



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Marcela Maria Silvino Craveiro

**Fatores associados à qualidade do atendimento a pacientes com Doenças
Inflamatórias Intestinais, sob a ótica médica especializada**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestra em Cirurgia e Medicina
Translacional.

Orientador: **Prof. Titular Dr. Rogério Saad Hossne**
Coorientador(a): **Prof(a). Dr(a). Ligia Yukie Sasaki**
Coorientador(a): **Prof. Dr. Eduardo Garcia Vilela**

Botucatu
2022

Marcela Maria Silvino Craveiro

**Fatores associados à qualidade do atendimento a pacientes com Doenças
Inflamatórias Intestinais, sob a ótica médica especializada**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus
de Botucatu, para obtenção do título
de Mestra em Cirurgia e Medicina
Translacional.

Orientador (a): Prof. Titular Dr. Rogério Saad Hossne

Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). Ligia Yukie Sasaki

Coorientador(a): Prof. Dr. Eduardo Garcia Vilela

Botucatu
2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Craveiro, Marcela Maria Silvino.

Fatores associados à qualidade do atendimento a pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais, sob a ótica médica especializada / Marcela Maria Silvino Craveiro. - Botucatu, 2022

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Rogério Saad Hossne

Coorientador: Lígia Yukie Sasaki

Coorientador: Eduardo Garcia Vilela

Capes: 40102068

1. Doenças inflamatórias intestinais. 2. Crohn, Doença de.
3. Proctocolite. 4. Qualidade de vida.

Palavras-chave: Doença Inflamatória Intestinal; Doença de Crohn; Qualidade de atendimento a saúde; Retocolite ulcerativa.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais *Craveiro* e *Vera*, que sempre me apoiaram em todas as situações, fizeram o possível e impossível para que todos meus sonhos se tornassem realidade, e me ensinam diariamente o sentido do amor.

Ao meu irmão *Lucas* e as minhas primas-irmãs *Jéssica* e *Rafaela*, que sempre estiveram ao meu lado para todas as situações, muitas de alegrias e algumas de tristeza, com quem compartilho todos os melhores momentos da minha vida.

Ao meu esposo *Rafael*, meu companheiro e amor da vida, com quem divido todos os meus desafios e conquistas, que é minha dose de razão diária.

Sem vocês esse sonho não seria realizado. Essa conquista é nossa.

Minha gratidão eterna.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Deus por todas as bênçãos na minha vida, por estar sempre ao meu lado, pela minha fé, por me iluminar e conduzir no caminho da vida.

À Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, em especial ao Programa de Pós-graduação em Cirurgia e Medicina Translacional.

Ao meu orientador, *Prof. Titular. Rogério Saad Hossne* pelo orientação nesse trabalho e principalmente pela amizade e carinho nessa jornada, um exemplo de professor e líder, inspiração para minha caminhada.

Aos meus coorientadores: *Prof. Dra. Lígia Yukie Sasaki* pela colaboração, dedicação e disponibilidade de sempre, por me contagiar com seu amor pela doença inflamatória intestinal, um exemplo de professora, mãe e mulher. *Prof. Dr. Eduardo Garcia Vilela*, agradeço pela dedicação e por toda disponibilidade em me ensinar toda essência desse estudo, e por todos dos ensinamentos em estatística, obrigada pela paciência e apoio.

Aos professores da minha banca de qualificação *Prof. Dr. Luiz Henrique Cury Saad* e *Prof. Dr. Walmar Kerche de Oliveira* agradeço a amizade, ensinamentos e preciosas considerações para esse trabalho.

Aos professores da minha banca de defesa *Prof. Dr. Júlio Pinheiro Baima* e *Prof. Dr. Fábio Vieira Teixeira*, agradeço a disponibilidade em compor a banca e por todos os ensinamentos e sugestões para aprimoramento desse trabalho.

À disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica, ao serviço de Coloproctologia e ao serviço de Cirurgia Geral, sem palavras pelo prazer em fazer parte dessa família denominada Gastrocirurgia. Meu muito obrigada por todos os ensinamentos, confiança e oportunidade, minha eterna gratidão a todos os professores que me formaram cirurgiã, cirurgiã do aparelho digestivo e coloproctologista.

Ao Grupo de Doença Inflamatória Intestinal pelo companheirismo, dedicação, ensinamentos e amor por essas patologias desafiadoras.

Aos meus pacientes, agradeço a confiança no meu trabalho.

Aos meus residentes, agradeço a confiança nos meus ensinamentos e os desafios da vida acadêmica.

A secretária da pós-graduação *Márcia Fonseca Piagentini Cruz* por todo carinho e dedicação durante essa jornada.

A todos meus amigos, pela compreensão da minha ausência e pela minha saudade diária, muito obrigada pela confiança e carinho de todas as horas.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas, o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

CRAVEIRO, M. M. Fatores associados à qualidade do atendimento a pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais, sob a ótica médica especializada. 2022, 75f. Dissertação (Mestrado em Cirurgia e Medicina Translacional), Faculdade de Medicina de Botucatu, 2022.

Introdução: As doenças inflamatórias intestinais (DII) são afecções inflamatórias crônicas de caráter recorrente, cujas taxas de incidência e prevalência têm aumentado mundialmente, inclusive no Brasil, com importante impacto na qualidade de vida e morbidade destes pacientes. Sabemos que o diagnóstico precoce e o início rápido do tratamento adequado alteram a história natural da doença prevenindo complicações, por isso é necessário traçar o perfil dos médicos que atendem esses pacientes com DII no Brasil e como em seu dia a dia esse tratamento é realizado, principalmente entender as dificuldades no atendimento e avaliá-las em relação a outras variáveis. Objetivo: Analisar estatisticamente o banco de dados pertencente ao Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal do Brasil (GEDIIB), composto por médicos especialistas em DII, e avaliar como é realizado esse atendimento em todas as regiões brasileiras, além de analisar qual sua relação com o IDH e a demografia médica de cada região para obtermos resultados que possam ser úteis na melhoria do atendimento nas DII no país. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal que analisou de forma descritiva o banco de dados pré-existente do GEDIIB e observou através desta a realidade do atendimento das DII no país. Através desses dados conseguimos avaliar o perfil dos médicos que atendem esses pacientes, avaliar o acesso a medicações para o tratamento e a disponibilidade de exames complementares e relacionar essas variáveis com a presença de recursos humanos ao IDH e demografia médica de cada região. Foi realizada análise descritiva e estatística apropriada para a relação das variáveis e o nível de significância definido foi $p < 0.05$. Resultados: Na análise descritiva os resultados foram: Os médicos que responderam ao questionário se concentram mais na região Sudeste, com maior participação dos médicos residentes no estado de São

Paulo e na cidade do Rio de Janeiro, a maioria dos profissionais tem menos de 20 anos de formados na faculdade e na especialidade, a gastroenterologia seguida pela coloproctologia foram as especialidades que mais contribuíram com as respostas. Em relação ao local de trabalho a clínica privada expressivamente foi o lugar mais comum. Quanto à dificuldade de acesso a medicação a terapia biológica seguida pelos imunossupressores foram os primeiros colocados tanto na RCU e na DC, enquanto que a nutrição e a enteroscopia por duplo balão foi à especialidade e o exame complementar respectivamente de mais difícil acesso. No que diz respeito ao número de pacientes atendidos pelos profissionais a maioria possui 11-50 pacientes com diagnóstico de DC e RCU, os mesmo prescrevem mais os imunossupressores e a terapia biológica para o tratamento da DC e os derivados 5-ASA na terapêutica da RCU. A maioria dos profissionais se sente seguro no uso da terapia biológica, sendo o infliximabe a primeira escolha para o tratamento da DC e da RCU, enquanto que como segunda opção para DC o ustekinumabe merece destaque como o vedolizumabe na RCU. A falha da terapia biológica foi o principal tema que os médicos gostariam de abordar em discussões futuras. Os resultados foram analisados estatisticamente e relacionado ao IDH médio dos estados, sendo os resultados estatisticamente significativos às correlações para as seguintes variáveis: local de trabalho em clínica privada especializada em DII, dificuldade de acesso a medicações como corticóide, metrotexato e 6-mercaptopurina, encaminhamento para a avaliação da enfermagem, e acesso a enteroscopia por duplo-balão. Na análise da associação das variáveis com a razão médica os resultados foram significativos quanto ao: hospital privado e ambulatório público, dificuldade de acesso a medicações como azatioprina, 6-mercaptopurina e terapia biológica, ao acesso a exames complementares como marcadores fecais, enterotomografia, colonoscopia, cápsula endoscópica e enteroscopia por duplo balão. Conclusão: Através desse estudo, pudemos ter um retrato do perfil atual dos médicos que atendem DII que participaram deste levantamento do GEDIIB. Além da análise e descrição do perfil do médico e de suas dificuldades, relacionamos os principais aspectos que prejudicam tanto ao diagnóstico e o tratamento, atribuídos a fatores externos, independente da nossa realidade e competência. Esses resultados

sugerem e demonstram que para o atendimento adequado ao paciente com DII, diversas variáveis externas além do conhecimento e capacidade médica revelam-se necessários. Desta forma, políticas públicas de saúde mais eficazes devem ser planejadas e ampliadas, com atenção especial aos índices e resultados citados acima, visando um crescimento e adequação do sistema de saúde brasileiro voltado as DII.

Palavras-chave: Qualidade de atendimento a saúde; Doença de Crohn; Retocolite Ulcerativa; Doença Inflamatória Intestinal.

ABSTRACT

CRAVEIRO, M. M. **Factors associated with the quality of care for patients with Inflammatory Bowel Diseases, from a specialized medical perspective.** 2022, 75f. Thesis (Master's in Foundations of Surgery and Translational Medicine) – Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2022.

Introduction: Inflammatory bowel diseases (IBD) are chronic, recurrent inflammatory conditions, whose incidence and prevalence rates have increased worldwide, including in Brazil, with an important impact on the quality of life and morbidity of these patients. We know that early diagnosis and prompt start of adequate treatment alters the natural history of the disease, preventing complications, so it is necessary to outline the profile of doctors who treat these patients with IBD in Brazil and how this treatment is performed in their routine, mainly to understand the difficulties in care and evaluate them in relation to other variables. Aim: To statistically analyze the database of the Inflammatory Bowel Disease Study Group in Brazil (GEDIIB), composed of expert physicians in IBD, and to evaluate how this service is performed in all Brazilian regions, in addition to analyzing its relationship with the Human Development Index (HDI) and medical demography of each region to obtain results that can be useful in improving IBD care in the country. Methods: This is a cross-sectional study that descriptively analyzed the pre-existing GEDIIB database and observed through it the reality of IBD care in Brazil. Through these data we were able to assess the profile of physicians who care for these patients, the availability to medication for treatment and complementary exams, and to relate these variables to the presence of human resources to the HDI and medical demography of each region. Descriptive and appropriate statistical analysis was performed for the relationship of variables and the significance level defined was $p < 0.05$. Results: In the descriptive analysis, the results were: Physicians who answered the questionnaire are more concentrated in the Southeast region, with greater participation of physicians residing in the state of São Paulo and in the city of Rio de Janeiro, most professionals are under 20 years

old of medical school and residency graduation, gastroenterology followed by coloproctology were the specialties that most contributed to the responses. Regarding the workplace, the private clinic was significantly the most common place. Regarding the difficulty in accessing medication, biological therapy followed by immunosuppressants were the first placed in both UC and CD, while nutrition and double balloon enteroscopy were the specialty and complementary exam, respectively, of most difficult access. Regarding the number of patients seen by professionals, most have 11-50 patients diagnosed with CD and UC, they prescribe more immunosuppressants and biological therapy for the treatment of CD and 5-ASA derivatives in the therapy of UC. Most professionals feel confident in the use of biological therapy, with infliximab being the first choice for the treatment of CD and UC, while as a second option for CD, ustekinumab deserves to be highlighted like vedolizumab in UC. The failure of biological therapy was the main topic that clinicians would like to address in future discussions. The results were statistically analyzed and related to the average HDI of the states, and were statistically significant to the correlations for the following variables: workplace in a private clinic specializing in IBD, difficulty in accessing medications such as corticosteroids, methotrexate and 6-mercaptopurine, referral for nursing assessment, and access to double-balloon enteroscopy. In the analysis of the association of the variables with the medical reason, the results were significant regarding: private hospital and public outpatient clinic, difficulty in accessing medications such as azathioprine, 6-mercaptopurine and biological therapy, access to complementary exams such as fecal markers, enterotomography, colonoscopy, capsule endoscopy and double balloon enteroscopy. Conclusion: Through this study, we were able to have a picture of the current profile of doctors who attend IBD who participated in this GEDIIB survey. In addition to the analysis and description of the physician's profile and its difficulties, we list the main aspects that affect both diagnosis and treatment, attributed to external factors, regardless of our reality and competence. These results suggest and demonstrate that for adequate care for patients with IBD, several external variables in addition to medical knowledge and capacity are necessary. In this way, more effective public health

policies should be planned and expanded, with special attention to the indices and results mentioned above, aiming at a growth and adequacy of the Brazilian health system focused on IBD.

Keywords: Quality of health care; Crohn's disease; Ulcerative Colitis; Inflammatory Bowel Disease.

LISTA DE FIGURA E HISTOGRAMAS

- Figura 1. Distribuição dos estados brasileiros participantes da pesquisa de acordo com o IDH (A) e Razão Médica da OCDE (B). 32
- Figura 2. Mapa dos países afiliados e associados à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Fonte: Governo Federal..... 32
- Histograma 1. Distribuição do tempo de formatura (A) e especialidade (B) dos participantes da pesquisa..... 35
- Histograma 2. Distribuição de pacientes em uso de cada classe de medicamentos na Doença de Crohn e Retocolite ulcerativa, respectivamente, 5-ASA (A), Corticoide (B), Imunossupressor (C) e Terapia Biológica (C). 40

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos participantes da pesquisa por regiões brasileiras.	33
Gráfico 2. Distribuição dos participantes da pesquisa por estados brasileiros.	34
Gráfico 3. Distribuição dos participantes da pesquisa por cidades brasileiras.	34
Gráfico 4. Distribuição dos participantes da pesquisa por especialidade.	35
Gráfico 5. Distribuição dos participantes da pesquisa por local de trabalho.	36
Gráfico 6. Distribuição do número de locais de trabalho dos participantes das pesquisas.	36
Gráfico 7. Distribuição da dificuldade de liberação de medicamentos na Doença de Crohn.	37
Gráfico 8. Distribuição da dificuldade de liberação de medicamentos na Retocolite ulcerativa.	37
Gráfico 9. Distribuição da Dificuldade de encaminhamento para as especialidades.	38
Gráfico 10. Dificuldade de acesso a exames complementares.	38
Gráfico 11. Distribuição dos pacientes atendidos com Doença de Crohn e Retocolite ulcerativa.	39
Gráfico 12. Distribuição dos participantes com relação a segurança na prescrição de terapia biológica.	41
Gráfico 13. Distribuição do número de pacientes que utilizaram a Terapia Biológica como primeira escolha de tratamento na Doença de Crohn.	42
Gráfico 14. Distribuição do número de pacientes que utilizaram a Terapia Biológica como primeira escolha de tratamento na Retocolite ulcerativa.	42
Gráfico 15. Distribuição do número de pacientes que utilizaram a Terapia Biológica como segunda escolha de tratamento na Doença de Crohn.	43
Gráfico 16. Distribuição do número de pacientes que utilizaram a Terapia Biológica como segunda escolha de tratamento na Retocolite ulcerativa.	43
Gráfico 17. Distribuição dos futuros temas sugeridos pelos participantes da	

pesquisa.	44
----------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. IDH x Local de trabalho.	45
Tabela 2. IDH x Dificuldade de acesso à medicação na Doença de Crohn.	45
Tabela 3. IDH x Dificuldade de acesso à medicação na Retocolite Ulcerativa. ...	45
Tabela 4. IDH x Dificuldade de encaminhamento ao especialista.	46
Tabela 5. IDH x Dificuldade de acesso a exames complementares.	46
Tabela 6. IDH médio x resultados significativos.	47
Tabela 7. Razão Médica x Local de Trabalho.	47
Tabela 8. Razão Médica x Dificuldade de acesso a medicação na Doença de Crohn.	48
Tabela 9. Razão Médica x Dificuldade de acesso a medicação na RCU.	48
Tabela 10. Razão Médica x Dificuldade de encaminhamento ao especialista.	48
Tabela 11. Razão Médica x Dificuldade de acesso a exames complementares. ...	49
Tabela 12. Razão Médica x Muito fraca correlação.	49
Tabela 13. Razão Médica x Resultados significativo.	50

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

ANS	Agência Nacional de Saúde
DC	Doença de Crohn
DII	Doenças inflamatórias intestinais
EDA	Endoscopia digestiva alta
Entero RNM	Enteroressonncia nuclear magnética
Entero TC	Enterotomografia computadorizada
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
GEDIIB	Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal do Brasil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	ndice de Desenvolvimento Humano
OCDE	Organizao para a Cooperao e Desenvolvimento Econmico
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PCR	Proteína C Reativa
RCU	Retocolite ulcerativa
RX	Radiografia
SUS	Sistema nico de Saúde
TB	Tuberculose
USD	<i>United States Dollar</i>
VHS	Velocidade de hemossedimentao

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1. Doença de Crohn (DC)	19
1.2. Retocolite Ulcerativa (RCU)	20
1.3. Terapêutica nas DII	21
1.4. DII no cenário mundial e nacional	22
1.5. Cenário da demografia médica	25
2. JUSTIFICATIVA	27
3. OBJETIVOS	28
4. METODOLOGIA	29
4.1. Análise estatística	31
5. RESULTADOS	33
5.1. Análise descritiva dos dados	33
5.1.1. Distribuição por regiões, estados e cidades	33
5.1.2. Distribuição por tempo de formatura, especialidade médica e local de trabalho	34
5.1.3. Dificuldade de acesso a medicamentos	36
5.1.4. Dificuldade de encaminhamento a outros especialistas	37
5.1.5. Dificuldade de acesso a exames complementares	38
5.1.6. Número de pacientes e prescrições de medicamentos	39
5.2. Análise estatística entre as variáveis qualitativas	44
5.2.1. Relação dos dados analisados com o IDH	44
5.2.2. Relação dos dados analisados com a Razão Médica	47
6. DISCUSSÃO	51
7. CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS	63
ANEXO	70

1. INTRODUÇÃO

A doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU) são as principais representantes das doenças inflamatórias intestinais (DII), caracterizadas por processo inflamatório crônico que acomete o trato digestório (1). A fisiopatologia dessas doenças mantém-se em grande parte desconhecida, mas sabe-se que envolve uma complexa relação entre fatores genéticos, ambientais e imunológicos (2).

