

Doenças inflamatórias intestinais: fatores de risco e impacto na qualidade de vida

Inflammatory bowel diseases: risk factors and impact on quality of life

Eduardo de Souza Andrade,¹ Caio Zimmermann Oliveira,¹ Julia Melin Zardo,¹ Vanessa Valgas dos Santos¹

RESUMO

Introdução: as doenças inflamatórias intestinais (DII) são patologias crônicas de etiologia multifatorial que impactam diretamente a vida dos pacientes. **Objetivos:** esta pesquisa teve como objetivo avaliar o impacto na qualidade de vida de pacientes com doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa (RC), bem como identificar possíveis riscos ambientais associados às DII. **Métodos:** participaram da pesquisa 27 pacientes de ambos os sexos, previamente diagnosticados com DC ou RC. Foram aplicados questionários demográficos, de fatores de risco e de análise da qualidade de vida (*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*, IBDQ-32). **Resultados:** os pacientes tinham idade média de $34,8 \pm 12,7$ anos. Entre as DII, a RC foi a mais prevalente (18 pacientes), e o uso excessivo de antibióticos foi relatado por 83,3% dos pacientes com RC. O histórico familiar foi citado por 11,1% da amostra. O IBDQ-32 revelou que pacientes com DC apresentaram escores menores que aqueles com RC, com impacto nos domínios sistêmicos e emocionais. Além disso, quanto maior o uso de medicamentos, piores os resultados no IBDQ-32. **Conclusões:** esta pesquisa destaca a alta porcentagem de uso de antibióticos durante a infância na população estudada com RC. Além disso, ressalta o impacto das doenças inflamatórias, principalmente no aspecto emocional na qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: doença de Crohn; retocolite ulcerativa; fatores de risco; qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Inflammatory bowel diseases (IBD) are chronic conditions of multifactorial etiology that directly impact patients' lives. **Objectives:** This study aimed to evaluate the impact on the quality of life of patients with Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC), as well as to identify possible environmental risk factors associated with IBD. **Methods:** Twenty-seven patients of both sexes, previously diagnosed with CD or UC, participated in the study. Demographic, risk factor, and quality-of-life questionnaires (*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*, IBDQ-32) were administered. **Results:** The patients had a mean age of 34.8 ± 12.7 years. UC was the most prevalent disease (18 patients), and excessive antibiotic use was reported by 83.3% of patients with UC. Family history was cited by 11.1% of the sample. The IBDQ-32 revealed that patients with CD had lower scores than those with UC, with significant impact on the systemic and emotional domains. Furthermore, the greater the use of medication, the poorer the results in the IBDQ-32. **Conclusions:** This study highlights the high percentage of antibiotic use during childhood among patients with UC and underscores the impact of inflammatory diseases, particularly on the emotional domain, on patients' quality of life.

Keywords: Crohn's disease; ulcerative colitis; risk factors; quality of life.

INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são distúrbios multifatoriais complexos, caracterizados por inflamação crônica de segmentos do sistema digestório, com maior acometimento intestinal.¹ Os dois tipos de doenças mais comuns são a doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa (RC).¹

Embora a etiologia ainda não esteja totalmente elucidada, estudos sugerem que fatores genéticos e ambientais estejam envolvidos na patogênese da DII, em que pacientes geneticamente predispostos, em ambientes propícios, podem desenvolver uma resposta inflamatória exacerbada na mucosa intestinal.

¹ Universidade do Planalto Catarinense (UNIPAC) – Lages (SC), Brasil.

Autora correspondente: Vanessa Valgas dos Santos

UNIPAC – Av. Castelo Branco, 170, Bairro Universitário, CEP.: 88509-900 – Lages (SC), Brasil.

E-mail: vanessavalgas@uniplaclages.edu.br

Recebido em 01/09/2023 – Aceito para publicação em 16/10/2025.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

As DII estão diretamente relacionadas à industrialização das sociedades, com prevalência aumentada nos países nórdicos e nos Estados Unidos da América, mas com observações crescentes em países recentemente industrializados da Ásia, Oriente Médio, África e América do Sul.

