDIIB). **Arq Gastroenterol**, São Paulo, v. 59, suppl. 1, p. 20-50, Mar. 2023.

KAPLAN, G. G.; WINDSOR, J. W. The four epidemiological stages in the global evolution of inflammatory bowel disease. **Nat Rev Gastroenterol Hepatol**, London, v. 18, n. 1, p. 56-66, Jan. 2021.

KAPPELMAN, M. D. et al. The prevalence and geographic distribution of Crohn's disease and ulcerative colitis in the United States. **Clin Gastroenterol Hepatol**, Philadelphia, v. 5, n. 12, p. 1242-1429, Dec. 2007.

KOTZE, P. G. et al. Progression of Inflammatory Bowel Diseases Throughout Latin America and the Caribbean: a systematic review. **Clin Gastroenterol Hepatol**, Philadelphia, v. 18, n. 2, p. 304-3102, Feb. 2020.

LAMB, C. A. et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. **Gut**, London, v. 68, suppl. 3, p. 1-106, Dec. 2019.

LEWIS, J. D. et al. Use of the noninvasive components of the Mayo score to assess clinical response in ulcerative colitis. **Inflamm Bowel Dis**, Hoboken, v. 14, n. 12, p. 1660-1666, Dec. 2008.

LOFTUS JR, E. V. et al. Long-term safety of vedolizumab for inflammatory bowel disease. **Aliment Pharmacol Ther**, Oxford, v. 52, n. 8, p. 1353-1365, Oct. 2020.

LIU, D. et al. Inflammatory bowel disease biomarkers. **Med Res Rev**, v. 42, n. 5, p. 1856-1887, Sep. 2022.

M'KOMA, A. E. Inflammatory bowel disease: clinical diagnosis and surgical treatment-overview. **Medicina**, Kaunas, v. 58, n. 5, p. 1-13, Apr. 2022.

MARTINS, M.; BLAIS, R.; MIRANDA, N. N. Avaliação do índice de comorbidade de Charlson em internações da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 643-652, Mar. 2008.

NOVELLA, A. et al. Relation between drug therapy-based comorbidity indices, Charlson's comorbidity index, polypharmacy and mortality in three samples of older adults. **Arch Gerontol Geriatr**, Amsterdam, v. 100, n. 5-6, p. 1-8, May/June 2022.

PAPAY, P. et al. Optimising monitoring in the management of Crohn's disease: a physician's perspective. **J Crohns Colitis**, Amsterdam, v. 7, n. 8, p. 653-669, Sep. 2013.

PATRICK, D. L.; DEYO, R. A. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. **Med Care**, Philadelphia, v. 27, suppl. 3, p. 217-232, Mar. 1989.

PONTES, R. M. et al. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal: tradução para o português e validação do questionário "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire" (IBDQ). **Arq Gastroenterol**, São Paulo, v 41, n. 2, p. 137-143, abr./jun. 2004.

RIBEIRO, J. A. **Análise do perfil clínico, epidemiológico e da qualidade de vida da doença inflamatória intestinal no paciente idoso, em centro de referência brasileiro**. 2020. 108 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

ROGLER, G. et al. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: current concepts, treatment, and implications for disease management. **World J Gastroenterol**, Beijing, v. 20, n. 1, p. 91-99, Jan. 2014.

ROSA, J. G. **Grande sertão: veredas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

ROZICH, J. J. et al. Progression of elderly onset inflammatory bowel diseases: a systematic review and meta-analysis of population-based cohort studies. **Clin Gastroenterol Hepatol**, Philadelphia, v. 18, n. 11, p. 2437-3447, Oct. 2020.

SIVERTSEN, H. et al. Depression and quality of life in older persons: a review. **Dement Geriatr Cogn Disord**, Basel, v. 40, n. 5-6, p. 311-339, Sep. 2015.

STURM, A. et al. European Crohn's and Colitis Organisation topical review on IBD in the elderly. **J Crohns Colitis**, Amsterdam, v. 11, n. 3, p. 263-273, Mar. 2017.

TORRES, J. et al. ECCO Guidelines on therapeutics in Crohn's disease: medical treatment. **J Crohns Colitis**, Amsterdam, v. 14, n. 1, p. 4-22, Jan. 2020.