Vários fatores ambientais estão associados com o risco de desenvolvimento das DII, como tabagismo, medidas de higiene, exposição a microrganismos, uso de anti-inflamatório não hormonal e antibiótico, dieta, amamentação, apendicectomia prévia, fatores emocionais entre outros. Embora saibamos quais fatores ambientais envolvidos, o mecanismo exato de como esses fatores interfere nas DII não foi elucidado (3).

Em virtude da sua cronicidade, da sua evolução, da extensão do seu comprometimento no trato digestório e das lesões teciduais progressivas as DII, impactam muito na qualidade de vida dos pacientes e com elevadas taxas de morbidade (4-7).

1.1. Doença de Crohn (DC)

A DC é uma desordem inflamatória crônica cujo tratamento clínico é feito de forma contínua visando o controle da atividade inflamatória e a evolução do dano estrutural, na dependência desta evolução, do momento do diagnóstico, do seu fenótipo e dos tratamentos instituídos, haverá a necessidade do tratamento cirúrgico (8).

Na apresentação desta doença o segmento do trato digestório acometido com maior frequência é o íleo terminal, seguido pelo comprometimento colônico, a região ileocolônica e raramente o trato digestório superior. Em relação ao seu fenótipo, a maioria dos pacientes apresenta uma doença inflamatória, seguidos por um acometimento fistulizante e estenosante (9).

A DC luminal normalmente inicia-se em adultos jovens e pode evoluir para

complicações como abscessos, fístulas, obstrução intestinal e infecções que podem levar à hospitalização e/ou cirurgias; na DC perianal tratamento cirúrgico deve ser realizado em conjunto com o tratamento clínico medicamentoso (10). Este processo inflamatório caracteriza-se por ser descontínuo intercalando segmentos acometidos pela inflamação com segmentos normais, transmural, acometendo da mucosa a serosa, podendo comprometer estruturas adjacentes (11).

A abordagem terapêutica na DC deve-se pautar, em geral, pelo seu fenótipo, grau de atividade da doença, sua extensão e o seu momento evolutivo.

1.2. Retocolite Ulcerativa (RCU)

A RCU acomete quase sempre o reto, de forma homogênea e contínua, e progride em graus variáveis proximalmente podendo acometer todo o cólon e, eventualmente até o íleo terminal (ileíte por refluxo). Caracteriza-se por episódios de recidivas e remissão da inflamação e os sintomas dependem da extensão e gravidade da doença (8).

A inflamação, principalmente, no reto resulta em aumento da frequência evacuatória, fezes em pequena quantidade, normalmente acompanhada de saída de muco e/ou sangue, tenesmo e até episódios de incontinência fecal. A perda de muco e sangue ocorre na maioria dos pacientes (8).

As manifestações sistêmicas como fadiga, febre, anorexia e emagrecimento, são também encontradas na maioria dos pacientes com DII (12). A dor abdominal guarda relação com a extensão e intensidade da inflamação, sendo em geral leve a moderada, podendo tornar-se severa nas complicações, tais como no “megacólon tóxico” (10).

A abordagem terapêutica do paciente com RCU deve estabelecer o grau de atividade da doença (leve, moderada ou grave) e a extensão da doença (retite, hemicolite ou pancolite). No caso da avaliação da extensão da doença, a colonoscopia é o método recomendado, evitando-se o procedimento em surtos graves da doença (13).

1.3. Terapêutica nas DII

Em relação aos tratamentos das DII, várias drogas entram no arsenal terapêutico, estas utilizadas na indução da remissão e/ou manutenção da remissão dos sintomas. Dentre as principais drogas utilizadas destacamos:

Os aminossalicilatos, medicamentos derivados do ácido aminossalicílico, representados principalmente pela Sulfassalazina e os derivados 5-ASA, estes exercem efeitos terapêuticos ao nível do lúmen intestinal e seu mecanismo de ação está relacionado com a inibição das enzimas COX-1 e COX-2 (14). Similarmente, os corticóides também são fármacos muito utilizados e interferem na resposta imune pela interação com receptores glicocorticóides no núcleo celular, suas principais funções são afetar a expressão das moléculas de adesão e prevenir a migração de células inflamatórias para o trato digestório, além de minimizar a produção de citocinas pró-inflamatórias (15).

Em contra partida os imunossupressores, como azatioprina (AZA), 6-mercaptopurina (6- MP), ciclosporina e metotrexato agem na atividade inflamatória inibindo a atividade de linfócitos T e B, das células NK (natural-killer) e induzindo a apoptose celular (16,17). De outra maneira, os medicamentos denominados terapia biológica como terapia Anti- TNF Alfa representada pelo Infleximabe, Adalimumabe, Certolizumabe pegol e Golimumabe, possui o principal efeito na inibição do fator de necrose tumoral, enquanto o Vedolizumabe um anticorpo monoclonal com ação anti-integrina e o Ustequinumabe um anticorpo monoclonal com mecanismo de ação anti interleucina 12 e 23 (18).

No tratamento clínico da RCU com sintomas leves a moderados utilizamos terapia os derivados 5-ASA administração oral e/ou tópica para indução e manutenção da remissão dos sintomas e as tiopurinas para manutenção em pacientes dependentes do corticóide ou intolerantes ao 5-ASA, enquanto que no manejo da RCU com sintomas graves usamos os corticóides sistemicos apenas para indução da remissão e a terapia com Anti-TNFs ou Vedolizumabe ou Ustequinumabe para indução e manutenção da remissão em pacientes intolerantes ou com resposta

inadequada a terapia convencional (19).

Em contrapartida, o manejo do paciente com DC apesar do uso das mesmas opções terapêuticas se difere da RCU. O uso de 5-ASA não é uma medicação recomendada na indução e/ou manutenção da remissão dos sintomas na DC, as tiopurinas não são indicadas na indução da remissão, porém é utilizada na manutenção da remissão, a terapia Anti-TNF é a escolha para pacientes com DC moderada a grave em pacientes com resposta inadequada a outras terapias tanto na indução quanto na manutenção dos sintomas, assim como o Vedolizumabe e principalmente o Ustekinumabe em pacientes que não obteram ou perderam resposta à terapia Anti-TNF (20).

1.4. DII no cenário mundial e nacional

O diagnóstico das DII é crescente nos países industrializados e em industrialização desde os séculos 19 e 20, respectivamente. Esta patologia é presente em todos os continentes, países, etnias e classes sociais, com uma prevalência maior em indivíduos descendentes de europeus e residentes em países ocidentais. Nações e continentes recentemente industrializados como a Ásia, Oriente Médio e alguns países da América do Sul observaram um aumento crescente na incidência desta doença, fato, que reflete um aumento da população mundial com DII. Esses pacientes são diagnosticados cada vez mais jovens, normalmente em uma idade próxima a entrada no mercado de trabalho, o que impactará em políticas públicas de saúde, maiores períodos de afastamento do trabalho, e por mais tempo o uso de medicamentos de alto custo, como a terapia biológica, abalando o sistema econômico dos países principalmente em industrialização (21).

Uma revisão sistemática analisou sob a ótica global a prevalência e incidência das DII na última geração e identificou mudanças na epidemiologia dessas doenças no século 21. Desde década de 1990 observou-se uma estabilidade no aumento dos casos de DII no mundo ocidental, ao contrário do que ocorreu nos países em industrialização, cujas taxas epidemiológicas estão aumentando consideravelmente, sendo um crescimento análogo ao que ocorreu nos países

ocidentais no final do século 20. Acredita-se que os países emergentes ainda não atingiram o pico da incidência das DII, fato que exigirá mudanças nos próximos anos em relação a avanço na prevenção, diagnóstico e tratamento dessas doenças, investimento em força de trabalho, e políticas públicas de saúde serão fundamentais (22). Na América Latina não foi diferente, apesar de metodologias de estudos diferentes, uma revisão sistemática mostrou que o número de pacientes diagnosticados com DII é expressivo (23).

Quanto ao perfil epidemiológico das DII no Brasil, podemos destacar um aumento nas taxas de incidência e prevalência, apesar de poucos estudos epidemiológicos e populações muito dispare nos estudos publicados (24).

Recentemente, Quaresma (2022) (25) em um grande estudo mostrou que a incidência das DII aumentou de 9,4 em 2012 para 9,6 por 100.000 habitantes em 2020, considerando isoladamente para doença as taxas de incidência da para RCU aumento de 5,7 para 6,9 para 100.000, enquanto que a incidência da DC diminuiu de 3,7 para 2,7 para 100.000. A prevalência das DII aumentou de 30,0 em 2012 para 100,1 por 100.000 em 2020, na RCU também observou um aumento da prevalência de 15,7 para 56,5 por 100.000, assim como na DC de 12,6 para 33,7 por 100.00. Concluindo os autores que a incidência da DC está diminuindo enquanto que RCU está aumentando, levando a uma estabilização da incidência das DII de 2012 a 2020 no Brasil, enquanto as taxas de prevalência das DII aumentam com 0,1% dos brasileiros vivendo com DII em 2020.

Dados similares aos encontrados por Gasparini (2018) (26), em um estudo epidemiológico, avaliou a epidemiologia no estado de SP entre os anos de 2012-2015, mostrando uma média de incidência de 6,14 casos novos/100.000 habitantes ano para DC e de 7,16 casos novos/100.000 habitantes ano para RCU, enquanto que a prevalência encontrada foi de 24,3 casos/ 100.000 habitantes para DC e 28,3 casos/100.000 habitantes para RCU, a mesma publicação mostrou em relação a estudos anteriores uma discreta diminuição nas taxas epidemiológicas de DC e um aumento nas taxas de RCU, as faixas etárias de 20 e 60 anos tiveram maiores taxas epidemiológicas e foi observada uma maior ocorrência em mulheres tanto para DC como para RCU.

Em contraste, Parente *et al.* (2015) (27), analisando a região Nordeste do país, mostraram um atraso entre o início dos sintomas e o diagnóstico das DII de aproximadamente 35,5 meses nessa macrorregião e descreveu um aumento gradual nas taxas de incidência e prevalência das DII com predominância no diagnóstico de RCU, não havendo diferença entre os sexos, com maioria dos pacientes com menos de 40 anos. O atraso no diagnóstico de DII foi destacado nesse estudo, o que foi justificado devido à falta de recursos e conhecimento dessa patologia entre os profissionais de saúde dessa região. Apesar dessas evidências, todos esses estudos são unânimes quanto à necessidade de novos estudos com populações e metodologias semelhantes para revelar as reais taxas epidemiológicas das DII no Brasil.

As DII permanecem elevadas em pacientes mais jovens com um fenótipo mais amplo que a população adulta (28). Isto é de fundamental importância para novas pesquisas relacionadas a essas doenças, tendo em vista que a maioria da população acometida se encontra em idade produtiva, levando a um impacto no sistema previdenciário, visto que esta é uma doença crônica, que provoca afastamento permanente ou temporário, e até mesmo aposentadoria aos seus portadores. Paciente com RCU e/ou DC têm custos médios anuais três vezes maiores que o pacientes sem essas comorbidades, com custo maior no primeiro ano de diagnóstico da doença, desconsiderando o custo indireto relacionado à qualidade de vida, produtividade e outros ganhos pessoais (29).

Um estudo avaliou o impacto nas DII no sistema previdenciário brasileiro observando que as mulheres com RCU ou DC apresentam maiores taxas de aposentadoria permanente em relação aos homens, no qual foi pago aos portadores de DII (no período de quatro anos de estudo), o valor de USD 98.098.212, aproximadamente 1% de todos os benefícios pagos pela previdência social. Interessante ressaltar que o mesmo estudo observou uma disparidade entre as regiões brasileiras com relação aos dados obtidos pela pesquisa, consequência das diferenças econômicas, heterogeneidade social, étnica e cultural dentro do país (30).

A globalização das DII, com taxas de prevalência e incidência aumentando nos países em desenvolvimento, com o envelhecimento da população já com

diagnóstico desta doença, o uso de medicações de alto custo para o tratamento e o crescimento exponencial dos casos na próxima década, será um desafio para todos que atuam nas DII. A força de trabalho, medidas preventivas, políticas públicas de saúde, avanço de pesquisas e previdência social serão fundamentais, para o planejamento multidisciplinar, a fim de minimizar o dano causado pelo aumento dos casos de DII e garantir o tratamento adequado para os pacientes portadores dessa patologia (31,32).

1.5. Cenário da demografia médica

Em relação à força de trabalho médica, segundo a Scheffer *et al.*,(2020) (33) revelou que o Brasil possui 500.000 médicos e com isso uma razão médico/1.000 habitantes de 2,8. Os homens continuam sendo maioria, porém a diferença de gênero vem diminuindo a cada ano, assim como a média de idade entre os profissionais. A razão médico/1.000 habitantes revela a desigualdade da distribuição médica entre as macrorregiões brasileiras em especial na região Norte e Nordeste, apresentando as menores taxas, 1,3 e 1,69, respectivamente, enquanto a região Sudeste possui a maior razão, 3,15 seguida pela região Centro-oeste, 2,74, e região Sul de 2,62. Os médicos se concentram nas capitais, são especialistas, com a razão especialista/generalista de 1,58, a desigualdade entre os médicos especialistas/regiões do país se mantém, tendo uma concentração dos mesmos no serviço privado, e aumento do número de vínculos empregatício, assim como a carga horária trabalhada de mais de 60 horas semanais pela maioria dos profissionais.

A diferença entre os estados brasileiros se mantém entre a distribuição das escolas médicas, em sua maioria encontram-se no Sudeste, Sul e litoral do Nordeste. As escolas privadas são encontradas mais na região Sul e Sudeste, enquanto as escolas públicas são maioria nos estados das regiões Norte e Centro- Oeste, já à região Nordeste encontra-se um equilíbrio entre as escolas médicas públicas e privadas. Apesar de mudanças e maior inclusão social na educação médica, esta ainda é frequentada majoritariamente por alunos brancos, com renda familiar

elevada e que frequentaram escolas particulares no ensino médio. Quanto à percepção do médico ao seu trabalho a maioria queixa-se de salários reduzidos, piores condições de trabalho e carga horária aumentada (33).

Alinhando a demografia médica e o tratamento das DII no Brasil observou sob a ótica médica que várias são as dificuldades encontradas pelos médicos em sua atividade diária. Sabe-se que dentre as dificuldades, a principal delas refere-se ao acesso de medicações ou liberação dos mesmos, além de uma discrepância entre outras variáveis, como atividade de doença, taxas de hospitalização e procedimentos cirurgicos com particularidades em cada macroregião brasileira (34–36). Visto isso, se faz relevante o detalhamento do perfil dos médicos que atendem a população adulta com DII, analisando separadamente as características desses profissionais relacionando com as particularidades de cada região de trabalho.

2. JUSTIFICATIVA

Devido ao aumento mundial nas taxas de incidência e prevalência das DII e a complexidade no diagnóstico, tratamento e seguimento das mesmas, faz-se necessário uma abordagem adequada da doença visando: diagnóstico correto, tratamento adequado, baseado em objetivos e metas, buscando a remissão clínica e endoscópica, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e evitando complicações e cirurgias (37). Para tal, torna-se necessário não apenas ter conhecimento acerca das DII, mas também uma estrutura adequada que envolva local de trabalho, acesso a exames complementares, acesso a medicamentos e a presença de equipe multidisciplinar. A análise destas condições do cenário nacional é algo inédito e não realizado.