Entre os fatores ambientais e os estilos de vida envolvidos nas DII, cita-se a dieta, com o consumo de alimentos ultraprocessados, gorduras saturadas, carboidratos refinados e carnes vermelhas e processadas. Além disso, acredita-se que o uso de antibióticos, ao ocasionar mudanças na flora intestinal e alterar os mecanismos de tolerância imunológica mediados por microrganismos, também seja um fator de risco.⁴

Devido à cronicidade das DII, à presença de dores abdominais diárias e ao aumento do número de evacuações, associados à ocorrência de fístulas perianais e emagrecimento, as repercussões nas esferas física, social e emocional impactam negativamente a qualidade de vida dos portadores da doença.

Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa foi investigar possíveis estilos de vida que poderiam estar relacionados às DII e suas implicações nos diferentes domínios da qualidade de vida dos pacientes.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de característica transversal, descritiva e analítica, realizado na principal clínica especializada em diagnóstico e tratamento de doenças do aparelho digestivo na Serra de Santa Catarina, Brasil.

Pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico prévio de DC ou RC, foram entrevistados e responderam a questionários sobre características demográficas, estilo de vida e ao *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ-32)*, composto por 32 questões que abordam diferentes dimensões de aspectos intestinais, emocionais, sistêmicas e sociais, com escores de 1 a 7, em que 1 representa a pior qualidade de vida e 7, a melhor.

É importante salientar que as perguntas referem-se aos sintomas das duas semanas anteriores à aplicação do questionário, representando a situação atual do indivíduo.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE 35342020.9.0000.5368.

Os dados foram avaliados por meio de análise descritiva e de distribuição de frequência absoluta e relativa. A simulação estatística para a análise de risco das variáveis independentes sobre a variável dependente foi investigada pelo teste exato de Monte Carlo.

O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$, e os programas estatísticos utilizados foram: *IBM SPSS Statistics*, versão 20, para o teste de Monte Carlo; *SestatNet* para análises de frequência e investigações qualitativas e quantitativas de inferência; *GraphPad Prism* para o teste não paramétrico de Mann-Whitney; e *Statistica* para o teste de correlação.

RESULTADOS

Aspectos demográficos

Participaram da investigação 27 pacientes (20 mulheres e 7 homens), sendo 9 diagnosticados com DC (5 mulheres e 4 homens) e 18 pacientes com RC (15 mulheres e 3 homens). A idade média dos pacientes foi de $34,8 \pm 12,7$ anos. Quando questionados sobre a idade em que receberam o diagnóstico de DII, os pacientes com DC referiram idade média de $29,8 \pm 9,8$ anos e os com RC, $37,3 \pm 13,5$ anos.

Ressalta-se que a idade ao diagnóstico oscilou entre meses de vida e anos. Na DC, o paciente mais jovem diagnosticado com a doença ainda não havia completado o primeiro ano de vida, enquanto o mais velho tinha 43 anos. No grupo RC, a variação da idade ao diagnóstico foi de 14 a 53 anos.

As características pessoais, familiares, hábitos de vida e outros fatores de risco estão apresentadas na Tabela 1.



Tabela 1. Características dos pacientes com doenças inflamatórias intestinais.