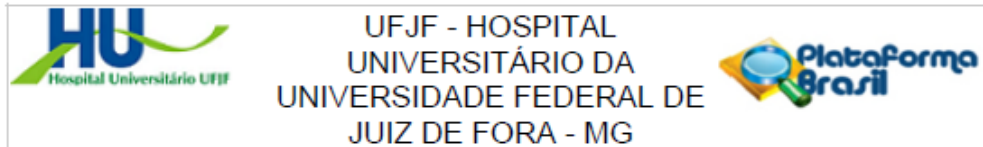
TURNER, D. et al. STRIDE-II: An update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): determining therapeutic goals for treat-to-target strategies in IBD. **Gastroenterology**, Baltimore, v. 160, n. 5, p. 1570-1583, Apr. 2021.

VELONIAS, G. et al. Older age and health-related quality of life in inflammatory bowel diseases. **Inflamm Bowel Dis**, Hoboken, v. 23, n. 2, p. 283-288, Feb. 2017.

WANG, R. et al. Global, regional and national burden of inflammatory bowel disease in 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis based on the Global Burden of Disease Study 2019. **BMJ Open**, London, v. 13, n. 3, p. 1-14, Mar. 2023.

ZHANG, Y. Z.; LI, Y. Y. Inflammatory bowel disease: pathogenesis. **World J Gastroenterol**, Beijing, v. 20, n. 1, p. 91-99, Jan. 2014.

ANEXO A – Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade de vida de pacientes idosos com doença inflamatória intestinal em atividade e em remissão clínica

Pesquisador: Julio Maria Fonseca Chebli

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54679221.1.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.210.480

Apresentação do Projeto:

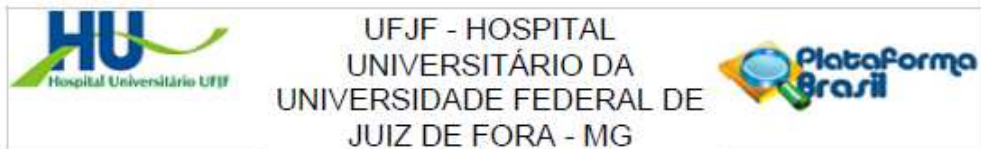
A apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III. Descreve o pesquisador no projeto de pesquisa no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1753074:

"A doença inflamatória intestinal (DII) no seu conceito mais amplo pode ser classificada como qualquer processo inflamatório do trato digestivo com causa conhecida ou não. Dentre aquelas de origem ainda incerta destacam-se a doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU)1-9. A

etiologia destas doenças ainda é incerta, sendo que provavelmente múltiplos fatores desempenham um papel, incluindo os genéticos, ambientais, a microbiota intestinal, a automação do sistema imunológico pelos antígenos na luz intestinal gerando uma resposta imune exagerada2. As doenças

inflamatórias intestinais (DIIs) podem ocorrer em qualquer idade, desde em pacientes pediátricos até idosos, embora seja mais frequente na idade entre 20 a 40 anos 3, a incidência e prevalência destas doenças veem aumentando principalmente em países desenvolvidos e em desenvolvimento, mesmo em grupos de pacientes jovens e crianças. Vários fatores podem estar relacionados a esse aumento: alterações dietéticas, menor exposição a infecções e parasitas na infância, maior uso de

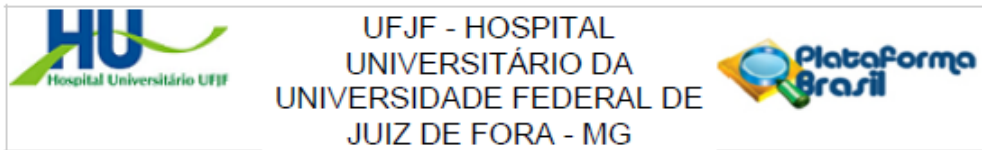
Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina **CEP:** 38.038-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 **E-mail:** cep.hu@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 5.210.480