3. OBJETIVOS

Considerando o banco de dados e a análise das características do atendimento das DII no Brasil:

- I. Avaliar o perfil dos médicos que tratam DII no Brasil.
- II. Avaliar acesso às medicações para o tratamento e a disponibilidade de exames complementares.
- III. Avaliar as dificuldades que existem, sejam de recursos humanos ou demandas estruturais, no sentido de melhorar o atendimento aos pacientes.
- IV. Relacionar o perfil dos médicos, o acesso às medicações e aos exames complementares com a presença de recursos humanos ao IDH e a demografia médica de cada estado.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, o qual utilizou um banco de dados pré-existente do Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal do Brasil (GEDIIB). O Estudo foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP) (42079120.0.0000.5411).

Esses dados foram obtidos previamente, através de um questionário específico do *Google* Formulários encaminhado sob a forma de “*Quiz*” para os participantes da pesquisa (Anexo 1).

Foram convidados a participar da pesquisa médicos que sabidamente eram referência para atendimento de DII nas suas cidades ou suas macrorregiões. Os médicos participantes foram identificados através dos coordenadores das comissões estaduais do GEDIIB. Foram excluídos os questionários incompletos e de profissionais da gastropediatria, visto que o foco do estudo foi apenas o atendimento de pacientes adultos. As respostas aceitas foram no período compreendido entre abril e outubro de 2019.

As variáveis analisadas contidas no questionário foram:

1. Cidade onde atuam;
2. Estado onde atuam;
3. Tempo de graduação (até 10 anos; 10-20 anos; 20-30 anos; 30-40 anos; 40-50 anos; mais que 50 anos);
4. Especialidade médica (cirurgia do aparelho digestivo; cirurgia geral; coloproctologista; endoscopia digestiva; gastroenterologista);
5. Anos de atuação na especialidade (até 20 anos; 20-40 anos; 40 a 60 anos mais de 60 anos);
6. Local de trabalho (clínica ou consultório privado; clínica ou consultório privado especializado em DII; ambulatório de serviço público; ambulatório de serviço público especializado em DII; hospital público e/ou privado);
7. Dificuldade para acesso e liberação de medicamentos para os pacientes com Doença de Crohn (derivados do 5-ASA; corticóide; azatioprina; 6-mercaptopurina; metotrexato; terapia biológica);

8. Dificuldade para acesso e liberação de medicamentos para os pacientes com Retocolite ulcerativa (derivados do 5-ASA; corticóide; azatioprina; 6-mercaptopurina; metotrexato; terapia biológica);
9. Dificuldade para encaminhamento a outros especialistas que atuam em DII (nutrição; psicologia; enfermagem; cirurgião; gastroenterologista e patologista);
10. Dificuldade para realização de exames complementares (exames laboratoriais de rotina; VHS; PCR; calprotectina; triagem para TB; Rx de tórax; sorologia viral; entero TC; entero RNM; EDA; colonoscopia: cápsula endoscópica; enteroscopia por duplo balão; anatomopatológico);
11. Número de pacientes com DC (até 10; 11- 50; 51-100; 101-200; 201-500; mais de 500);
12. Número de pacientes com RCU (até 10; 11- 50; 51-100; 101-200; 201-500; mais de 500);
13. Número de pacientes com DC em uso de cada classe medicamentosa (5-ASA, corticóides, imunossupressores e terapia biológica);
14. Números de pacientes com RCU em uso de cada classe medicamentosa (5-ASA, corticóides, imunossupressores e terapia biológica);
15. Números de pacientes que utilizou cada classe de terapia biológica como primeira e segunda escolha para abordagem da DC (adalimumabe, certolizumabe, infliximabe, ustequinumabe e vedolizumabe);
16. Números de pacientes que utilizou cada classe de terapia biológica como primeira e segunda escolha para abordagem da RCU (adalimumabe, golimumabe, infliximabe e vedolizumabe);
17. Quais temas dentro da abordagem das DII gostariam de discutir (fisiopatologia; diagnóstico; tratamento convencional; terapia biológica (indicação); terapia biológica (falha); manifestações extra intestinais; seguimento pós-operatório).

O IDH foi utilizado com medida para classificação dos estados brasileiros participantes da pesquisa, e foi obtido pelo site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os mesmos foram subdivididos quanto ao IDH (Figura 1A):

1. 0,800-1,000: Muito alto;
2. 0,700-0,799: Alto;
3. 0,555-0,699: Médio;
4. 0,350-0,554- Baixo.

Em relação à razão médica, adotamos como referência para a classificação dos estados da pesquisa a razão médica/100.000 habitantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), uma organização a qual apresenta dados em relação à saúde e outros indicadores dos países filiados (Figura 2). O valor de referência adotado foi de uma média da OCDE de 3,5 médicos/1.000 habitantes. Assim, dividimos os estados em acima/igual à razão médica da OCDE e abaixo a razão médica da OCDE de acordo com a Figura 1B. Os dados da razão médica de cada estado foram extraídos da última Demografia Médica no Brasil (33).

4.1. Análise estatística

Uma análise descritiva de variáveis quantitativas, semiquantitativas e qualitativas foi realizada. As variáveis quantitativas foram submetidas ao teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliação quanto a sua distribuição. As variáveis qualitativas como Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e razão médica foram analisadas pelo teste de Qui-quadrado, quando um dos valores absolutos da tabela 2x2 foi menor que cinco, o teste exato de Fisher foi utilizado.

O programa estatístico SPSS *Statistic 22*, foi utilizado para análise estatística e o nível de significância definido foi valores de $p < 0,05$.

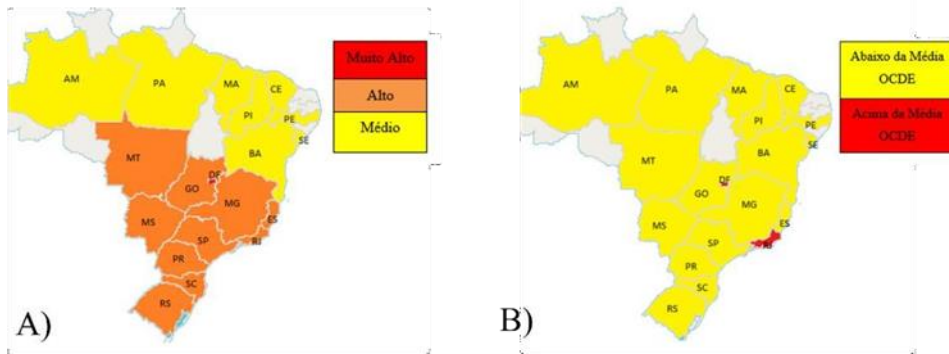


Figura 1. Distribuição dos estados brasileiros participantes da pesquisa de acordo com o IDH (A) e Razão Médica da OCDE (B).

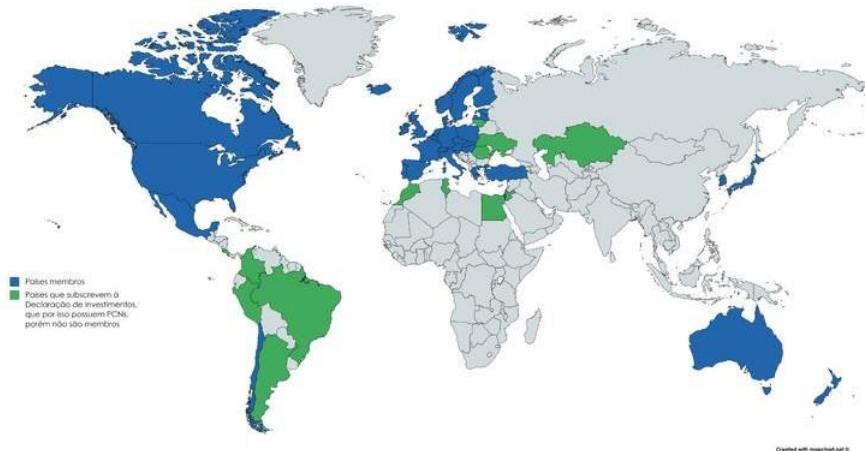


Figura 2. Mapa dos países afiliados e associados à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Fonte: Governo Federal.

5. RESULTADOS

5.1. Análise descritiva dos dados

5.1.1. Distribuição por regiões, estados e cidades

Obtivemos 278 questionários respondidos por profissionais que trabalham com DII na população adulta brasileira, nas 5 regiões brasileiras, no distrito federal e mais 18 estados, em 101 municípios. Não obtivemos resposta nos seguintes estados e regiões: Tocantins na região Centro-Oeste, Acre, Amapá, Rondônia e Roraima na região Norte e Alagoas, Paraíba e Rio Grande do Norte na região Nordeste.

A região Sudeste foi a maior contribuinte com 142 respostas (51,1%), seguida pelas regiões Sul com 76 (27,3%), Nordeste com 31 (11,2%), Centro-Oeste com 25 (9%) e Norte com 4 (1,4%) (Gráfico 1).

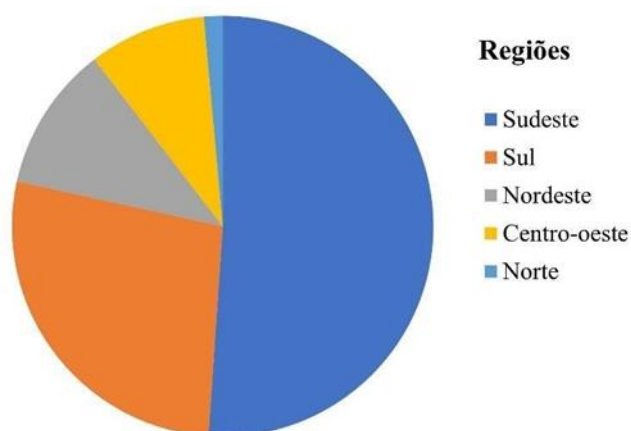


Gráfico 1. Distribuição dos participantes da pesquisa por regiões brasileiras.

O estado de São Paulo foi o maior colaborador com 65 respostas (23,4%), seguido pelos estados do Rio Grande do Sul com 33 (11,9%), Minas Gerais com 32 (11,5%), Paraná com 28 (10,1%) e Rio de Janeiro com 23 das respostas (8,3%). (Gráfico 2).

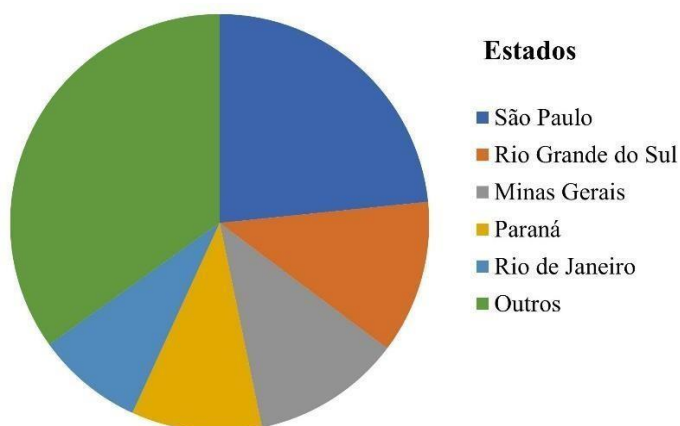


Gráfico 2. Distribuição dos participantes da pesquisa por estados brasileiros.

Em relação aos municípios, 101 cidades participaram da pesquisa, tendo o Rio de Janeiro com 17 respostas (6,1%) como a cidade mais participativa, seguida por Belo Horizonte com 16 (5,7%), Curitiba com 15 (5,4%), Porto Alegre 14 (5%) e São Paulo 13 (4,7%) (Gráfico 3).

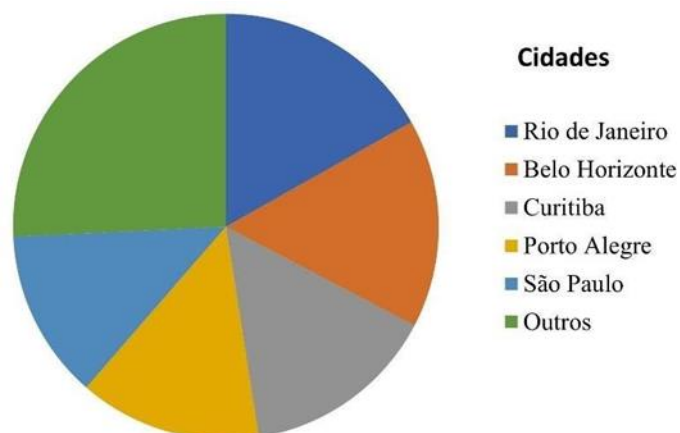
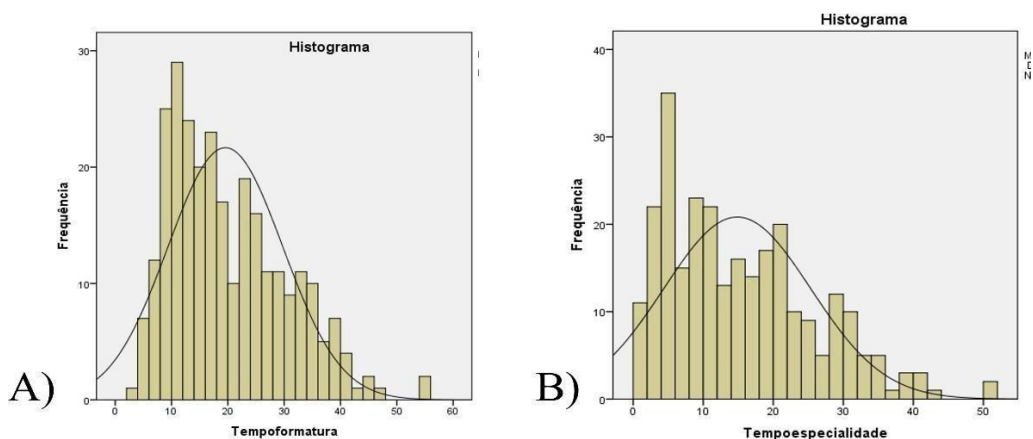


Gráfico 3. Distribuição dos participantes da pesquisa por cidades brasileiras.

5.1.2. Distribuição por tempo de formatura, especialidade médica e local de trabalho

A mediana do tempo de formatura dos participantes foi de 17 anos (amplitude mínima de 3 anos e máxima de 55 anos), enquanto o a mediana do tempo de especialidade foi de 13 anos (amplitude mínima de 1 ano e máxima de

51 anos) (Histograma 1A e B).



Histograma 1. Distribuição do tempo de formatura (A) e especialidade (B) dos participantes da pesquisa.

A especialidade dos médicos mais frequente foi a gastroenterologia com 140 respostas (50,4%), seguida pela coloproctologia com 104 (37,4%), cirurgia do aparelho digestivo com 13 (4,7%), endoscopia digestiva com 11 (4,0%), cirurgia geral com 7 (2,5%) e clínica médica com 1 (0,4%) (Gráfico 4).

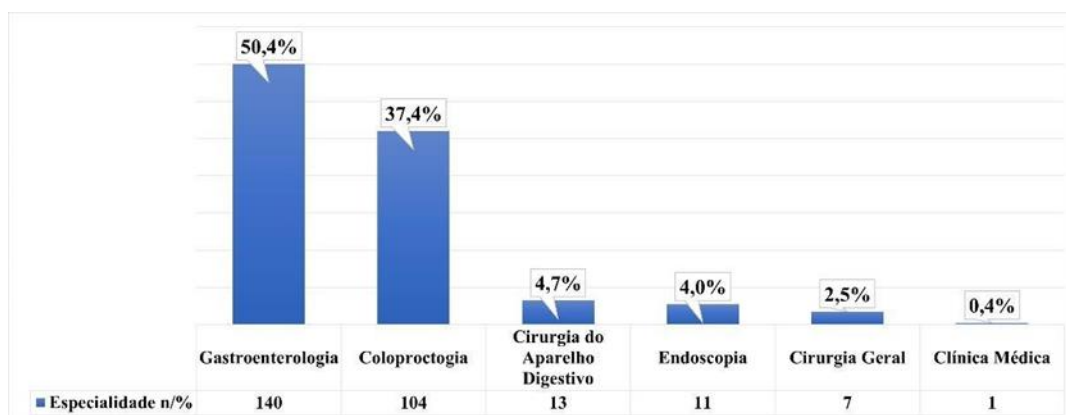


Gráfico 4. Distribuição dos participantes da pesquisa por especialidade.