Estilos de vida		Valor absoluto (%)	DC	RU	p
		27 (100 %)	9 (100%)	18 (100%)	
Tabagismo	Fumantes	1 (3,7%)	0 (0%)	1 (5,6%)	0,5
	Não fumantes	26 (93%)	9 (100%)	17 (94,4%)	
Exercício físico	Sim	13 (48,1%)	4 (44,4%)	9 (50%)	0,8
	Não	14 (51,9%)	5 (55,6%)	9 (50%)	
Álcool	Sim	11 (40,7%)	3 (33,3%)	8 (44,4%)	0,6
	Não	16 (59,3%)	6 (66,7%)	10 (55,6%)	
Consumo de carne vermelha	> 2 x semana	22 (81,5%)	9 (100%)	13 (72,3%)	0,1
	1 x semana	5 (18,8%)	0 (0%)	5 (27,7%)	
IMC	IMC > 30 kgm ²	10 (37%)	3 (33,3%)	7 (38,9%)	0,8
	IMC < 30 kgm ²	17 (63%)	6 (66,7%)	11 (61,1%)	
Forte estresse emocional	Sim	12 (44,4%)	4 (44,5%)	8 (44,5%)	1
	Não	15 (55,6%)	5 (55,5%)	10 (55,5%)	
Uso prolongado de antibióticos antes do diagnóstico	Sim	20 (74,1%)	5 (55,5%)	15 (83,3%)	0,1
	Não	7 (25,4%)	4 (44,4%)	3 (16,6%)	
Histórico familiar	Sim	6 (22,2%)	4 (44,4%)	2 (12,2%)	0,5
	Não	21 (77,8%)	5 (55,5%)	16 (88,8%)	

Tabela de referência cruzada 2 × 2, analisada pelo teste exato de Monte Carlo. Não foi observada significância estatística ($p > 0,05$).

O uso prolongado de antibióticos durante a infância foi relatado por 83,3% dos pacientes com RC. Também para a RC, observou-se ausência de histórico familiar em 88,9% dos pacientes.

O estresse emocional, como separação conjugal ou dos pais, demissões, mudanças de cidade ou morte de pessoas próximas, demonstrou resultados semelhantes entre as duas doenças, sendo que 55,5% negaram qualquer estresse emocional antecedendo os sintomas, e 44,5% afirmaram ter passado por algum estresse emocional seguido do início das manifestações intestinais.

Avaliação da qualidade de vida Escore IBDQ-32

De acordo com a classificação definida no questionário, escores de até 100 pontos representam baixa qualidade de vida; escores entre 101 e 150 pontos indicam qualidade de vida regular; escores entre 151 e 199 representam qualidade de vida boa; e > 200, qualidade de vida excelente.

Foi inicialmente realizado o teste de confiabilidade dos dados por meio da análise do alfa de Cronbach, e os resultados apresentaram elevada confiabilidade (0,95). Ressalta-se que valores > 0,91 são considerados de confiabilidade excelente.

Os resultados desta pesquisa apontam que a média dos escores dos pacientes com RC foi de $171,6 \pm 8,3$ (mínimo: 101; máximo: 214), enquanto a pontuação média na DC foi

de $147,8 \pm 12,7$ (mínimo: 80; máximo: 201) (Figura 1), não havendo diferença significativa entre os grupos ($p = 0,75$). Mesmo sem significância, observam-se valores considerados de baixa qualidade de vida para a DC e de qualidade de vida regular para os pacientes com RC.

Ao investigar as diferenças entre os distintos domínios afetados pelas DII, sem diferenciação entre RC e DC, observou-se (Figura 2A) que os piores escores de qualidade de vida ocorreram nos aspectos sistêmicos e emocionais, sendo estes significativamente menores quando comparados aos domínios sociais.

Foi realizado o teste t para amostras independentes, seguido do teste de Mann-Whitney, e não foram observados resultados estatisticamente significativos.

Em contrapartida, quando foi realizada a diferenciação entre as duas doenças, observou-se que o domínio emocional apresentou a maior significância estatística, com menor escore na DC ($4,1 \pm 0,8$) em comparação com a RC ($5,1 \pm 0,6$) ($p < 0,01$) (Figura 2B).

Foi realizada a análise de variância (ANOVA) de duas vias, seguida do teste de Bonferroni, na qual, no domínio emocional, foram observados valores significativos entre RC e DC ($p < 0,01$) (Figura 2A), e ANOVA seguida pelo teste de comparação múltipla de Dunn, com valores significativamente reduzidos quando comparados ao domínio social ($p < 0,05$) (Figura 2B).