antibióticos, ou seja, fatores que interferem na microbiota intestinal.² A Organização das Nações Unidas (ONU), através da resolução 39/125 define como idoso aquele (a) com idade acima de 65 anos em países desenvolvidos e 60 anos em países em desenvolvimento. Segundo estabelecido pelo Estatuto do Idoso, considera-se idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) O presente estudo então considerará a idade de 60 anos como definição de paciente idoso. O Brasil caminha para ser um país com predominância de idosos. Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), já em 2030 o grupo de idosos com pessoas acima de 60 anos será superior ao grupo de crianças de até 14 anos. Isso nos leva cada vez mais a considerar a necessidade de aumentar nossos conhecimentos sobre este segmento populacional. As DIIs tem um comportamento bimodal em relação a sua incidência, tendo um pico em adultos jovens e outro pico na sexta década de vida. A incidência nesta faixa etária vem aumentando, portanto esse grupo de pacientes com suas necessidades especiais e suas particularidades vem crescendo em consultórios e ambulatorios⁴⁻⁵. Embora vários estudos mostrem a diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes idosos e em pacientes com DII, Chebli JMF et al. referem a necessidade de mais estudos envolvendo esses dois grupos em países da América Latina⁶. Sabemos que a qualidade de vida em idosos pode estar comprometida devido a diversas doenças físicas e mentais comuns nesta faixa etária. Pacientes com DII também podem ter sua qualidade de vida comprometida pelos sintomas das DII e pelo impacto da doença ao longo de sua vida⁷⁻⁸. Entre os sintomas incluem dor abdominal, diarreia, perda de peso, alterações articulares, alterações dermatológicas, alterações oftalmológicas, quadros de incontinência fecal e, eventualmente, convivência com o uso de um estoma e o medo de malignização.¹⁻²⁻¹¹ Logo é de se esperar que pacientes idosos tenham seus scores de qualidade de vida especialmente afetados quando se sobrepõe as dificuldades inerentes da faixa etária com aquelas provenientes das DII. O aumento da população idosa e o crescimento da taxa de diagnóstico das DII assim como o surgimento de novos tipos de tratamento, impõe que se responda qual o real impacto das DII na população idosa e como isso poderia interferir no modo de abordar e tratar esses pacientes⁴. Além de ajudar a entender como as novas modalidades de tratamento estão impactando na qualidade de vida destes pacientes, os conhecimentos adquiridos no presente estudo ajudarão na compreensão da influência das DII em aspectos variados da vida deste público incluindo trabalho, vida social e sexual. O tratamento das DII é transdisciplinar, portanto o presente estudo também poderia servir de substrato de estudo a áreas diversas da medicina como a enfermagem, psicologia e serviço social."

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
 Bairro: Santa Catarina CEP: 38.036-110
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)4009-5217 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.210.480

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Descreve o pesquisador no projeto de pesquisa no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1753074:

"Objetivo principal: Comparar por meio de aplicação de questionários validados o impacto na qualidade vida entre pacientes idosos com DII e pacientes idosos sem DII (grupo controle).

Objetivo Secundário:

- Avaliar os possíveis fatores associados à diminuição na qualidade de vida de idosos com DII, especialmente aqueles relacionados à própria DII.-

Compreender como o tratamento instituído seja ele medicamentoso e ou cirúrgico pode alterar a qualidade de vida destes pacientes.- Entender como as DIIs podem influenciar em aspectos corriqueiros da vida destes pacientes tais como vida social, trabalho e vida sexual.- Determinar através da análise dos dados propostas que ajudem a melhorar o atendimento a este grupo específico."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Identificação dos riscos e as possibilidades de desconfortos e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Descreve o pesquisador no projeto de pesquisa no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1753074:

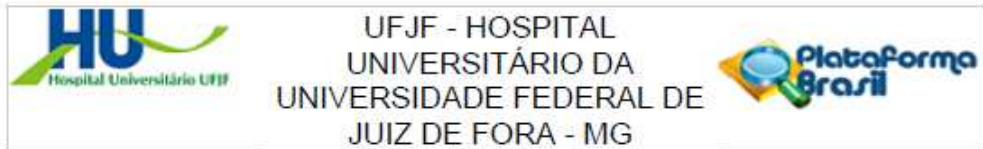
"Riscos:

No momento em questão os riscos seriam de contaminação pelo novo coronavírus durante a entrevista. Estes riscos serão minimizados com o distanciamento de 2 metros entre pesquisador e entrevistado, uso de mascara pelos dois, uso de álcool em gel e a realização da entrevista em local arejado.

Benefícios:

O diagnostico de doenças inflamatória intestinal veem aumentando em nosso pais seguindo uma tendencia observada em outros países que se tornam mais próximos dos países ditos desenvolvidos isso pode ser explicado por fatores como alterações dietéticas, uso amplo de antimicrobianos, melhor acesso ao diagnostico. A população idosa também vem aumentando em

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
 Bairro: Santa Catarina CEP: 36.038-110
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)4009-5217 E-mail: cep.hu@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 5.210.480

nosso país, logo a proporção de pacientes idosos com doenças inflamatórias intestinais deve aumentar. Os trabalhos existentes sobre esse grupo específico ainda são poucos, portanto iremos contribuir para melhorar o entendimento das especificidades deste grupo. Por outro lado, a qualidade de vida do paciente com doença inflamatória intestinal começa a ser encarada como um objetivo do tratamento junto com a cicatrização da mucosa e controle dos sintomas. Neste aspecto o presente trabalho poderá ajudar a modificar o tratamento dos pacientes idosos com doença inflamatória intestinal."