A maioria dos médicos trabalham em consultório/clínica privada, totalizando 248 profissionais (89,2%), 144 (51,8%) em hospital público, 133 (47,8%) em hospital privado, 108 (38,8%) em ambulatório público, 73 (26,3%) em ambulatório público especializado em DII e 23 (8,3%) em consultório/clínica

privada especializado em DII (Gráfico 5); 81 (29,1%) dos médicos trabalham em 2 lugares, seguido de 72 (25,9%) em mais de 3 lugares, 67 (24,1%) em 3 lugares, e 57 (20,5%) em apenas 1 lugar (Gráfico 6).

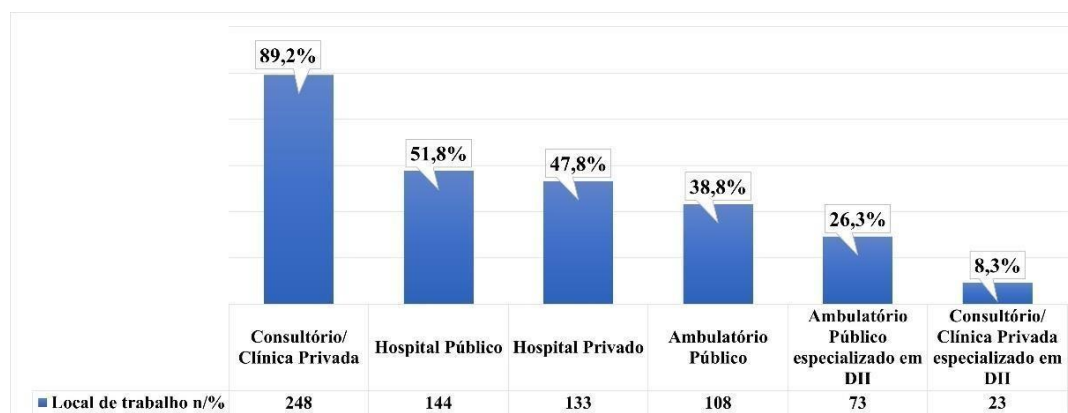


Gráfico 5. Distribuição dos participantes da pesquisa por local de trabalho.

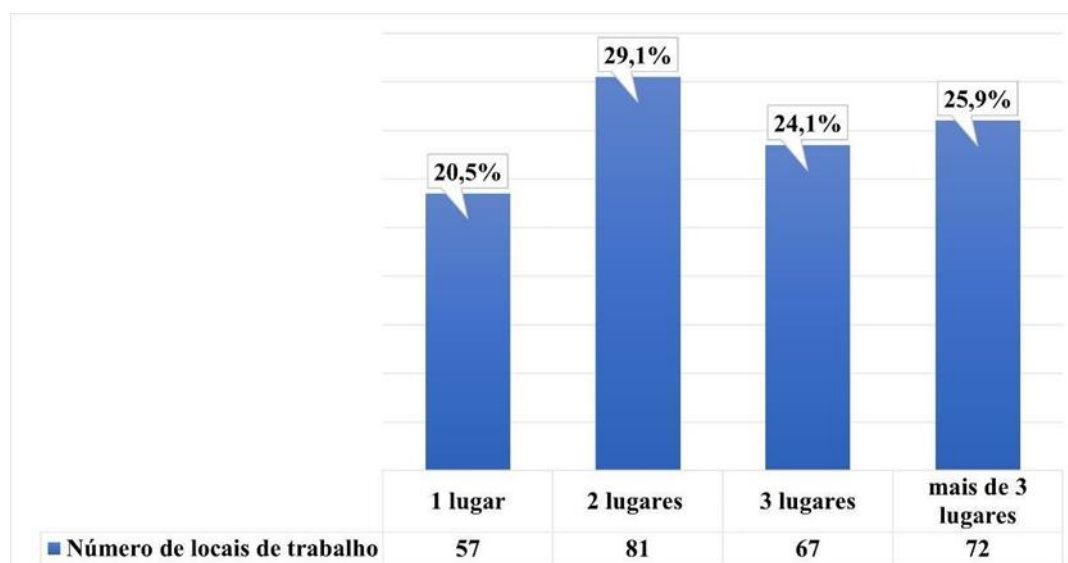


Gráfico 6. Distribuição do número de locais de trabalho dos participantes das pesquisas.

5.1.3. Dificuldade de acesso a medicamentos

Em relação à DC, a terapia biológica foi a medicação mais difícil de obter, com 194 respostas (69,8%), seguido pela 6-mercaptopurina com 64 respostas (23%), derivados 5-ASA com 50 respostas (18%), metotrexate com 38 respostas (13,7%), azatioprina com 37 respostas (13,3%) e corticóide com 8 respostas (2,9%)

(Gráfico 7).

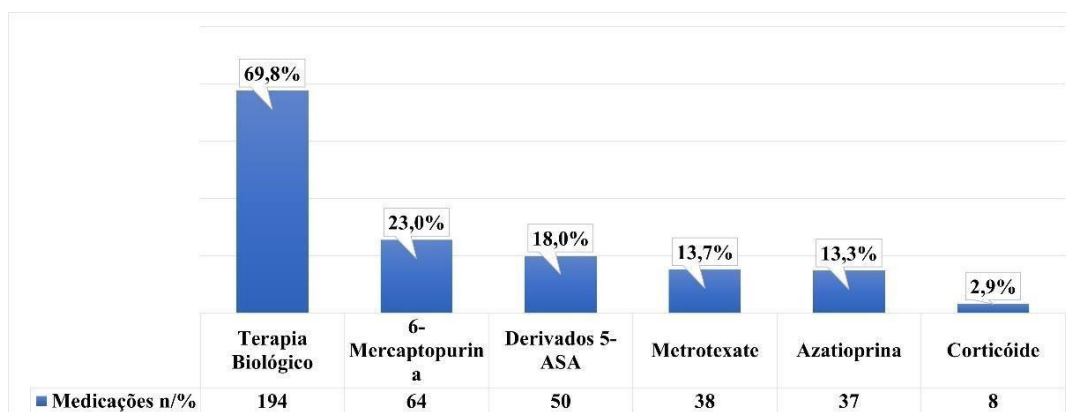


Gráfico 7. Distribuição da dificuldade de liberação de medicamentos na Doença de Crohn.

Para o tratamento de RCU, a terapia biológica permanece em primeiro lugar com 264 respostas (95%) e posteriormente a 6-mercaptopurina com 51 (18,3%), derivados 5-ASA com 49 (17,6%), azatioprina com 38 (13,7%) e corticoide com 5 (1,8%) (Gráfico 8).

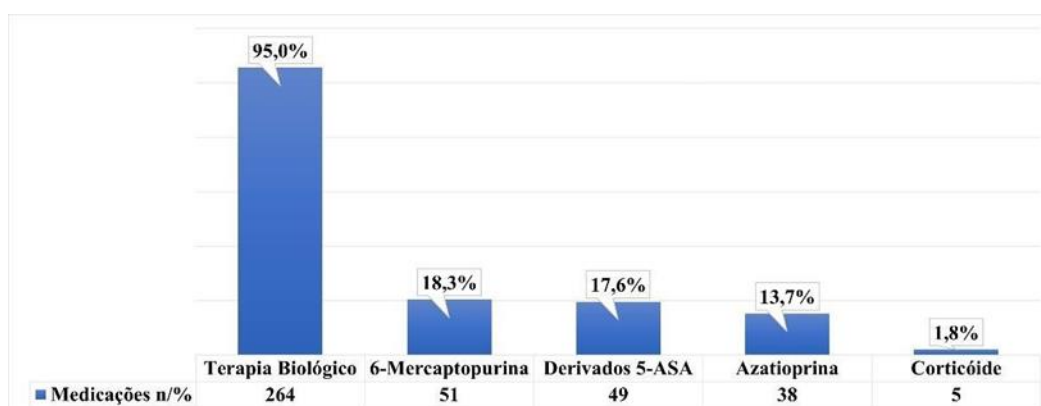


Gráfico 8. Distribuição da dificuldade de liberação de medicamentos na Retocolite ulcerativa.

5.1.4. Dificuldade de encaminhamento a outros especialistas

O encaminhamento para a nutrição foi o maior obstáculo dentre as especialidades com 111 respostas (39,9%), em segundo lugar a psicologia com 110 (39,6%), em terceiro a enfermagem com 66 (23,7%), em quarto a patologia com 48

(17,3%), em quinto a cirurgia com 43 (15,5%) e por último a gastroenterologia com 21 (7,6%) (Gráfico 9).

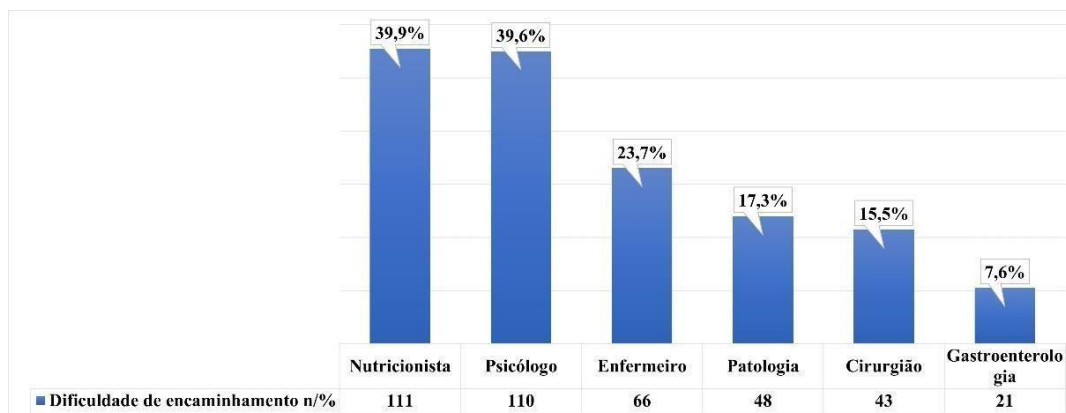


Gráfico 9. Distribuição da Dificuldade de encaminhamento para as especialidades.

5.1.5. Dificuldade de acesso a exames complementares

A maior dificuldade de acesso foi a enteroscopia por duplo balão com 218 respostas (78,4%), seguido por: cápsula endoscópica com 212 (76,3%), marcadores fecais com 188 (67,6%), enterorressonância com 141 (50,7%), enterotomografia com 110 (39,6%), triagem TB com 87 (31,3%), colonoscopia com 54 (19,4%), endoscopia digestiva alta (EDA) com 19 (6,8%), anatomopatológico com 14 (5%), marcadores séricos com 7 (2,5%), raio X para *screening* de tuberculose (RX TB) com 6 (2,2%), sorologia viral e rotina laboratorial com 2 respostas (0,7%) (Gráfico 10).

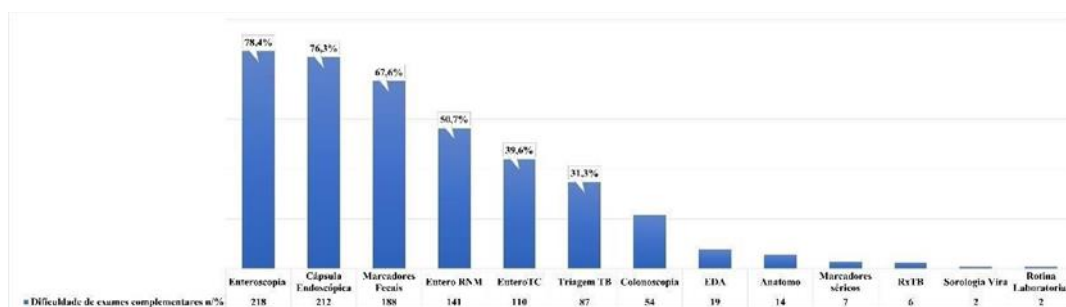


Gráfico 10. Dificuldade de acesso a exames complementares.

5.1.6. Número de pacientes e prescrições de medicamentos

Em ambas as doenças analisadas, na DC e RCU a maioria dos profissionais atendem entre 11 a 50 pacientes (40,6% e 41,4% respectivamente) (Gráfico 11).

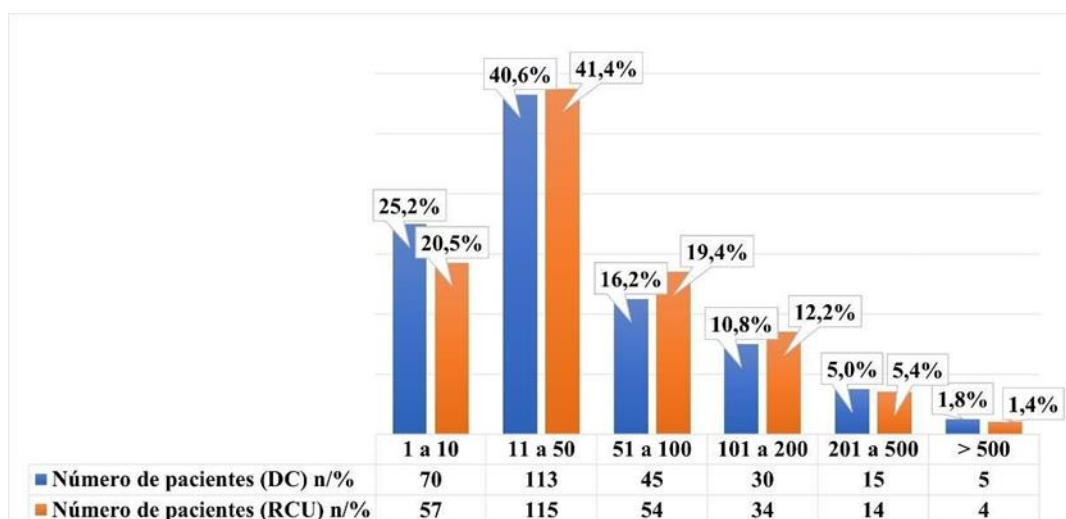
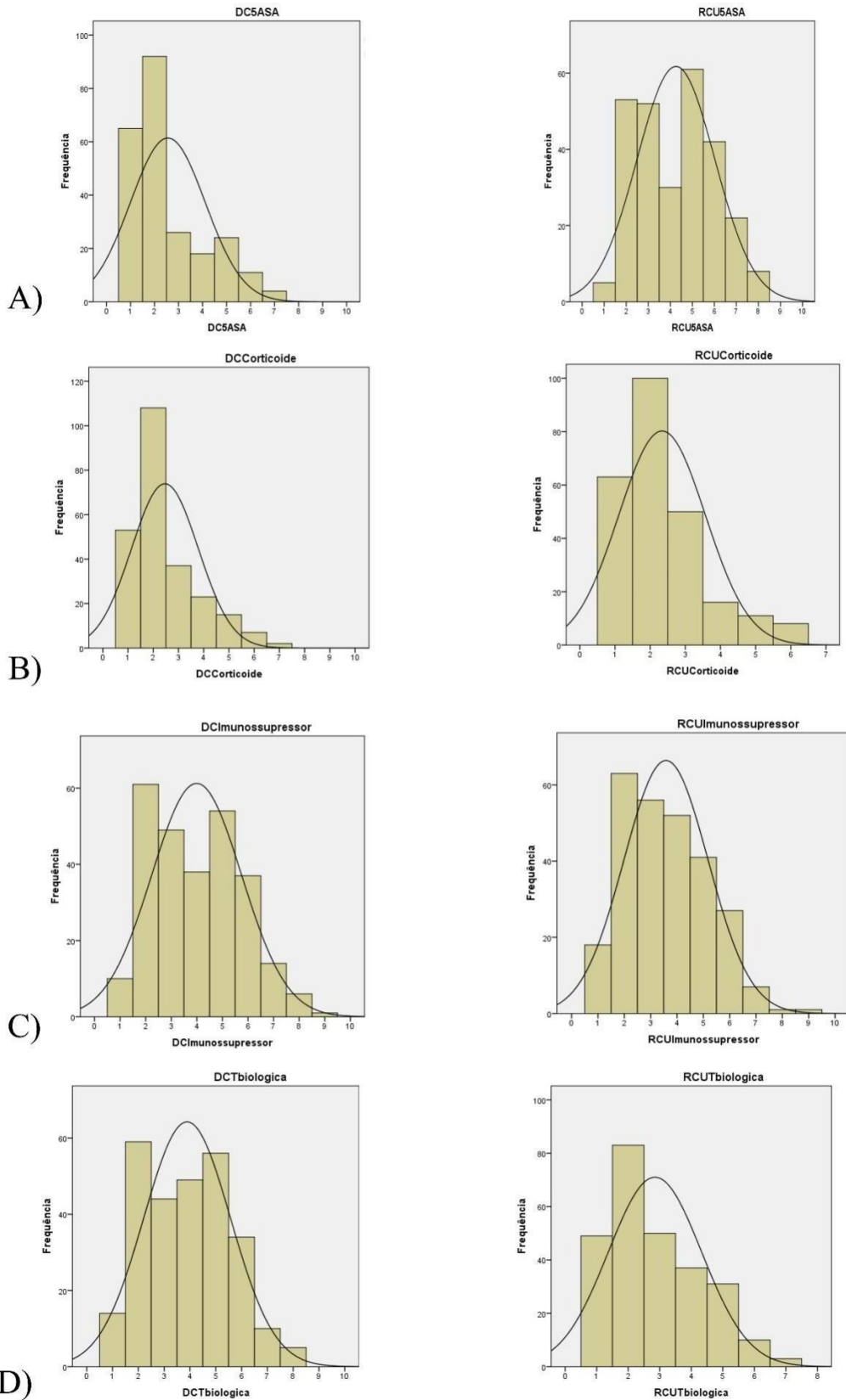


Gráfico 11. Distribuição dos pacientes atendidos com Doença de Crohn e Retocolite ulcerativa.