Figura 1: Escore total dos valores de IBDQ-32

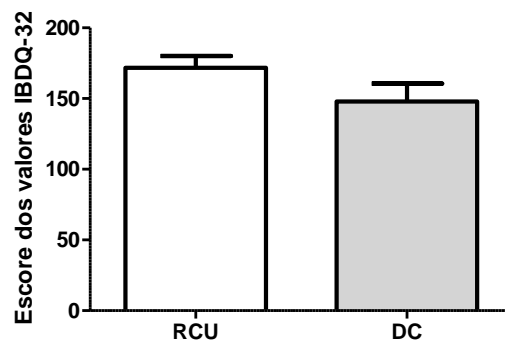
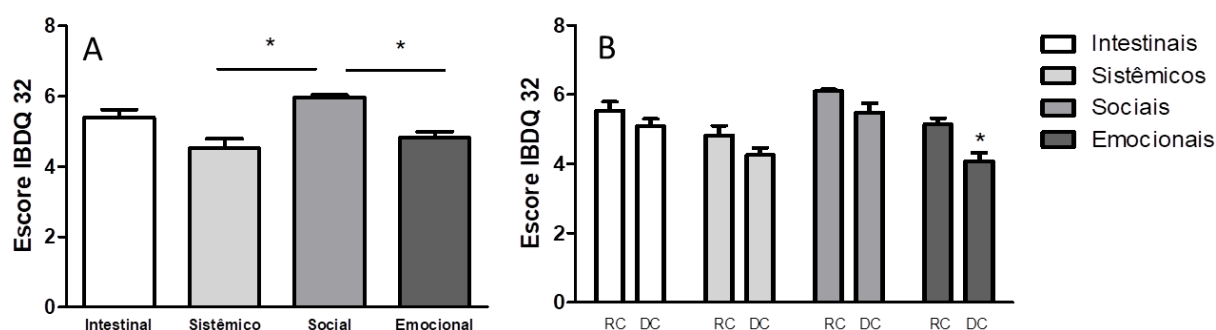


Figura 2 (A,B). Escore IBDQ-32 para as DII.



Quando se investigou, em cada domínio, as perguntas que mais impactaram negativamente a qualidade de vida dos pacientes (Tabela 2), observou-se que, no domínio intestinal, o inchaço e as cólicas intestinais eram reclamações tanto de pacientes com RC ($4,3 \pm 2,4$) quanto com DC ($4,3 \pm 1,6$).

No domínio sistêmico, a manutenção do peso corporal em pacientes com RC ($3,7 \pm 2,6$) e o cansaço, fadiga e exaustão ($3,7 \pm 1,4$) nos pacientes com DC foram as principais queixas.

Com relação ao domínio social, evitar lugares que não tinham banheiro próximo ($5,7 \pm 2,2$) e a diminuição da atividade sexual ($4,7 \pm 2,2$) foram as perguntas com maiores impactos para os pacientes com RC e DC, respectivamente.

Já em relação aos aspectos emocionais, sentimentos de frustração, impaciência e inquietude impactavam profundamente tanto pacientes com RC quanto com DC, respectivamente ($4,0 \pm 1,5$ e $2,9 \pm 0,8$).

Tabela 2. Perguntas do Questionário IBDQ-32 com suas médias e desvios-padrão (DP).