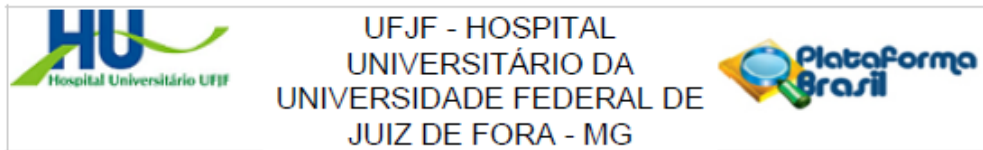
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa, além de mostra que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo CEP. O orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; com a Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f, com o Manual Operacional para CEPS Item: VI – c.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
 Bairro: Santa Catarina CEP: 38.036-110
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)4009-5217 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.210.480

experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

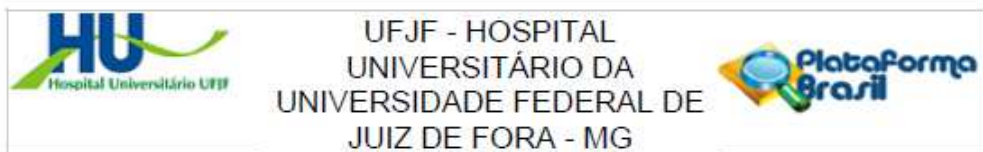
Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS, segundo este relator, aguardando a análise do Colegiado. Data prevista para o término da pesquisa: 07/12/2022.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1753074.pdf	28/12/2021 16:34:00		Aceito
Orçamento	declaracaoorcamento.pdf	28/12/2021 16:31:34	JOAO BAPTISTA DE PAULA FRAGA	Aceito
Outros	lattesfraga2021.pdf	20/12/2021 14:59:27	JOAO BAPTISTA DE PAULA FRAGA	Aceito
Outros	COMPROVANTE.pdf	18/11/2021 16:34:04	JOAO BAPTISTA DE PAULA FRAGA	Aceito
Outros	CARTA.pdf	18/11/2021 16:23:40	JOAO BAPTISTA DE PAULA FRAGA	Aceito
Outros	latteschebli.pdf	11/11/2021 10:01:54	JOAO BAPTISTA DE PAULA FRAGA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	02/09/2021 16:26:21	JOAO BAPTISTA DE PAULA FRAGA	Aceito
Outros	CONFIDENCIALIDADE.pdf	12/07/2021 22:40:49	JOAO BAPTISTA DE PAULA FRAGA	Aceito
Outros	COMPROMETIMENTO.pdf	12/07/2021 22:37:24	JOAO BAPTISTA DE PAULA FRAGA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.pdf	12/07/2021 22:25:42	JOAO BAPTISTA DE PAULA FRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/07/2021 22:06:48	JOAO BAPTISTA DE PAULA FRAGA	Aceito

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
 Bairro: Santa Catarina CEP: 36.036-110
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)4009-5217 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.210.480

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	12/07/2021 22:02:03	JOAO BAPTISTA DE PAULA FRAGA	Aceito
---	-------------	------------------------	---------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 25 de Janeiro de 2022

Assinado por:
João Beccon de Almeida Neto
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina CEP: 36.036-110
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

ANEXO B – Comprovante de Submissão do Artigo Científico para Publicação

João Fraga <joao.fraga1973@gmail.com>

Arquivos de Gastroenterologia - Manuscript ID AG-2024-0017

2 mensagens

Isabella Coelho <onbehalf@manuscriptcentral.com>

5 de fevereiro de 2024 às 15:32

Responder a: secretariaarqgastr@hospitaligesp.com.br

Para: joao.fraga1973@gmail.com

Cc: joao.fraga1973@gmail.com, alexandreferreiraoliveira28109@gmail.com, tarsilaribeiro@gmail.com, lucelia.scmidt@yahoo.com.br, gabrielatsilva20@gmail.com, julio.chebli@medicina.uff.br

05-Feb-2024

Dear Dr(a). Fraga

Your manuscript entitled "Assessment of Quality of life in elderly patients with inflammatory bowel disease with mild activity and in clinical remission" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Arquivos de Gastroenterologia.