Podemos observar que a maioria dos profissionais não prescreve ou tem poucos pacientes em uso de 5-ASA e corticóides na DC, enquanto que a prescrição de imunossupressores e terapia biológica tende a ser mais homogênea à medida que o número de prescrições é mais frequente em torno da mediana. Enquanto na RCU o cenário de prescrições dos medicamentos é diferente, o 5-ASA é mais prescrito, e a terapia biológica tem um número de prescrições bem menores, o uso de imunossupressores e corticóides permanecem no mesmo padrão, conforme o Histograma 2.



Histograma 2. Distribuição de pacientes em uso de cada classe de medicamentos na Doença de

Crohn e Retocolite ulcerativa, respectivamente, 5-ASA (A), Corticoide (B), Imunossupressor (C) e Terapia Biológica (C).

Com relação à segurança na prescrição da terapia biológica, 236 médicos (84,9%) se sentem seguros prescrevendo essa classe de medicamentos, enquanto 42 médicos (15,1%) se sentem inseguros no uso dessa medicação (Gráfico 12). Dentre os principais motivos para insegurança no uso desta terapia são: a falta de discussão com equipe e médicos mais experientes, a dúvida na troca de terapia biológica e a sua otimização.

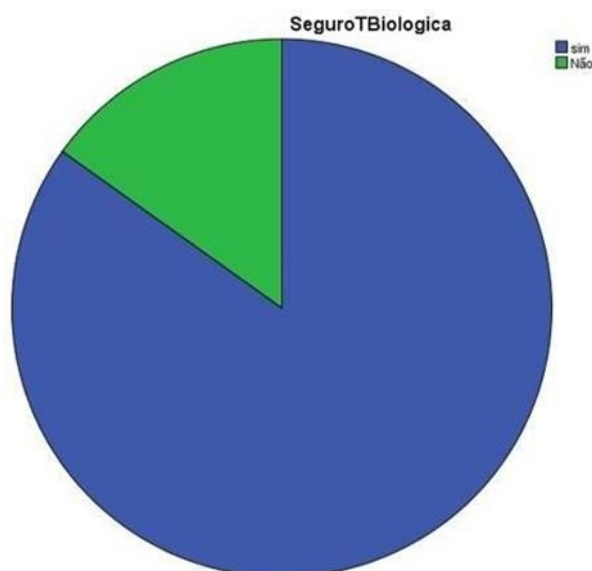


Gráfico 12. Distribuição dos participantes com relação a segurança na prescrição de terapia biológica.

A primeira opção de escolha da terapia biológica foi analisada através da pergunta: “Qual o número de pacientes que você utilizou cada classe de terapia biológica abaixo como primeira escolha no tratamento da DC e RCU?”. No tratamento da DC o adalimumabe e infliximabe foram às principais medicações prescritas como primeira opção, sendo infliximabe com o número de prescrições ainda maior. A maioria dos participantes não escolheram o ustekinumabe e o vedolizumabe como primeira opção, e menos ainda o certolizumabe (Gráfico 13). Na RCU o infliximabe, assim como na DC, foi a terapia biológica mais prescrita (Gráfico14).

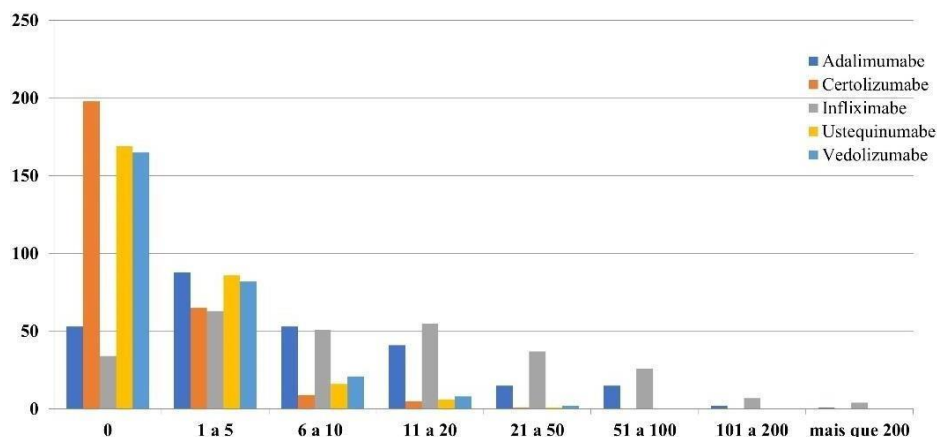


Gráfico 13. Distribuição do número de pacientes que utilizaram a Terapia Biológica como primeira escolha de tratamento na Doença de Crohn.

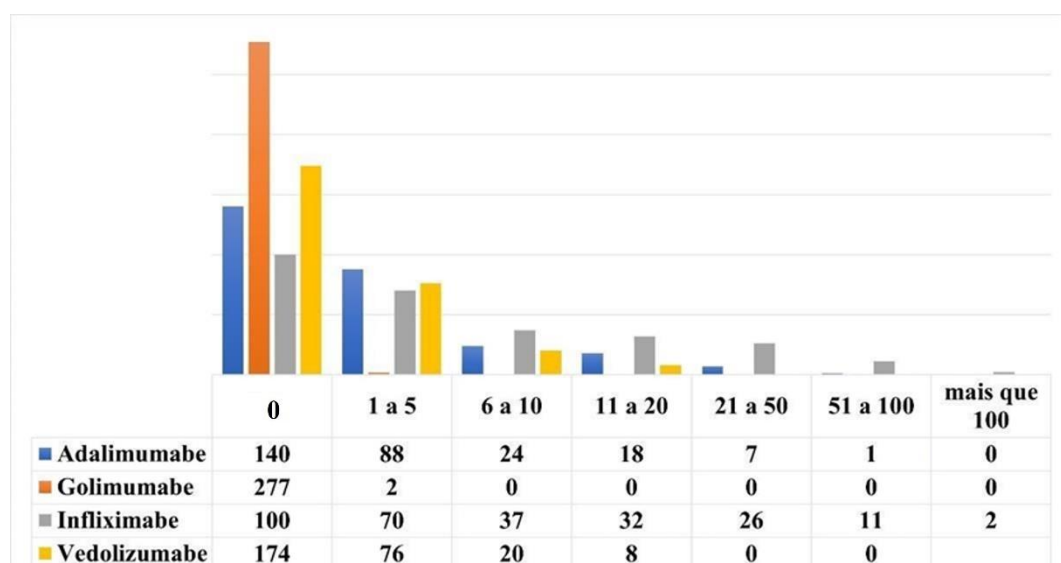


Gráfico 14. Distribuição do número de pacientes que utilizaram a Terapia Biológica como primeira escolha de tratamento na Retocolite ulcerativa.

As respostas à pergunta “Qual o número de pacientes que você utilizou cada classe de terapia biológica abaixo como segunda escolha no tratamento da DC e RCU?” foi avaliada como as mesmas drogas da questão anterior. No tratamento da DC, o ustequinumabe merece destaque como a segunda terapia biológica utilizada, assim como o vedolizumabe no tratamento da RCU (Gráfico 15 e 16).

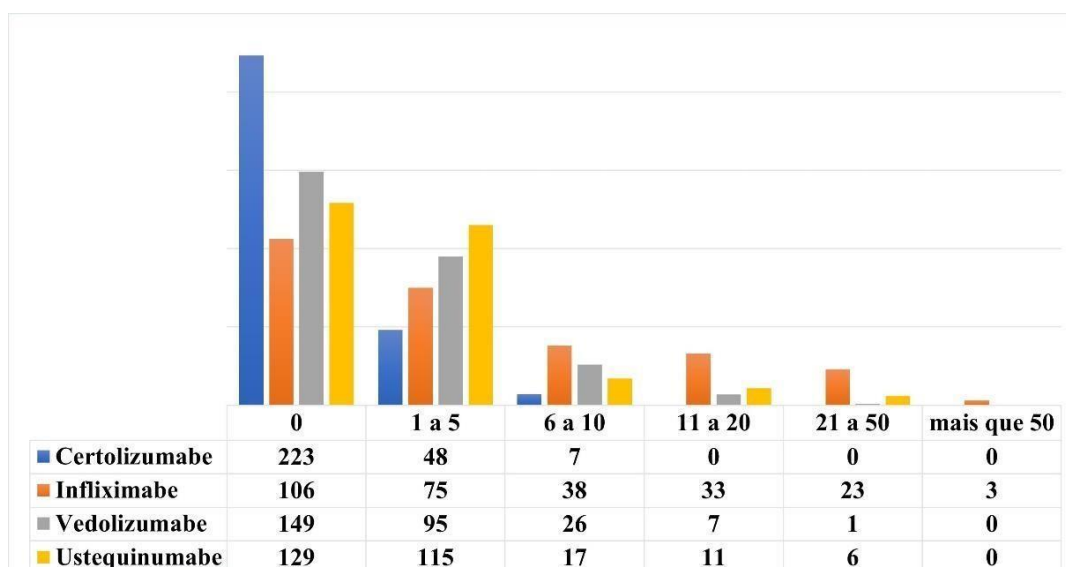


Gráfico 15. Distribuição do número de pacientes que utilizaram a Terapia Biológica como segunda escolha de tratamento na Doença de Crohn.

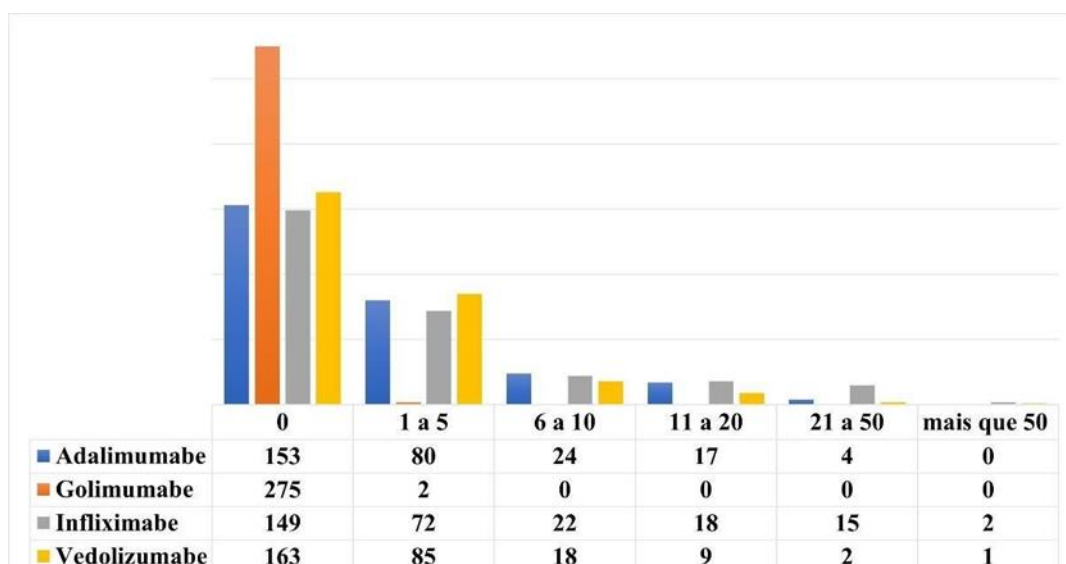


Gráfico 16. Distribuição do número de pacientes que utilizaram a Terapia Biológica como segunda escolha de tratamento na Retocolite ulcerativa.

A última pergunta do questionário refere-se aos temas que os participantes gostariam que fossem abordados e discutidos em eventos científicos futuros. A falha da terapia biológica foi o tema mais solicitado, com 225 respostas (80,9%), seguida por novas drogas com 186 (66,9%) e seguimento de pós-operatório e dados da vida real, ambos com 145 (52,2%) (Gráfico 17).

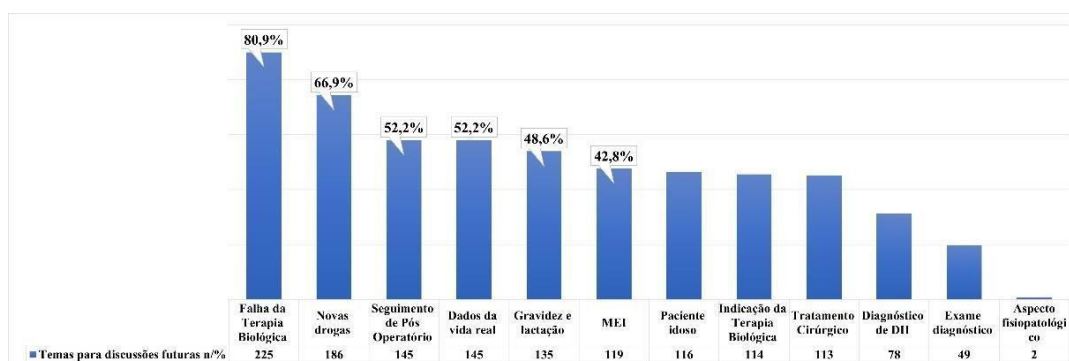


Gráfico 17. Distribuição dos futuros temas sugeridos pelos participantes da pesquisa.

5.2. Análise estatística entre as variáveis qualitativas

Além da análise descritiva dos profissionais que responderam ao questionário, foi realizada análise estatística entre as variáveis qualitativas: Local de trabalho, dificuldade de acesso à medicação, dificuldade de encaminhamento a especialista, dificuldade de acesso a exames complementares e segurança na terapia biológica com o IDH dos estados subdivididos em muito elevado; elevado x médio, e com a razão médica de cada local determinados como acima ou igual x abaixo da razão médica média da OCDE.

5.2.1. Relação dos dados analisados com o IDH

Avaliando a relação do IDH com o local de trabalho dos participantes, observamos que clínica privada especializadas no tratamento de DII é mais prevalente os locais com IDH médio ($p=0,004$) (Tabela 1).

Tabela 1. IDH x Local de trabalho.

	IDH muito elevado/elevado	IDH médio	Valor de p
Clínica Privada	217 (89,3%)	31 (88,6%)	0,778
Hospital Privado	118 (48,6%)	15 (42,9%)	0,589
Ambulatório Público	93 (38,3%)	15 (42,9%)	0,711
Hospital Público	126 (51,9%)	18 (51,4%)	1
Clínica Privada DII	15(6,2%)	8 (22,9%)	0,004
Ambulatório Público DII	60 (24,7%)	13(37,1%)	0,149

Dificuldade de acesso às medicações foi maior nos locais com IDH médio para acesso ao metrotexato ($p=0,000$) na DC, corticóides ($p=0,015$) e 6-mercaptopurina ($p=0,009$) na RCU (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2. IDH x Dificuldade de acesso à medicação na Doença de Crohn.

	IDH muito elevado/elevado	IDH médio	Valor de p
5- ASA	46 (18,9%)	4 (11,4%)	0,352
Corticóide	5 (2,1%)	3 (8,6%)	0,066
Azatioprina	32 (13,2%)	5 (14,3%)	0,856
6-Mercaptopurina	53 (21,8%)	11 (31,4%)	0,206
Metrotexato	24 (9,9%)	14 (40%)	0,000
Terapia Biológica	173 (71,2%)	21 (60%)	0,178

Tabela 3. IDH x Dificuldade de acesso à medicação na Retocolite Ulcerativa.

	IDH muito elevado/elevado	IDH médio	Valor dep
5- ASA	44 (18,1%)	5 (14,3%)	0,579
Corticóide	2 (0,8%)	3 (8,6%)	0,015
Azatioprina	33 (13,6%)	5 (14,3%)	0,91
6-Mercaptopurina	39 (16%)	12 (34,3%)	0,009
Terapia Biológica	230 (94,7%)	34 (97,1%)	1

O acesso à equipe de enfermagem foi a maior dificuldade de encaminhamento nos locais com IDH médio ($p=0,016$) (Tabela 4). Assim com a dificuldade de realizar enteroscopia com duplo balão ($p=0,048$) (Tabela 5).

Tabela 4. IDH x Dificuldade de encaminhamento ao especialista.

	IDH muito elevado/ elevado	IDH médio	Valor de p
Cirurgião	34 (14%)	9 (25,7%)	0,073
Gastroenterologista	20 (8,2%)	1 (2,9%)	0,49
Nutricionista	95 (39,1%)	16 (45,7%)	0,455
Psicólogo	92 (37,9%)	18 (51,4%)	0,125
Patologista	38 (15,6%)	10 (28,6%)	0,058
Enfermeira	52 (21,4%)	14 (40%)	0,016

Tabela 5. IDH x Dificuldade de acesso a exames complementares.