	RC		DC	
	Média	DP	Média	DP
Intestinais				
Com que frequência você tem evacuado nas duas últimas semanas?	6,1	1,2	5,4	2,4
Com que frequência, nas duas últimas semanas, você teve diarreia?	5,5	1,6	5,1	2,5
Com que frequência, nas últimas duas semanas, você teve cólicas na barriga?	5,0	2,0	4,3	1,6
Com que frequência, nas duas últimas semanas, você foi incomodado por dores na barriga?	5,2	2,1	5,0	2,0
De uma maneira geral, nas últimas duas semanas, quanto problema você teve com a eliminação de grande quantidade de gases?	4,5	1,7	4,7	1,9
Quanto tempo, nas últimas duas semanas, você sentiu inchaço na barriga?	4,3	2,4	4,4	2,2
Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você teve problemas de sangramento retal com suas evacuações?	5,3	2,1	5,5	2,1
Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você foi incomodado por ter que ir ao banheiro evacuar e não ter conseguido, apesar do esforço?	6,1	1,4	5,7	2,1
Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você foi incomodado por evacuar acidentalmente nas suas calças?	6,9	0,3	6,4	0,5
Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você se sentiu enjoado?	6,1	1,5	5,1	2,1
Sistêmicos				
Com que frequência se sentiu cansado, fatigado e exausto nas últimas duas semanas?	4,3	1,6	3,7	1,4
Quanta disposição física você sentiu que tinha nas últimas duas semanas?	4,4	1,4	4,0	1,6
Com que frequência, nas últimas duas semanas, você sentiu mal estar?	5,1	2,3	4,4	2,0
Com que frequência, nas duas últimas semanas, você teve problemas para ter uma boa noite de sono ou por acordar durante a noite?	4,3	2,0	5,0	1,6
De uma maneira geral, nas duas últimas semanas, quanto problema você teve para manter o seu peso como você gostaria que fosse?	3,7	2,6	3,9	1,4
Sociais				
Com que frequência, nas duas últimas semanas, você não foi capaz de ir à escola ou ao seu trabalho por causa do seu problema intestinal?	6,3	1,0	5,0	1,7
Com que frequência, nas últimas duas semanas, você teve que atrasar ou cancelar um compromisso social por causa de seu problema intestinal?	6,3	1,3	5,8	1,6
Quanta dificuldade você teve para praticar esportes ou se divertir como você gostaria de ter feito por causa dos seus problemas intestinais nas duas últimas semanas?	5,9	1,5	5,0	2,1
Com que frequência, nas duas últimas semanas, você evitou ir a lugares que não tivessem banheiros (privada) bem próximos?	5,7	2,2	5,9	1,5
Quanto diminuiu sua atividade sexual, nas duas últimas semanas, por causa do seu problema intestinal?	5,8	1,5	4,7	2,2
Emocionais				
Com que frequência, nas últimas duas semanas, você se sentiu frustrado, impaciente ou inquieto?	4,0	1,5	2,9	0,8
Com que frequência, nas últimas duas semanas, você se sentiu preocupado com a possibilidade de precisar de uma cirurgia por causa do seu problema intestinal?	5,8	1,9	5,0	1,9
Com que frequência, nas duas últimas semanas, você teve problemas por medo de não achar um banheiro?	5,8	1,7	5,7	1,6
Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu deprimido e sem coragem?	5,2	1,6	4,8	1,9
Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu preocupado ou ansioso?	4,6	2,2	3,0	1,7
Quanto tempo, nas últimas duas semanas, você se sentiu tranquilo e relaxado?	4,7	1,7	3,9	1,7
Quanto do tempo, nas duas últimas semanas, você sentiu vergonha por causa do seu problema intestinal?	5,9	1,8	3,8	2,6
Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você sentiu vontade de chorar?	4,9	2,1	4,0	2,4
Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você sentiu raiva por causa do seu problema intestinal?	5,1	2,3	4,1	2,2
Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você se sentiu irritado?	4,6	1,8	3,3	1,7
Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você sentiu falta de compreensão por parte das outras pessoas?	5,9	1,2	3,6	2,1
Quanto satisfeito, feliz ou agradecido você se sentiu com sua vida pessoal, nas duas últimas semanas?	5,0	1,3	4,8	1,6