Your manuscript ID is AG-2024-0017.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/ag-scielo> and edit your user information as appropriate.



You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/ag-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Arquivos de Gastroenterologia.

Sincerely,

Arquivos de Gastroenterologia Editorial Office

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

	<p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HU-UFJF</p>	
---	--	---

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR

Pesquisador Responsável: Julio Maria Fonseca Chebli

Endereço: Rua Maria Jose Leal 296

CEP: 36036247

Juiz de Fora – MG Telefone: 32 999021296

E-mail: chebli@globo.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Avaliação da qualidade de vida de pacientes idosos com doença inflamatória intestinal em atividade e em remissão clínica”. Neste estudo pretendemos “entender melhor o impacto das doenças inflamatórias intestinais na qualidade de vida de portadores de doenças inflamatórias intestinais”. O motivo que nos leva a estudar “existem poucas informações no momento sobre o comportamento das doenças inflamatórias intestinais na população idosa”.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: “Aplicação de questionários”. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em “contaminação pelo novo coronavírus (estaremos tomando medidas não farmacológicas para reduzir o risco”. A pesquisa contribuirá para melhoria do tratamento para a população idosa.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Senhor (a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Senhor (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão

arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro **"HU-CAS"** e a outra será fornecida ao Senhor (a).

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo **"Avaliação da qualidade de vida de pacientes idosos com doença inflamatória intestinal em atividade e em remissão clínica"**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____.

_____	_____
Nome e assinatura do (a) participante (a)	Data
_____	_____
Nome e assinatura do (a) pesquisador (a)	Data
_____	_____
Nome e assinatura da testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa HU-UFJF:

Rua Catulo Breviglieri, s/nº - Bairro Santa Catarina
CEP.: 36036-110 - Juiz de Fora – MG

Telefone: 4009-5167

E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico e Dados Clínicos

Anexo 4: Protocolo de Coleta de Dados:

DADOS DEMOGRÁFICOS:

Nome: _____ DATA: _____
 Data de nascimento: _____ Registro: _____
 Profissão: _____ Naturalidade: _____ Sexo: _____ Idade: _____
 Estado civil: _____
 Cor (Auto-referenciada: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena)
 Endereço: _____ Telefone: _____
 Peso: _____ Altura: _____ Tabagista: () sim () não Carga Tabágica: _____
 Ex tabagista: () sim () não Tempo de interrupção: _____

Comorbidades: _____

Medicamentos em uso: _____

DADOS DIAGNÓSTICOS:

=>Idade ao diagnóstico: _____

=>Manifestações da doença:

Diarreia: () sim () não Hematoquezia () sim () não Emagrecimento () sim () não

Dor abdominal: () sim () não Sintomas sistêmicos () sim () não

Outros: _____

Manifestações extraintestinais: () sim () não Ao diagnóstico: () sim () não

Durante acompanhamento: () sim () não Tempo de doença: _____

Articulares: _____

Oculares: _____

Cutâneas: _____

Hepatobiliares: _____

Outras: _____

=>Classificação de Montreal

AO DIAGNÓSTICO:

3 anos: _____

5 anos: _____

10 anos: _____

15 anos: _____

20 anos: _____

Diagnóstico:

Clinico: () sim () não

Cirúrgico: () sim () não

Tipo de cirurgia:

Cirurgia: () sim () não

Tempo > () 0 () 1 () 3 () 5 () 10 () 15 () 20

() ressecção ileocecal – ano: _____

(...) stricturoplastia – ano: _____

() ressecção de delgado – ano: _____

(...) proctocolectomia – ano: _____

- () colectomia subtotal - ano: _____ () hemicolectomia E - ano: _____
 () reconstrução trânsito - ano: _____ () drenagem de abscesso perianal - ano: _____
 () drenagem de abscesso abdominal - ano: _____ () colocação de seton - ano: _____

Avaliação laboratorial

Exames	At diagnóstico	05 anos	10 anos	20 anos
Hemograma				
PCR				
Albumina				
Calprotectina fecal				

Métodos de imagem:

Colonoscopia: () sim () não

Achados: _____

Enteroscopia: () sim () não

Achados: _____

Esofagogastroduodenoscopia: () sim () não

Achados: _____

Trânsito intestinal () sim () não

Achados: _____

Entero TC () sim () não

Achados: _____

Entero RNM () sim () não

Achados: _____

EVOLUÇÃO DA DOENÇA:

Complicações: () Sim () Não

Quais: _____

Quarta etapa de

doença: _____

Internações: () sim () não

Motivo: _____

Ano de doença: _____

Permanência hospitalar: _____ dias

Tratamento: () medicamentoso () cirurgia

Motivo: _____

Ano de doença: _____
 Permanência hospitalar: _____ dias
 Tratamento: () medicamentoso () cirurgia

Motivo: _____
 Ano de doença: _____
 Permanência hospitalar: _____ dias
 Tratamento: () medicamentoso () cirurgia

TERAPÊUTICA

Corticóides:

Tempo > () 0 () 3 () 5 () 10 () 15 () 20

Uso contínuo: _____ meses n.º tratamentos: _____

Corticod dependência: () sim () não Corticorresistência: () sim () não

Efeitos colaterais: _____ Tempo: _____

Conduta: _____

Aminossalicilatos:

Tempo > () 0 () 3 () 5 () 10 () 15 () 20

Messalazina: Início: _____ suspensão: _____

Uso contínuo:

Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Sulfasalazina:

Início: _____ suspensão: _____

Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Imunomoduladores

Tempo > () 0 () 3 () 5 () 10 () 15 () 20

Azatioprina Início: _____ suspensão: _____

Uso contínuo: Efeito colateral: _____

Conduta: _____

6-Mercaptopurina

Uso contínuo: Início: _____ suspensão: _____

Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Outro: _____

Início: _____ suspensão: _____

Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Metotrexato

Uso contínuo: Início: _____ suspensão: _____

Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Ciclosporina:

Uso contínuo: Início: _____ suspensão: _____

Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Outro: _____

Início: _____ suspensão: _____

Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Terapia Biológica:

Biológico 1

Tempo > () 0 () 3 () 5 () 10 () 15 () 20

Qual: _____

Início: _____ ano

suspensão: _____ ano

Uso contínuo:

Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Resposta ao tratamento (controle clínico dos sintomas, melhora laboratorial, cicatrização de mucosa):

() Sim () Não () Parcialmente. Se parcialmente ou não, porquê?

Biológico 2

Tempo > () 0 () 3 () 5 () 10 () 15 () 20

Qual: _____

Início: _____ ano

suspensão: _____ ano

Uso contínuo:

Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Resposta ao tratamento (controle clínico dos sintomas, melhora laboratorial, cicatrização de mucosa):

() Sim () Não () Parcialmente. Se parcialmente ou não, porquê?

Biológico 3

Tempo > () 0 () 3 () 5 () 10 () 15 () 20

Qual: _____

Início: _____ ano

suspensão: _____ ano

Uso contínuo:

Efeito colateral: _____

Conduta: _____

Resposta ao tratamento (controle clínico dos sintomas, melhora laboratorial, cicatrização de mucosa):

() Sim () Não () Parcialmente. Se parcialmente ou não, porquê?

APÊNDICE C – Questionário WHOQOL-*brief*

ANÁLISE DO WHOQOL-*brief*

O módulo WHOQOL-*brief* é constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de *Likert* (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: FÍSICO, PSICOLÓGICO, RELAÇÕES SOCIAIS e MEIO AMBIENTE.

É UM POUCO DIFERENTE DO WHOQOL-OLD. NESTE INSTRUMENTO TERÁ QUE APARECER O RESULTADO SOMENTE EM MÉDIA (1 A 5) POR DOMÍNIO E POR FACETA.

ATENÇÃO!!!

NESTE INSTRUMENTO É NECESSÁRIO TAMBÉM RECODIFICAR O VALOR DAS QUESTÕES 3, 4, 26 (1 = 5) (2 = 4) (3 = 3) (4 = 2) (5 = 1)

AS PERGUNTAS 1 E 2 DEVERÃO APARECER DA SEGUINTE FORMA.

1. PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (RESULTADO EM MÉDIA 1 A 5);
2. SATISFAÇÃO COM A SAÚDE (RESULTADO EM MÉDIA 1 A 5).

CADA FACETA É SÓ SOMAR OS VALORES DA ENTREVISTA (DE 1 A 5) E DIVIDIR PELO NÚMERO DE PARTICIPANTES. FAZER UMA MÉDIA ONDE O RESULTADO VAI SER DE 1 ATÉ 5.