	IDH muito elevado/elevado	IDH médio	Valor de p
Rotina Laboratorial	1 (0,4%)	1 (2,9%)	0,236
Marcadores séricos	6 (2,5%)	1 (2,9%)	1
Marcadores fecais	161(66,3%)	27 (77,1%)	0,198
Triagem TB	72 (29,6%)	15 (42,9%)	0,115
Rx TB	6 (2,5%)	0 (0%)	1
Sorologia Viral	2 (0,8%)	0 (0%)	1
Entero TC	96 (39,5%)	14 (40%)	0,955
Entero RNM	120 (49,4%)	21 (60%)	0,24
EDA	16 (6,6%)	3 (8,6%)	0,848
Colonoscopia	44 (18,1%)	10 (28,6%)	0,143
Cápsula endoscópica	181 (74,5%)	31 (88,6%)	0,067
Enteroscopia duplo balão	186 (76,5%)	32 (91,4%)	0,048
Anatomopatológico	10 (4,1%)	4 (11,4%)	0,084

Não encontramos resultados estatisticamente significativos quanto à associação do IDH com a segurança na terapia biológica ($p=0,884$) e nem correlação com o tempo de formatura (correlação de Pearson = 0,963) e especialidade (correlação de Pearson = 0,787).

Observamos que os participantes que vivem em lugares com IDH médio trabalham mais em consultório/clínica privada especializada em DII, tem maior dificuldade de acesso ao metotrexato para o tratamento da DC, e corticóides e 6-mercaptopurina para o tratamento da RCU, a equipe de enfermagem é a especialidade com maior dificuldade para ser encaminhado, da mesma forma o acesso a exame de enteroscopia por duplo-balão (Tabela 6).

Tabela 6. IDH médio x resultados significativos.

	IDH Médio	Valor de p
Local de trabalho	Clínica Privada DII	0,004
Dificuldade de medicação DC	Metrotexate	0,000
Dificuldade de medicação RCU	Corticoide	0,015
	6-Mercaptopurina	0,009
Dificuldade de encaminhamento ao especialista	Enfermeira	0,016
Dificuldade de exames complementares	Enteroscopia duplobalão	0,048

5.2.2. Relação dos dados analisados com a Razão Médica

Levando em consideração as mesmas variáveis qualitativas, avaliamos a força de trabalho médica, levamos como referência a razão médica média da OCDE de 3,5 médicos/100.000 habitantes e, subdividimos os participantes que moravam em local com a razão médica maior ou igual a OCDE e menor que a OCDE.

Em relação de local de trabalho, em lugares que apresenta a razão médica abaixo da OCDE, encontra-se mais médico trabalhando em hospital privado ($p=0,002$) e ambulatório público ($p=0,013$), do que os locais com razão médica igual ou acima da OCDE (Tabela 7).

Tabela 7. Razão Médica x Local de Trabalho.

	Acima/Igual à Razão OCDE	Abaixo à Razão OCDE	Valor de p
Clínica Privada	30 (93,8%)	218 (88,6%)	0,549
Hospital Privado	7 (21,9%)	126 (51,2%)	0,002
Ambulatório Público	6 (18,8%)	102 (41,5%)	0,013
Hospital Público	14 (43,8%)	130 (52,8%)	0,333
Clínica Privada DII	1 (3,1%)	22 (8,9%)	0,491
Ambulatório Público DII	5 (15,6%)	68 (27,6%)	0,146

Apenas na RCU observamos a dificuldade de acesso a medicações, em locais com razão médica acima ou igual a OCDE, a maior dificuldade de acesso foi com medicamentos como azatioprina ($p=0,011$), 6-mercaptopurina ($p=0,045$), enquanto a terapia biológica ($p=0,000$) apresentou-se como acesso mais difícil em locais com razão médica abaixo da OCDE (Tabela 8 e 9).

Tabela 8. Razão Médica x Dificuldade de acesso a medicação na Doença de Crohn.

	Acima/Igual Razão OCDE	Abaixo Razão OCDE	Valor de p
5- ASA	6 (18,8%)	44 (17,9%)	0,905
Corticóide	0 (0%)	8 (3,3%)	0,603
Azatioprina	2 (6,3%)	35 (14,2%)	0,276
6-Mercaptopurina	9 (28,1%)	55 (22,4%)	0,466
Metrotexate	4 (12,5%)	34 (13,8%)	1
Terapia Biológica	21 (65,6%)	173 (70,3%)	0,586

Tabela 9. Razão Médica x Dificuldade de acesso a medicação na RCU.

	Acima/Igual Razão OCDE	Abaixo Razão OCDE	Valor de p
5- ASA	9 (28,1%)	40 (16,3%)	0,098
Corticoide	0 (0%)	5 (2%)	1
Azatioprina	9 (28,1%)	29 (11,8%)	0,011
6-Mercaptopurina	10 (31,3%)	42 (16,7%)	0,045
Terapia Biológica	24 (75%)	240 (97,6%)	0,000

Diferentemente do IDH, na razão médica não encontramos resultados significativos com relação à dificuldade de encaminhamento a especialista (Tabela 10). Porém, em relação à dificuldade de acesso a exames complementares, os marcadores fecais ($p=0,023$), enterotomografia ($p=0,03$), colonoscopia ($p=0,009$), cápsula endoscópica ($p=0,009$) e enteroscopia por duplo balão ($p=0,001$) foram os exames de mais difícil acesso em locais com a razão médica abaixo da OCDE (Tabela 11).

Tabela 10. Razão Médica x Dificuldade de encaminhamento ao especialista.

	Acima/Igual Razão OCDE	Abaixo Razão OCDE	Valor de p
Cirurgião	5 (15,6%)	38 (15,4%)	0,979
Gastroenterologista	0 (0%)	21 (8,5%)	0,147
Nutricionista	15 (46,9%)	96 (39%)	0,394
Psicólogo	16 (50%)	94 (38,2%)	0,2
Patologista	5 (15,6%)	43 (17,5%)	0,794
Enfermeira	10 (31,3%)	56 (22,8%)	0,289

Tabela 11. Razão Médica x Dificuldade de acesso a exames complementares.

	Acima/Igual Razão OCDE	Abaixo Razão OCDE	Valor de p
Rotina Laboratorial	0 (0%)	2 (0,8%)	1
Marcadores séricos	1 (3,1%)	6 (2,4%)	0,579
Marcadores fecais	16 (50%)	172 (69,9%)	0,023
Triagem TB	10 (31,3%)	77 (31,3%)	0,995
Rx TB	1 (3,1%)	5 (2%)	0,523
Sorologia Viral	0 (0%)	2 (0,8%)	1
Entero TC	7 (21,9%)	103 (41,9%)	0,03
Entero RNM	13 (40,6%)	128 (52%)	0,262
EDA	1 (3,1%)	18 (7,3%)	0,741
Colonoscopia	1 (3,1%)	53 (21,5%)	0,009
Cápsula Endoscópica	18 (56,3%)	194 (78,9%)	0,005
Enteroscopia duplo balão	18 (56,3%)	200 (81,3%)	0,001
Anatomopatológico	1 (3,1%)	13 (5,3%)	1

Não encontramos resultados significativos quanto à associação da razão médica com a segurança na terapia biológica ($p=0,541$), porém, observamos uma correlação muito fraca com o tempo de formatura e especialidade (correlação de Pearson =0,000), assim como com o IDH (correlação de Pearson =0,022) (Tabela 12).

Tabela 12. Razão Médica x Muito fraca correlação.

	Correlação de Pearson
Tempo de formatura	0,000
Tempo de especialidade	0,000
IDH	0,022

Os resultados significativos encontrados em relação à razão médica foram que, em locais com a razão médica abaixo da OCDE os participantes trabalham mais em hospital privado e ambulatório público, tiveram dificuldade de acesso aos medicamentos azatioprina, 6-mercaptopurina e terapia biológica no tratamento da RCU, e em relação os exames complementares as dificuldades foram em marcadores fecais, enterotomografia, colonoscopia, cápsula endoscópica e enteroscopia por duplo balão (Tabela 13).

Tabela 13. Razão Médica x Resultados significativo.

	Razão Médica Abaixo OCDE	Valor de p
Local de trabalho	Hospital Privado	0,002
	Ambulatório Público	0,013
Dificuldade de medicação	Azatioprina	0,011
	6-Mercaptopurina	0,045
	Terapia Biológica	0,000
Dificuldade de exames complementares	Marcadores fecais	0,023
	Enterotomografia	0,030
	Colonoscopia	0,009
	Cápsula endoscópica	0,005
	Enteroscopia duplo balão	0,001

6. DISCUSSÃO

Esse estudo traçou o perfil dos médicos que atendem DII, participantes do levantamento de dados de um grupo conhecedor dessa doença, GEDIIB, bem como as características de seus pacientes e suas maiores dificuldades.

O questionário do nosso estudo foi respondido por 278 profissionais que atendem a maioria da população com DII no país, distribuídos pelas 5 macrorregiões brasileiras, 18 estados mais o distrito federal, e 101 cidades do país.

A região Sudeste e Sul, com seus estados São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Rio de Janeiro, tiveram maior colaboração na pesquisa, contribuindo com 78,4 % das respostas. No ano de 2020 a demografia médica (33), apresentou uma razão médica para cada 1.000 habitantes de 3,15 na região Sudeste, 2,68 no Sul, 2,74 no Centro-Oeste, 1,3 no Norte e 1,69 no Nordeste, demonstrando que, as regiões Sul e Sudeste concentram 5,83 médicos por 1.000 habitantes no país, o que corrobora com os achados na nossa pesquisa.

Destacando as particularidades das macrorregiões brasileiras com o atendimento das DII no país, recentemente Palacio *et al.*, (2021) (35) analisaram o desfecho de internação hospitalar e procedimentos cirúrgicos entre os pacientes DII, particularmente em relação as distribuições geográficas e demográficas. Os autores identificaram uma tendência na diminuição nas taxas geral de cirurgias e índice de internações mais expressivas nas regiões Norte e Nordeste. Enquanto que Zaltman *et al.*, (2021) (36), publicaram um retrato das DII em relação a centro de referência tanto na saúde pública, quanto na saúde privada em três macrorregiões brasileiras (regiões: Sul, Sudeste e Nordeste/Centro-Oeste), o que demonstrou particularidades sociodemográficas entre elas. O Sudeste e Nordeste/Centro Oeste apresentaram maior proporção de pacientes mulheres para ambas as doenças, ao contrário do Sul do país com a maioria dos pacientes homens, porém com relação ao nível de educação e empregos, pacientes do Sul e Sudeste apresentam maior nível educacional e melhores empregos que os pacientes do Nordeste/Centro-Oeste.

Em relação às cidades, nossos achados foram de encontro à última demografia médica brasileira, observamos uma medicina mais centrada em grandes

cidades do país, sendo as influentes capitais brasileiras detentoras da maioria das respostas, como as cidades do Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Curitiba, Porto Alegre e São Paulo.

Curiosamente, às especialidades médicas apontadas com maior porcentagem de atendimento em DII (87,8%), gastroenterologista e coloproctologista, correspondem a 1,2% e 0,5%, respectivamente, dos especialistas do país. Todos esses achados refletem um fato preocupante, a desigualdade da concentração de médicos especialistas em DII no Brasil, no qual uma grande parte desses profissionais residem em regiões específicas do país, principalmente nas grandes capitais, ainda que sejam uma pequena fração dentre todas as especialidades. Um importante fato a ser considerado neste estudo, é não contemplar médicos especialistas sem formação específica em DII, podendo ser um viés de seleção, uma vez que a amostra é apenas de profissionais com vivência em DII independente de suas especialidades.

As maiorias dos médicos participantes apresentaram uma mediana de formatura e especialidade entre 15-20 anos, o que reflete novos médicos na atuação com DII. Fato que pode ser explicado pela entrada de profissionais formados em medicina cada vez mais jovens no mercado de trabalho, visto que previsto uma média de idade de 48 anos para homens e 42 anos para as mulheres (33).

A maioria dos médicos participantes da pesquisa trabalham em 2 ou mais locais de trabalho, destacando clínica/consultório privado, seguido por hospital público/privado. Devido ao baixo salário e a alta regionalização dos profissionais, esses dados refletem a necessidade do aumento do número de vínculos empregatícios, com consequente aumento da carga horária de trabalho, chegando a casos com mais de 60 horas trabalhadas por semana (33) o que não difere dos médicos especialistas em DII que necessitam atravessar essas dificuldades descritas acima, levando ao desgaste profissional, físico e emocional podendo interferir na qualidade do atendimento dessas complexas patologias.

Além desses problemas, também foram analisadas quais as dificuldades que ultrapassam o conhecimento médico e se expandem e/ou se relacionam a problemas de saúde pública, como a dificuldade de acesso à medicação, dificuldade

de acesso a exames complementares, dificuldade de encaminhamento a outros especialistas em DII. Vilela *et al.*, (2020) (34), relatam essas adversidades no atendimento de qualidade aos pacientes com DII, encontrando dados muitos semelhantes aos nossos, porém englobando também a população pediátrica.

Envolvendo a dificuldade de acesso à medicação, embora a maioria desses medicamentos seja distribuída no Sistema Único de Saúde (SUS) através do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do governo federal (14,18), todos os medicamentos mencionados na pesquisa tiveram um grau de dificuldade apontado, sendo a terapia biológica em primeiro lugar na DC, com aproximadamente 70% dos participantes, e mais expressivamente na RCU, com 95% dos participantes; e por último, o corticóide com 2,9% na DC e 1,8% na RCU. Isto se deve a demora na atualização do PCDT na RCU e DC, na última atualização para RCU foi incorporado duas medicações biológicas (infleximabe e vedolizumabe), sendo que anteriormente não havia nenhuma; enquanto que, para DC, apenas os anti-TNF são aprovados para tratamento.

A dificuldade de acesso a esses medicamentos é preocupante, pois são medicações não só específicas para o tratamento de DII, como também para outras doenças envolvendo várias especialidades médica. Além de abranger tanto medicações incluídas mais recentemente e de alto custo, quanto as mais antigas e amplamente utilizadas por seu baixo custo, como a terapia biológica e o corticóide, respectivamente, este é um problema que excede a capacidade médica, mas que reflete diretamente no tratamento e evolução dos seus pacientes. Fato, também relatado por, Zaltman *et al.*, (2021) (36) principalmente em relação à dificuldade de acesso a terapia biológica para RCU. Outro fator limitante para a utilização da terapia biológica é a falta de especificação pelos planos de saúde de qual medicamento desta classe é aprovado ou não para uso, havendo muitas vezes, a necessidade de ação judicial contra as operadoras de saúde para conseguir a medicação prescrita pelo médico (38). Ambos os fatores foram agravados ainda mais após a pandemia pelo COVID- 19, trazendo maior dificuldade de acesso a estas medicações (39).

Para um melhor tratamento desta complexa patologia, a necessidade de

uma equipe multidisciplinar para assistência do paciente com DII é de extrema importância (40-42), e profissionais não médicos especializados neste tratamento estão entre as maiores dificuldades para o encaminhamento e acompanhamento em conjunto.

O nutricionista foi o profissional com maior dificuldade de acesso e encaminhamento seguido por uma diferença mínima, pelo psicólogo e em terceiro lugar o enfermeiro. O fato da residência multiprofissional (não médica) ter sido criado recentemente em 2005, quase 30 anos depois da criação da residência médica, o número de vagas para esses programas e a falta de subáreas específicas, pode refletir em uma falha na formação especializada desses profissionais, havendo a necessidade de especialização futura, ou acompanhamento de serviços de referência, fora do seu âmbito de trabalho e/ou formação, o que torna a solução para este obstáculo fora dos conhecimentos e responsabilidades dos médicos especialistas que atuam com DII no Brasil. Acreditamos que serviços especializados em DII pertencentes aos centros universitários, tenham mais facilidade no acesso a esses profissionais devido ao fato de coincidirem com os mesmos locais que oferecem residência multiprofissional, levando a uma vantagem desses serviços no atendimento que os demais.

Os exames complementares também são barreiras e podem dificultar para o diagnóstico e o tratamento de DII, desde exames simples como rotina laboratorial até exames com alta complexidade, como a enteroscopia. Surpreendentemente os exames menos complexos, de baixo custo e que são disponíveis no SUS e em alguns casos, no Rol de Procedimentos da ANS, também são difíceis de conseguir, sendo eles a triagem para tuberculose (31,3%), marcadores séricos (2,5%), raioX de toráx (2,2%), rotina laboratorial e sorologia viral (0,7%), o que reflete uma deficiência em nível de atenção primária à saúde Brasileira (43).