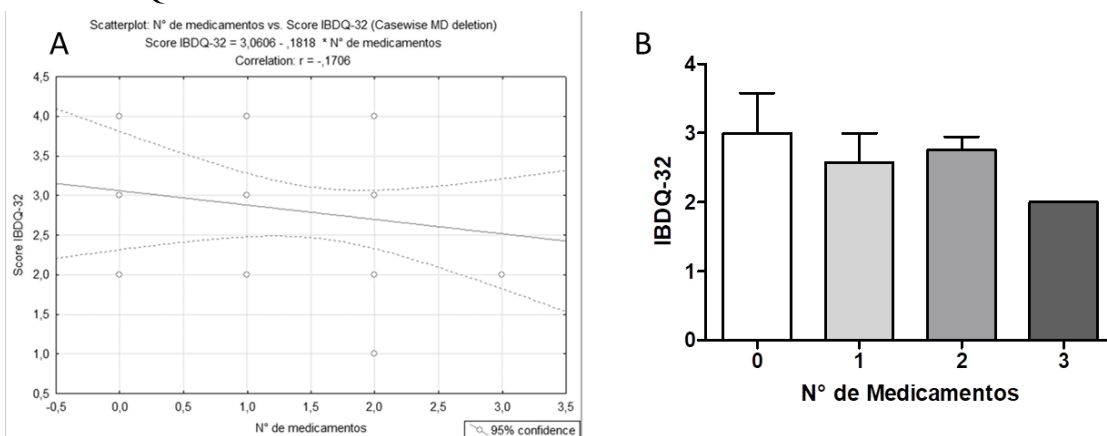
Os pacientes também foram questionados quanto à utilização e à quantidade de medicamentos para o tratamento das DII. Observou-se que 3 pacientes (11,11%) não faziam uso de qualquer medicação; 7 pacientes (25,9%), de pelo menos um medicamento; 16 pacientes (59,2%), de dois medicamentos; e 1 paciente (3,7%), da combinação de três medicações. A mesalazina era utilizada por 59,26% dos pacientes e a azatioprina por 44,4%.

Ao ser realizada a correlação entre o número de medicamentos utilizados (0, 1, 2 ou 3) e o escore de qualidade de vida em que se nomearam os valores do IBDQ-32 < 100

como 1; entre 101–150 como 2; entre 151–199 como 3; e > 200 como 4, observou-se uma correlação negativa entre ambos ($r = -0,17$) (Figura 3A).

Os valores das médias e desvios-padrão do IBDQ-32 revelaram que pacientes que não faziam uso de medicamentos apresentaram escores de $3,0 \pm 0,6$; pacientes utilizando uma medicação, $2,6 \pm 0,4$; duas medicações, $2,8 \pm 0,2$; e três medicações, $2,0 \pm 0,1$. Como o número de participantes foi pequeno no grupo com três medicamentos, não foi possível realizar a análise estatística comparativa entre os grupos, mas esses valores podem ser observados na Figura 3B.

Figura 3 (A,B): Número de medicamentos utilizados e sua relação com a qualidade de vida através do escore IBDQ-32.



Análise do número de medicamentos e a qualidade de vida através dos testes de correlação.

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, observou-se que não somente a RC é mais prevalente, como também acomete um número superior de mulheres. Para Brito e colaboradores (2023), as mulheres procuram mais os serviços de saúde, enquanto, nos homens, pode estar ocorrendo uma subnotificação, resultando também em diagnóstico tardio.⁷

Sabe-se que o estradiol tem um papel multifatorial no desenvolvimento de respostas inflamatórias e de doenças autoimunes. Além disso, as flutuações hormonais estariam implicadas na mudança da microbiota, podendo justificar a predominância das mulheres no grupo.⁸

Quanto à idade do diagnóstico dos participantes do estudo, os dados estão em concordância com a literatura, que evidencia que as DII afetam principalmente os jovens, sendo possível destacar maior incidência da DC entre a segunda e a terceira décadas de vida.⁹ Já para a RC, a maior taxa ocorre entre a terceira e a quarta décadas, podendo permanecer elevada até a sétima década, especialmente no sexo masculino.¹⁰