ABAIXO ESTÃO OS DOMÍNIOS E SUAS FACETAS CORRESPONDENTES CADA FACETA COM UM NÚMERO IDENTIFICADOR CONFORME O QUESTIONÁRIO JÁ ENVIADO.

Domínios e facetas do WHOQOL-*brief*

Domínio 1 - Domínio físico

3. Dor e desconforto **AQUI DO LADO VAI APARECER A MÉDIA (RESULTADO)**
4. Energia e fadiga **EM CADA FACETA.**
10. Sono e repouso
15. Mobilidade
16. Atividades da vida cotidiana
17. Dependência de medicação ou de tratamentos
18. Capacidade de trabalho

PARA CALCULAR O DOMÍNIO FÍSICO É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 7 (Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)/7.

MESMO FORMATO DEVE SER FEITO NOS DEMAIS DOMÍNIOS.

Domínio 2 - Domínio psicológico

5. Sentimentos positivos
6. Pensar, aprender, memória e concentração
7. Autoestima
11. Imagem corporal e aparência
19. Sentimentos negativos
26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

PARA CALCULAR O DOMINIO PSICOLOGICO É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 6 (Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)/6

Domínio 3 - Relações sociais

- 20. Relações pessoais
- 21. Suporte (Apoio) social
- 22. Atividade sexual

PARA CALCULAR O DOMINIO RELAÇÕES SOCIAIS É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 3 (Q20,Q21,Q22)/3

Domínio 4 - Meio ambiente

- 8. Segurança física e proteção
- 9. Ambiente no lar
- 12. Recursos financeiros
- 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
- 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
- 23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
- 24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
- 25. Transporte

PARA CALCULAR O DOMINIO MEIO AMBIENTE É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 8 (Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)/8

TODOS OS RESULTADOS VÃO SER EM MÉDIA TANTO NO DOMINIO QUANTO NAS FACETAS. QUANTO AOS RELATORIOS MESMO FORMATO DO WHOQOL-OLD. OPÇÃO PARA IMPRIMIR PARA ALUNOS O RELATORIO COMPLETO (COM DOMINIO, AS FACETAS, AS PERGUNTAS UM E DOIS E A CLASSIFICAÇÃO **necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5)** E RESUMIDO COM OS RESULTADOS DAS QUESTOES UM E DOIS **necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5)**).

OS DADOS TABULADOS DEVEM SER COMPATIVIEIS PARA IMPORTAÇÃO PARA O EXCEL, CASO SEJA NECESSÁRIO.

WHOQOL – ABREVIADO (Fleck et al., 2000) - Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Referências

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995 Nov;41(10):1403-9.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178-83.

Tabela para apresentação dos resultados de qualidade de vida do WHOQOL-bref

Data	Domínios			
	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio Ambiente

Resultados em % de 0 a 100

Quanto maior a porcentagem (mais perto de 100%) melhor a qualidade de vida.

APÊNDICE D – Questionário IBDQ

QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA PARA PACIENTES COM DOENÇA INTESTINAL INFLAMATÓRIA (IBDQ)

Este questionário tem por objetivo avaliar como você tem se sentido durante as últimas 2 semanas. Perguntaremos sobre sintomas resultantes da doença inflamatória intestinal, como se sente em geral e como tem estado seu humor.

1. Com que frequência você tem evacuado nas últimas duas semanas? Por favor, indique com que frequência tem evacuado nas últimas duas semanas, escolhendo uma das seguintes opções:

- 1 Evacuação mais frequente do que nunca
- 2 Extremamente frequente
- 3 Muito frequente
- 4 Moderado aumento na frequência de evacuação
- 5 Algum aumento na frequência de evacuação
- 6 Leve aumento na frequência de evacuação
- 7 Normal, sem aumento na frequência das evacuações

2. Com que frequência se sentiu cansado, fatigado e exausto, nas últimas 2 semanas? Por favor, indique com que frequência a fadiga e o cansaço tornaram-se um problema para você nas últimas 2 semanas, escolhendo uma das opções.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

3. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você se sentiu frustrado, impaciente ou inquieto? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

4. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você não foi capaz de ir à escola ou fazer seu trabalho, por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

5. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você teve intestino solto? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

6. Como estiveram suas energias nas últimas 2 semanas? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Absolutamente sem energia
- 2 Muito pouca energia
- 3 Pouca energia
- 4 Alguma energia
- 5 Uma moderada quantidade de energia
- 6 Muita energia
- 7 Cheio de energia

7. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você se sentiu preocupado com a possibilidade de precisar de uma cirurgia, por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

8. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você teve que atrasar ou cancelar um compromisso social por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

9. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você foi incomodado por cólicas na barriga? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

10. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você sentiu mal estar em geral? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

11. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você teve problemas por medo de não achar um banheiro? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

12. Quanta dificuldade você teve para praticar esportes ou atividades de lazer como você gostaria de ter feito, por causa dos seus problemas intestinais, nas últimas 2 semanas? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Grande dificuldade, sendo impossível fazer estas atividades
- 2 muita dificuldade
- 3 Moderada dificuldade
- 4 Alguma dificuldade
- 5 Pouca dificuldade
- 6 Quase nenhuma dificuldade
- 7 Nenhuma dificuldade; os problemas intestinais não limitaram atividades esportivas ou lazer

13. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você foi incomodado por dores na barriga? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

14. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você teve problemas para ter um boa noite de sono ou foi incomodado por acordar durante a noite? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

15. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você se sentiu deprimido ou desencorajado? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

16. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você teve que evitar ir a lugares que não tivessem banheiros bem próximos? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

17. De uma maneira geral, nas últimas 2 semanas, a quão problemática foi para você a eliminação de grandes quantidades de gases? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Um dos maiores problemas
- 2 Um grande problema
- 3 Um problema significativo
- 4 Algum problema
- 5 Pouco problema
- 6 Quase nenhum problema
- 7 Nenhum problema

18. De uma maneira geral, nas últimas 2 semanas, o quão problemático foi manter o seu peso ou atingir o peso que você deseja? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Um dos maiores problemas
- 2 Um grande problema
- 3 Um problema significativo
- 4 Algum problema
- 5 Pouco problema
- 6 Quase nenhum problema
- 7 Nenhum problema

19. Muitos pacientes com problemas intestinais, com frequência têm preocupações e ficam ansiosos com sua doença. Isto inclui preocupações com câncer, preocupações de nunca se sentir melhor novamente e preocupações em ter uma reincidência. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você se sentiu preocupado ou ansioso? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

20. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você foi incomodado por sentir inchaço na barriga? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

21. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você se sentiu relaxado e sem tensão? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

22. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você teve problemas de sangramento retal com suas evacuações? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

23. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você sentiu vergonha por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

24. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você foi incomodado pela falsa sensação de ter que ir ao banheiro, apesar de seus intestinos estarem vazios? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

25. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você sentiu vontade de chorar ou sentiu-se aborrecido? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

26. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você foi incomodado por evacuar acidentalmente nas suas roupas de baixo? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

27. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você sentiu raiva por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

28. Quanto diminuiu sua atividade sexual, nas últimas 2 semanas, por causa do seu problema intestinal? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Absolutamente sem sexo como resultado da doença intestinal
- 2 Grande limitação como resultado da doença intestinal
- 3 Moderada limitação como resultado da doença intestinal
- 4 Alguma limitação como resultado da doença intestinal
- 5 Pouca limitação como resultado da doença intestinal
- 6 Quase nenhuma limitação como resultado da doença intestinal
- 7 Sem limitação alguma como resultado da doença intestinal

29. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você se sentiu incomodado por náusea ou enjoo? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

30. Quanto tempo, nas últimas 2 semanas, você se sentiu irritável? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

31. Com que frequência, nas últimas 2 semanas, você sentiu falta de compreensão por parte das outras pessoas? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Sempre
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Grande parte do tempo
- 4 Algum tempo
- 5 Pouco tempo
- 6 Raramente
- 7 Nunca

32. O quão satisfeito, feliz ou contente você se sentiu com sua vida pessoal, nas últimas 2 semanas? Por favor, escolha uma das respostas.

- 1 Muito insatisfeito, infeliz a maioria do tempo
- 2 Geralmente insatisfeito, infeliz
- 3 Um pouco insatisfeito, infeliz
- 4 Geralmente satisfeito, contente
- 5 Satisfeito a maior parte do tempo, feliz
- 6 Muito satisfeito a maior parte do tempo, feliz
- 7 Extremamente satisfeito, não poderia

Copyright, McMasterUniversity, Hamilton, Ontario, Canada (1989). Any further use or copying of this questionnaire must be authorized by a separate licensing agreement. Please contact the McMaster Industry Liaison Office at McMaster University, email: milo@mcmaster.ca for details Portuguese (Brazil) version IBDQ.