Os exames de alta complexidade foram os principais apontados quanto à dificuldade de acesso. A enteroscopia por duplo-balão e a cápsula endoscópica ocupam os primeiros lugares com 78,4% e 76,3% respectivamente, seguido pelo marcador fecal, a calprotectina (67,8%), enterorressonância (50,7%), enterotomografia (39,6%), esses resultados são esperados, uma vez que são exames

de alto custo e complexidade, disponíveis apenas em alguns centros de referências e frequentemente não disponíveis no SUS, e não cobertos pelos planos de saúde. A recente incorporação dos exames como calprotectina fecal, a enteroscopia com duplo balão e cápsula endoscópica pelo Rol de Procedimento da ANS (38,44), pode ajudar a diminuir essa estatística. É importante destacar que outros exames, principalmente a colonoscopia, necessária para o diagnóstico e seguimento do tratamento da RCU e em alguns casos da DC, não apresentaram nível muito elevado de dificuldade de acesso (19% e 5%) respectivamente, sendo um ponto favorável ao diagnóstico dessas doenças.

Embora a média de pacientes atendidos por cada profissional especializado esteja entre 11 a 50 pacientes com DC e RCU (40,6% e 41,4% respectivamente), aproximadamente 5% dos participantes atendem 200 a 500 pacientes, acreditamos que, possivelmente, estes sejam médicos atuantes em serviços de referência no tratamento das DII.

O número de pacientes com DII tende a aumentar em pesquisas futuras. Sabemos que o número de diagnósticos tem aumentado consideravelmente em países em desenvolvimento, repetindo o que aconteceu nos países desenvolvidos anteriormente, várias teorias são discutidas para causa desse efeito, sendo o efeito ambiental/comportamental importante para esse aumento de casos (21,23,24,45).

Considerando o aumento nas taxas de incidência e prevalência das DII, perguntamos também quantos pacientes estavam em tratamento com cada classe de medicamentos na DC e RCU. Na DC observamos que o número de paciente em uso de derivados 5-ASA e corticóide era pequeno quando comparado aos pacientes em uso de azatioprina e terapia biológica. Mesmo com a dificuldade de acesso a essas medicações, como descrito anteriormente, a utilização da prescrição destes medicamentos são escolhas relevantes, pois são as principais drogas que impactam na história natural da doença, com aumento das taxas de remissão e manutenção da remissão dos sintomas (10). Enquanto no tratamento da RCU a principal medicação prescrita foi os derivados 5-ASA, amplamente utilizado na manutenção da remissão desta doença; em contrapartida o uso da terapia biológica é prescrito para poucos pacientes, devido à dificuldade de acesso a esse tratamento, fato que pode mudar

com a recente aprovação de novos medicamentos (infliximabe e vedolizumabe) no tratamento da RCU pelo último PCDT (14,46).

Os médicos especialistas, em sua maioria, têm segurança em prescrever a terapia biológica, apenas 15,1% dos entrevistados não se sentem seguros no uso dessa medicação, cujos principais motivos são, a falta de discussão com equipes mais experientes, dúvida da troca e otimização na terapia biológica. Estes problemas podem ser minimizados com grupos de estudos em DII como GEDIIB, maior número de eventos e discussões sobre o tema abrindo assim, mais espaço para discussão das principais dúvidas e dificuldades do profissional que cuidam diariamente desses pacientes.

Levando em consideração o aumento do diagnóstico das DII e que a maioria desses pacientes é acometida pela doença em seu principal período de trabalho, fato que pode impactar socioeconomicamente o país, devido as faltas recorrentes ou aposentadoria precoce, além do uso mais freqüente de medicações de alto custo para o tratamento e/ou manutenção da recorrência da doença (29,30), questionamos qual é o número de pacientes em uso de cada classe de droga na terapia biológica com primeira, segunda opção dessa medicação.

No tratamento da DC o adalimumabe e, preferencialmente o infliximabe, são as principais medicações, dentro da terapia biológica, escolhidas como primeira opção, podemos inferir que esta escolha se dê em virtude destas drogas serem as mais antigas, com maior experiência por parte dos médicos, com mais estudos publicados e, portanto, com mais segurança na sua utilização (47). Na RCU, quando se opta pelo uso da terapia biológica, o infliximabe novamente é a medicação mais prescrita, seguido por número crescente de pacientes em uso de vedolizumabe, sendo esta uma possível tendência, tendo em vista a recente aprovação no último PCDT (14).

O ustekinumabe foi a principal droga escolhida como a segunda opção de escolha da terapia biológica na DC, acreditamos que esta escolha esteja vinculada ao fato de ser uma droga mais recente, inibidora de IL 12 e 23, ou seja, mecanismo de ação diferente dos anti-TNF, com menor imunogenicidade e mais seletiva (47). Na RCU, a segunda opção de escolha foi o vedolizumabe, possivelmente devido a

seu mecanismo de ação preferencialmente no cólon, agindo através da inibição das integrinas, diferentemente dos anti-TNF (46).

A falha na terapia biológica foi o principal tema escolhido para atualização científica e discussões pelos profissionais especializados participantes da pesquisa, muito provavelmente pelas dificuldades de acesso, pela falta de experiência e pela necessidade de discussões com profissionais mais experientes. Outro tema relevante que vem ao encontro deste tema, são as novas drogas e medicações, mostrando desta forma a necessidade frequente de atualizações, tendo em vista que os assuntos como novas drogas, o seguimento no pós-operatório e dados da vida real vieram na sequência e, provavelmente, foram sugeridos pela dificuldade de manejo e condução na vida prática, assim como, a necessidade de decisão e terapêutica individualizada para cada paciente.

Fatores que vão além do conhecimento médico, exigindo soluções que não competem ao profissional da saúde, afetam diretamente a melhor conduta para com o paciente, avaliamos então a associação entre as variáveis qualitativas descritas acima com dois desses fatores, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a razão médica da OCDE. As variáveis qualitativas utilizadas para essa análise estatística foram: local de trabalho, dificuldade de acesso à medicação, dificuldade de encaminhamento a especialista, dificuldade de acesso a exames complementares e segurança no uso da terapia biológica.

Classificamos os estados participantes da pesquisa com referência ao IDH, subdividimos em muito elevado (0, 800-1) /elevado (0, 700-0, 799) e médio (0,600-0,699), não obtivemos respostas de estado com IDH baixo ou muito baixo (49,50). Destacamos que a população envolvida neste estudo deve ser levada em consideração, uma vez que 87,4% dos participantes atuam em regiões com IDH muito elevado/elevado, fato que pode influenciar os dados obtidos.

Para força de trabalho médica tomamos como referência a razão médica, a média de países pertencentes a OCDE com uma a razão médica de 3,5 médicos/1.000 habitantes (51), e classificamos os estados em 2 grupos, locais com a razão médica por 1.000 habitantes maior/igual a média da razão da OCDE, e locais com a razão médica abaixo a razão médica da OCDE.

Quanto à análise da força de trabalho médica, vale a pena ressaltar que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), não possuímos nenhuma norma universal e/ou padrão de densidade médica a ser seguida, ainda que o indicador mais utilizado seja o número de médicos por mil habitantes. Essa razão utilizada isoladamente possui pouco valor por ser apenas uma medida de comparação, não refletindo adequadamente a realidade dos países membros ou participantes da OCDE, como o Brasil, uma vez que uma única taxa não reflete as diferenças entre as características de cada nação (33).

Em locais de IDH muito elevado/elevado, a quantidade de médicos que trabalham em clínica privada, hospital privado, ambulatório público, hospital público, e ambulatório público especializado em DII, são muito semelhantes, em contrapartida, observa-se uma maior quantidade de médicos que trabalham em clínica privada especializada em DII em locais com IDH médio ($p=0,004$). Isso pode indicar uma diferença de acesso a saúde quanto ao diagnóstico e tratamento das DII em estados com IDH médio, revelando uma disparidade em relação ao nível socioeconômico para o tratamento dessa patologia, diferenças e dificuldades regionais, o que também foi observado por Parente *et al.*, (2015) (27). Locais com IDH médio também apresentam maior dificuldade de acesso a medicações, observamos para a DC apenas para o metrotexate ($p=0,000$) demonstrou-se uma maior dificuldade, e para a RCU os corticóides ($p=0,015$) e 6-mercaptopurina ($p=0,009$).

Corroborando com os resultados descritivos, a maior dificuldade de acesso a imunossupressores e terapia biológica independem do IDH, o que indica a grande dificuldade de acesso de ambas as medicações. Novamente, comprovando os desafios de assistência à saúde quando somados as diferenças financeiras de cada local, e como isso pode impactar no orçamento destinado a saúde, dificuldade não só encontrada no Brasil mais também em outros países em desenvolvimento (52,53).

Profissionais da enfermagem são os profissionais da área da saúde cujo acesso e encaminhamento são mais difíceis em locais com IDH médio ($p=0,016$), seguido pelos especialistas como cirurgião, nutricionista, psicólogo e patologista.

Acreditamos que a maior concentração da força de trabalho em saúde, em algumas regiões do país como Sul e Sudeste, assim como um número maior de faculdades para formação dos mesmos, interfira na evolução da doença dos pacientes com DII, pois, quanto mais distante o acesso a especialistas, maior o número de consultas desses pacientes aos serviços de emergência, maiores as taxas de cirurgia e uso de imunomoduladores e terapia biológica. Isto implica na necessidade de atendimento especializado em DII de forma descentralizada para aperfeiçoar o seguimento desses pacientes (54,55).

O IDH médio também impactou no acesso a enteroscopia com duplo balão ($p=0,048$), destacamos também que exames como cápsula endoscópica e anatomopatológico apresentaram uma tendência a dificuldade de acesso nestas regiões, acreditamos que o número reduzido de participantes dessas regiões implicou na ausência de significância estatística desta análise. Outros exames como enterotomografia, enterorressonância e exames para triagem da tuberculose foram de difícil acesso em todas as regiões, independentes do IDH, o que nos mostra, novamente, uma deficiência relacionada ao sistema de saúde independente da região e do serviço de saúde, seja público ou privado.

Sob a ótica da força de trabalho médica, em relação às mesmas variáveis, observamos que, quanto ao local de trabalho, os médicos que residem em locais onde a razão médica é abaixo da média da OCDE, tendem a trabalhar mais em hospitais privados ($p=0,002$) e ambulatorios públicos ($p=0,013$), enquanto que todos os outros locais de trabalho independem da razão médica média da OCDE. Este pode ser mais um indicativo que, devido ao déficit salarial dos médicos, haja a necessidade de os mesmos terem vários locais de trabalho, independente da região ou razão médica das mesmas.

Para a RCU, locais com razão médica acima/igual a média da OCDE, o acesso aos imunossupressores como azatioprina e 6-mercaptopurina ($p=0,011$ e $p=0,045$, respectivamente), foram difíceis, enquanto que a terapia biológica ($p=0,000$) se manteve como a medicação menos disponível em locais com razão médica abaixo da média da OCDE. Esses resultados indicam que a dificuldade de acesso possivelmente não esteja relacionada à força de trabalho médica, e sim a

outras questões, como o IDH.

Curiosamente, com relação à dificuldade de acesso a exames complementares, a razão médica se mostrou mais determinante que o IDH, com mais diferenças significativas, isso porque, possivelmente a necessidade de médicos especializados para realização destes exames está diretamente associada à razão médica por habitantes. Nos locais em que a razão médica é abaixo da média da OCDE, foi mais árduo o acesso a marcadores fecais ($p=0,023$), enterotomografia ($p=0,03$), colonoscopia ($p=0,009$), cápsula endoscópica ($p=0,009$), e enteroscopia por duplo balão ($p=0,001$). Apesar de encontrar diferenças significativas em relação à razão médico, acreditamos que o IDH também interfira nessa dificuldade, visto que os exames são os mesmos nessa classificação.

7. CONCLUSÃO

Podemos concluir através deste estudo, que o cenário dos médicos participantes do GEDIIB que atendem DII no Brasil, é:

1. Os médicos participantes da pesquisa em sua maioria: residem na região Sudeste, possuem aproximadamente 15 anos de formado e/ou especialista, trabalham em consultório/clínica privada e são gastroenterologistas;
2. Quanto às dificuldades encontradas pelos profissionais: a terapia biológica é o medicamento de mais difícil acesso e/ou liberação tanto no tratamento da RCU como na DC; o nutricionista é o profissional mais difícil de ser encontrado; a enteroscopia por duplo balão e a cápsula endoscópica são os exames complementares menos disponíveis;
3. Observamos que os participantes que vivem em lugares com IDH médio trabalham mais em consultório/clínica privada especializada em DII, tem maior dificuldade de acesso ao metotrexato para o tratamento da DC e corticóides e 6-mercaptopurina para o tratamento da RCU, a equipe de enfermagem é a especialidade com maior dificuldade para ser encaminhada, da mesma forma o acesso a exame de enteroscopia por duplo-balão;
4. Em relação à razão médica observamos que: locais com a razão médica abaixo da OCDE os participantes trabalham mais em hospital privado e ambulatório público, tiveram dificuldade de acesso aos medicamentos azatioprina, 6-mercaptopurina e terapia biológica no tratamento da RCU, e em relação os exames complementares as dificuldades foram em marcadores fecais, enterotomografia, colonoscopia, cápsula endoscópica e enteroscopia por duplo balão.

Concluimos, portanto que cenário dos especialistas que atendem aos pacientes com DII, bem como a sua distribuição refletem uma desigualdade da concentração de médicos especialistas no Brasil. Grande parte desses profissionais reside em regiões específicas, principalmente nas grandes capitais, sendo uma

pequena fração de especialistas dentre todas as especialidades. Dentre as principais dificuldades enfrentadas pelos médicos especialistas, observamos:

- a) necessidade do aumento do número de vínculos empregatícios;
- b) dificuldade de encaminhamento a outras especialidades;
- c) acesso a medicamentos essenciais ao tratamento de DII.

Estes resultados são de extrema relevância e devem ser utilizados como base para estudos futuros, contribuindo como uma ferramenta útil no melhor atendimento de pacientes com DII, para que o acesso a exames complementares e medicamentos, força de trabalho, interação com outras especialidades, entre outros fatores, sejam mais eficazes, para obter mais rápido diagnóstico e melhor tratamento ao paciente com DII, evitando em um futuro próximo, um desgaste ainda maior no sistema de saúde e previdenciário brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Corman ML, Allison SI, Kuehne JP. Manual de cirurgia colorretal. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter; 2006.
2. Podolsky DK. Inflammatory bowel disease. *N Engl J Med*. 2002; 347(6):417–29.
3. Frolkis A, Dieleman LA, Barkema HW, Panaccione R, Ghosh S, Fedorak RN, Madsen K, Gilaad GK, Consortium AIBD. Environment and the inflammatory bowel diseases. *Can J Gastroenterol*. 2013; 27(3):18–25.
4. De Dombal FT, Watts JM, Watkinson G, Goligher JC. Local complications of ulcerative colitis: stricture, pseudopolyposis, and carcinoma of colon and rectum. *Br Med J*. 1966; 1(5501): 1442–7.
5. Rutter MD, Saunders BP, Wilkinson KH, Rumbles S, Schofield G, Kamm MA, Williams CB, Price AB, Talbot IC, Forbes A. Thirty-year analysis of a colonoscopic surveillance program for neoplasia in ulcerative colitis. *Gastroenterology*. 2006;130 (4):1030–8.
6. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2011; 104(06): 1785-94.
7. Frolkis AD, Dykeman J, Negrón ME, Debruyne J, Jette N, Fiest KM, Frolkis T, Barkema HW, Rioux KP, Panaccione R, Ghosh S, Wiebe S, Kaplan G. Risk of surgery for inflammatory bowel diseases has decreased over time: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Gastroenterology*. 2013;145 (5):996–1006.
8. Xavier RJ, Podolsky DK. Unravelling the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Nature*. 2007;448(7152):427–34.
9. Baumgart DC, Sandborn WJ. Crohn's disease. *Lancet*. 2012;380(9853):1590–605.
10. Campos FGCM, Regadas FSP, Pinho M. Tratado de coloproctologia. 1th ed. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: ATHENEU; 2012.
11. D'Haens G, Baert F, Assche G, Caenepeel P, Vergauwe P, Tuynman H, De Vos M, Deventer S, Stitt L, Donner A, Vermeire S, Van De Mierop FJ, Coche JR, van der Woude J, Ochsenkühn T, van Bodegraven AA, Van Hootegem PP, Lambrecht GL, Mana F, Rutgeerts P, Feagan BG, Hommes D. Early combined immunosuppression or conventional management in

- patients with newly diagnosed Crohn's disease: an open randomised trial. *Lancet*. 2008; 371(9613):660–7.
12. Baumgart DC, Carding SR. Inflammatory bowel disease: cause and immunobiology. *Lancet*. 2007;369(9573):1627–40.
 13. Baumgart DC, Sandborn WJ. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies. *Lancet*. 2007; 369(9573):1641–57.
 14. Ministério da Saúde. Portaria conjunta nº 6. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Retocolite Ulcerativa [Internet]. 2020; [cited 2022 Aug]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2020/retocolite-ulcerativa-pcdt.pdf/view>.
 15. Zaltman C, Amarante H, Brenner M, Costa M, Flores C, Leal RF, Santana G, Zeroncio M. Doença de crohn: tratamento com corticosteroides. *Associação Mpedica Brasileira*. 2017;1–18.
 16. Daperno M, Sostegni R, Rocca R, Rigazio C, Scaglione N, Castellino F, Ercoli E, Pera A. Review article: medical treatment of severe ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2002;16(Suppl4):7–12.
 17. Kornbluth A, Sachar DB. Ulcerative colitis practice guidelines in adults: american college of gastroenterology, practice parameters committee. *Am J Gastroenterol*. 2010; 105(3):501–23.
 18. Ministério da Saude. Portaria conjunta nº 14. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença de Crohn [Internet]. 2017; [cited 2022 Aug]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Portaria_Conjunta_14_PCDT_Doenca_de_Crohn_28_11_2017.pdf.
 19. Raine T, Bonovas S, Burisch J, Kucharzik T, Adamina M, Annese V, Bachmann O, Bettenworth D, Chaparro M, Czuber-Dochan W, Eder P, Ellul P, Fidalgo C, Fiorino G, Gionchetti P, Gisbert JP, Gordon H, Hedin C, Holubar S, Iacucci M, Karmiris K, Katsanos K, Kopylov U, Lakatos PL, Lytras T, Lyutakov I, Noor N, Pellino G, Piovani D, Savarino E, Selvaggi F, Verstockt B, Spinelli A, Panis Y, Doherty G. ECCO guidelines on therapeutics in ulcerative colitis: medical treatment. *J Crohn's Colitis*. 2022; 16(1):2–17.
 20. Torres J, Bonovas S, Doherty G, Kucharzik T, Raine T, Adamina M, Armuzzi A, Bachmann O, Bager P, Biancone L, Bokemeyer B, Bossuyt P, Burisch J, Collins P, El-Hussuna A, Ellul P, Frei-Lanter C, Furfaro F, Gingert C, Gionchetti P, Gomollon F, González-Lorenzo M, Gordon H,

- Hlavaty T, Juillerat P, Katsanos K, Kopylov U, Krustins E, Lytras T, Maaser C, Magro F, Marshall JK, Myrelid P, Pellino G, Rosa I, Sabino J, Savarino E, Spinelli A, Stassen L, Uzzan M, Vavricka S, Verstockt B, Warusavitarne J, Zmora O, Fiorino G. ECCO guideline/consensus paper ecco guidelines on therapeutics in crohn's disease: medical treatment. 2020; 14(1):4–22.
21. Kaplan GG, Ng SC. Understanding and preventing the global increase of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2017;152(2):313–21.
 22. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, Panaccione R, Ghosh S, Wu JCY, Chan FKL, Sung JJY, Kaplan GG. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet*. 2017;390(10114):2769–78.
 23. Calderón M, Minckas N, Nuñez S, Ciapponi A. inflammatory bowel disease in latin america: a systematic review. *Value Heal Reg Issues*. 2018;17:126–34.
 24. Quresma AB, Kaplan GG, Kotze PG. The globalization of inflammatory bowel disease: the incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in Brazil. *Curr Opin Gastroenterol*. 2019;35(4):259–64.
 25. Quresma AB , Damião AOMC, Coy CRS, Magro DO, Hino AAF, Valverde AD, Panaccione R, Coward SB, Ng SC, Kaplan GG, Kotze PG. Temporal trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases in the public healthcare system in Brazil: A large population-based study. *The Lancet*. 2022, 13(1):1-9.
 26. Gasparini RG,. Incidência e prevalência de doenças inflamatórias intestinais no estado de São Paulo – Brasil [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina/Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2018.
 27. Parente JML, Coy CSR, Campelo V, Parente MPPD, Costa LA, Da Silva RM, Stephan C, Zeitude JMR. Inflammatory bowel disease in an underdeveloped region of Northeastern Brazil. *World J Gastroenterol*. 2015;21(4):1197–206.
 28. Chouraki V, Savoye G, Dauchet L, Vernier-Massouille G, Dupas JL, Merle V, Laberrenne JE, Salomez JL, Lerebours E, Turck D, Cortot A, Gower-Rousseau C, Colombel jf. The changing pattern of Crohn's disease incidence in northern France: a continuing increase in the 10- to 19-year-old age bracket (1988-2007). *Aliment Pharmacol Ther*. 2011;33(10):1133–42.

29. Park KT, Ehrlich OG, Allen JI, Meadows P, Szigethy EM, Henrichsen K, Kim CS, Lawton RC, Murphy MS, Regueiro M, Rubin DT, Engel-Nitz NM, Heller CA. The cost of inflammatory bowel disease: an initiative from the Crohn's & Colitis foundation. *Inflamm Bowel Dis.* 2020;26(1):1–10.
30. Fróes RSB, Carvalho ATP, Carneiro AJV, de Barros Moreira AMH, Moreira JPL, Luiz RR, de Souza HS. The socio-economic impact of work disability due to inflammatory bowel disease in Brazil. *Eur J Heal Econ.* 2018;19(3):463–470.
31. Kaplan GG. The global burden of IBD: from 2015 to 2025. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2015;12 (12):720–7.
32. Coward S, Clement F, Benchimol EI, Bernstein CN, Avina-Zubieta JA, Bitton A, Carroll MW, Hazlewood G, Jacobson K, Jelinski S, Dearnon R, Jones JL, Kuenzig ME, Leddin D, McBrien KA, Murthy SK, Nguyen GC, Otley AR, Panaccione R, Rezaie A, Rosenfeld G, Peña-Sánchez JN, Singh H, Targownik LE, Kaplan GG. Past and future burden of inflammatory bowel diseases based on modeling of population-based data. *Gastroenterology.* 2019;156(5):1345–53.
33. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Brandão APD, Miotto BA, et al. Demografia Médica no Brasil 2020. FMUSP, CFM. 2020;1–311. [Internet]. 2020; [cited 2022 Aug]. Available from: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf.
34. Vilela EG, Rocha HC, Moraes AC, Santana GO, Parente JM, Sasaki LY, Miszputen SJ, Quaresma AB, Clara APHS, Jesus ACS, Pinto AS, Silva BLPS, Silva BC, Freire CCF, Santos CHM, Brito C, Teixeira EFL, Miranda EF, Zobot GP, Duarte JL, Ludvig JC, Campos-Lobato LF, Cassol OS, de Souza MM, Almeida NP, Parra RS, Lima JÚnior SF, Saad-Hossne R. Inflammatory bowel disease care in Brazil: how it is performed, obstacles and demands from the physicians' perspective. *Arq Gastroenterol.* 2020;57(4):416–27.
35. Palacio FGM, de Souza LMP, Moreira JPL, Luiz RR, de Souza HSP, Zaltman C. Hospitalization and surgery rates in patients with inflammatory bowel disease in Brazil: a time-trend analysis. *BMC Gastroenterol.* 2021;21(1):192.
36. Zaltman C, Parra RS, Sasaki LY, Santana GO, Ferrari MLA, Miszputen SJ, Amarante HMBS, Kaiser Junior RL, Flores C, Catapani WR, Parente JML, Bafutto M, Ramos O, Gonçalves CD, Guimaraes IM, da Rocha JJR, Feitosa MR, Feres O, Saad-Hossne R, Penna FGC, Cunha PFS, Gomes TN, Nones RB, Faria MAG, Parente MPPD, Scotton AS, Caratin RF,

- Senra J, Chebli JM. Real-world disease activity and sociodemographic, clinical and treatment characteristics of moderate-to-severe inflammatory bowel disease in Brazil. *World J Gastroenterol*. 2021;27(2):208–23.
37. Peyrin-Biroulet L, Sandborn W, Sands BE, Reinisch W, Bemelman W, Bryant RV., D'Haens G, Dotan I, Dubinsky M, Feagan B, Fiorino G, Geary R, Krishnareddy S, Lakatos PL, Loftus EV Jr, Marteau P, Munkholm P, Murdoch TB, Ordás I, Panaccione R, Riddell RH, Ruel J, Rubin DT, Samaan M, Siegel CA, Silverberg MS, Stoker J, Schreiber S, Travis S, Van Assche G, Danese S, Panes J, Bouguen G, O'Donnell S, Pariente B, Winer S, Hanauer S, Colombel JF. Selecting therapeutic targets in inflammatory bowel disease (STRIDE): determining therapeutic goals for treat-to-target. *Am J Gastroenterol*. 2015;110 (9):1–15.
38. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rol de procedimentos e eventos em saúde 2021: anexo II diretrizes de utilização para cobertura de procedimentos na saúde para cobertura de procedimentos na saúde suplementar (RN 465/2021) (alterado pelas RN n° 469/2021 e RN n° 473/2021) [Internet]. 2021; [cited 2022 Aug]. Available from: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/o-que-seu-plano-deve-cobrir/Anexo_II_DUT_2021_RN_465.2021_TEA.AL.pdf.
39. Wang H, Tu L, Li Y, Bai T, Zou K, Xiao F, Li J, Chen M, Zhang H, Li G, Lu Y, Wang K, Jin S, Yang Y, Zhu L, Hou X. The symptoms and medications of patients with inflammatory bowel disease in hubei province after COVID-19 Epidemic. *J Immunol Res*. 2020;9:2847316.
40. O'Connor M, Bager P, Duncan J, Gaarenstroom J, Younge L, Détré P, Bredin F, Dibley L, Dignass A, Gallego Barrero M, Greveson K, Hamzawi M, Ipenburg N, Keegan D, Martinato M, Murciano Gonzalo F, S Pino Donnay, Price T, Ramirez Morros A, Verwey M, White L, van de Woude C J. N-ECCO consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. *J Crohn's Colitis*. 2013;7 (9):744–64.
41. Simian MD, Flores LP, Quera RP, Ibañez PL, Lubascher JC, Figueroa CC, Kronberg U. Educación al paciente con enfermedad inflamatoria intestinal: impacto de un equipo multidisciplinario. *Gastroenterol latinoam*. 2017;28(2):70–75.
42. Cambi MPC, Silva I da, Zacharias P, Souza LR, Guerra JA, Miranda EF, Kotze PG. Perfil nutricional de pacientes com doenças inflamatórias intestinais em ambulatório público. 2021;1–2.
43. Charles Dalcanale Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias

de superação. *Saúde Debate*. 2018; 42 (1): 361-378.

44. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rol de procedimentos e eventos em saúde 2021: anexo I (RN 465/2021) [Internet]. 2021; [cited 2022 Aug]. Available from: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/o-que-seu-plano-deve-cobrir/anexo_i_rol_2021rn_4652021.pdf.
45. Quaresma AB, Damião AOMC, Coy CSR, Magro DO, Valverde DA, Panaccione R, Coward S, Ng SC, Kaplan GG, Kotze PG. Tendências temporais de incidência e prevalência das doenças inflamatórias intestinais no sistema único de saúde do Brasil: um estudo populacional. 2021;1-3.
46. Perin RL, Damião AOMC, Flores C, Ludvig JC, Magro DO, Miranda EF, Moraes AC, Nones RB, Teixeira FV, Zeroncio M, Kotze PG. Vedolizumab in the management of inflammatory bowel diseases: A Brazilian observational multicentric study. *Arq Gastroenterol*. 2019;56(3):312-317.
47. Steele SR, Hull TL, Hyman N, Maykel JA, Read TE, Whitlow CB. Manual da ASCRS de Cirurgia do Cólon e Cirurgia Retal. 3th ed. Rio de Janeiro: Di Livros; 2020.
48. Saad-Hossne R, Coy CSR. Atualização em doença inflamatória intestinal: dos dilemas do dia a dia à prática diária [Internet]. 2021; [cited 2022 Aug]. Available from: https://gediib.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Atualizacao-em-DII_livro_gediib.pdf.
49. PNUD, IPEA, FJP. Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras [Internet]. 2016; [cited 2022 Aug]. Available from: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6217/1/Desenvolvimento%20humano%20nas%20macrorregi%C3%B5es%20brasileiras.pdf>.
50. UNDP. Human development report 2019: beyond income, beyond averages, beyond today, United Nations development program [Internet]. 2019; [cited 2022 Aug]. Available from: <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2019>.
51. OECD. Health at a Glance 2019: OECD indicators [Internet]. 2019; [cited 2022 Aug]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en.
52. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(4):691-701.
53. Péntek M, Lakatos PL, Oorsprong T, Gulácsi L, Pavlova M, Groot W,

Rencz F, Brodsky V, Baji P. Access to biologicals in Crohn's disease in ten European countries. *World J Gastroenterol.* 2017;23(34):6294–305.

54. Borren NZ, Conway G, Tan W, Andrews E, Garber JJ, Yajnik V, Ananthakrishnan A. Distance to specialist care and Disease Outcomes in Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2017;23(7):1234–1239.
55. **54.** Nguyen GC, Bouchard S, Diong C. Access to specialists and emergency department visits in inflammatory bowel disease: A population-based study. *J Crohn's Colitis.* 2019;13(3):330–336.

ANEXO

Anexo 1. Formulário enviado aos participantes da pesquisa

Perfil da doença inflamatória no Brasil, sob a óptica médica

Esse formulário é uma pesquisa realizada com a colaboração do GEBIID (Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal do Brasil) sob forma de "Quiz", para médicos que sabidamente são especialista no tratamento da Doença Inflamatória Intestinal (DII) em suas cidades e macrorregiões. O objetivo desse formulário é avaliar as características do atendimento da doença inflamatória intestinal no Brasil, sob óptica médica. Acreditamos que os dados obtidos por meio deste estudo devem ser comparados com dados futuros e iniciativas como esta podem se constituir em ferramenta útil não apenas para outras associações médicas e para o governo, mas também para sociedade brasileira como um todo, a fim melhorar o atendimento da DII em todo território nacional.

Cidade onde atuam?

Sua resposta

Estado onde atuam?

Sua resposta

Tempo de graduação ?

- até 10 anos
- 10-20 anos
- 20-30 anos
- 30-40 anos
- 40-50 anos
- mais que 50 anos

Dificuldade para acesso e liberação de medicamentos para os pacientes com Doença de Crohn?

- Derivados do 5 ASA
- Corticóide
- Azatioprina
- 6- mercaptopurina
- Metotrexato
- Terapia Biológica

Dificuldade para acesso e liberação de medicamentos para os pacientes com Retocolite ulcerativa ?

- Derivados do 5 ASA
- Corticóide
- Azatioprina
- 6- mercaptopurina
- Terapia Biológica

Dificuldade para encaminhamento a outros especialistas que atuam em DII ?

- Cirurgião
- Gastroenterologista
- Gastroenterologista Infantil
- Nutricionista
- Psicólogo
- Patologista
- Enfermeiro

Dificuldade para acesso e liberação de medicamentos para os pacientes com Doença de Crohn?

- Derivados do 5 ASA
- Corticóide
- Azatioprina
- 6- mercaptopurina
- Metotrexato
- Terapia Biológica

Dificuldade para acesso e liberação de medicamentos para os pacientes com Retocolite ulcerativa ?

- Derivados do 5 ASA
- Corticóide
- Azatioprina
- 6- mercaptopurina
- Terapia Biológica

Dificuldade para encaminhamento a outros especialistas que atuam em DII ?

- Cirurgião
- Gastroenterologista
- Gastroenterologista Infantil
- Nutricionista
- Psicólogo
- Patologista
- Enfermeiro

Dificuldade para realização de exames complementares ?

- Exames laboratoriais de rotina (exemplos: VHS, PCR, HMG e etc..)
 - Marcadores Fecais
 - Triagem para Tuberculose
 - RX de Tórax
 - Sorologia Viral
 - Entero TC;
 - Entero RNM
 - EDA
 - Colonoscopia
 - Cápsula Endoscópica
 - Enteroscopia por duplo balão
 - Anatomopatológico
 - Anticorpos Séricos
-

Número de pacientes com DC ?

- até 10
- 11- 50
- 51-100
- 101-200
- 201-500
- mais de 500

Números de pacientes que utilizou cada biológica como primeira escolha para abordagem da DC?

	0	1 a 5	6 a 10	11 a 20	21 a 50	51 a 100	101 a 200	> 200
Adalimumabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Certolizumabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infliximabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ustequizumabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vedolizumabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Números de pacientes que utilizou cada biológica como primeira escolha para abordagem da RCU?

	0	1 a 5	6 a 10	11 a 20	21 a 50	51 a 100	101 a 200	> 200
Adalimumabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Golalimunabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infliximabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vedolizumabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quais temas dentro da abordagem da DII gostariam de discutir?

- Fisiopatologia
- Diagnóstico
- Tratamento Convencional
- Terapia biológica (indicação)
- Terapia Biológica (falha)
- Manifestações extra-intestinais
- Seguimento pós-operatório