Avaliando-se os estilos de vida dos pacientes, chamam a atenção os dados referentes à utilização de antibióticos na infância e adolescência (83,3%). Uma pesquisa britânica, realizada por Troelsen e Jick,¹¹ que investigou a associação

entre DII e uso prévio de antibióticos, revelou que, tanto na RC quanto na DC, o uso de antibioticoterapia foi associado às DII. Além disso, autores têm relatado que o uso de antibióticos, principalmente os de largo espectro, pode aumentar o risco de desenvolvimento de DII.¹²

A qualidade de vida foi avaliada nesta investigação; para isso, utilizou-se o IBDQ-32. Na revisão de Chen *et al.*,⁶ que investigou a qualidade de vida em pacientes com DII e o melhor instrumento para avaliá-la, concluiu-se que, com base nas características, propriedades de medição e aplicações dos instrumentos, o IBDQ-32 foi o mais confiável, válido e responsivo para pacientes com DII.⁶

Assim como em nossa pesquisa, Zavala-Solares *et al.*¹³ também não observaram diferenças estatísticas nos escores totais para RC e DC no IBDQ-32. Para os autores, o aspecto social foi o que obteve a melhor média de escore em ambas as doenças,¹³ demonstrando que os pacientes mantêm suas atividades sociais regularmente, inclusive em relação à atividade sexual, uma das queixas dos entrevistados nesta investigação.

Entre as limitações deste estudo, cita-se o número de pacientes investigados. Ressalta-se, contudo, que, apesar da participação limitada, esses dados referem-se a pacientes



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

que buscaram atendimento em serviço especializado ao longo de um ano, em uma das principais cidades de Santa Catarina.

Considerando que as DII atingem cerca de 100 pessoas a cada 100.000 habitantes, esses números ficaram abaixo do esperado para um local que atende a Serra de Santa Catarina, com população estimada em 164.981 habitantes.¹⁴

Enfatiza-se, ainda, que, embora o escore IBDQ-32 seja padronizado, apresente boa validação para a avaliação de pacientes com DII e seja considerado uma das principais escalas para mensurar a qualidade de vida, até o momento, são poucos os estudos sobre o tema em pacientes com DII.

Outra informação com poucas evidências até o momento é a relação entre o número de medicações utilizadas para o tratamento das DII e o resultado do escore do IBDQ-32, em que se observou uma relação direta entre o número de medicações e a qualidade de vida. Assim, esta pesquisa destaca-se ao confirmar o impacto das DII nas diferentes esferas da qualidade de vida dos pacientes.

CONCLUSÃO

Este estudo aponta que, nessa região do Brasil, o diagnóstico das DII ocorreu na segunda década de vida para a DC e na terceira década para a RC, sendo as mulheres as que mais buscaram atendimento para o tratamento das DII. Destaca-se também que o elevado consumo de antibióticos durante a infância foi relatado pelos pacientes. Na investigação da qualidade de vida, os domínios sistêmicos e emocionais foram os que mais impactaram a qualidade de vida dos pacientes com DII.

REFERÊNCIAS

1. Bruner LP, White AM, Proksell S. Inflammatory bowel disease. *Prim Care*. 2023;50(3):411-27. doi: 10.1016/j.pop.2023.03.009.
2. Piovani D, Danese S, Peyrin-Biroulet L, Nikolopoulos GK, Lytras T, Bonovas S. Environmental risk factors for inflammatory bowel diseases: an umbrella review of meta-analyses. *Gastroenterology*. 2019;157(3):647-59.e4. doi: 10.1053/j.gastro.2019.04.016.
3. Singh N, Bernstein CN. Environmental risk factors for inflammatory bowel disease. *United European Gastroenterol J*. 2022;10(10):1047-53. doi: 10.1002/ueg2.12319.
4. Hviid A, Svanström H, Frisch M. Antibiotic use and inflamma-

- tory bowel diseases in childhood. *Gut*. 2011;60(1):49-54. doi: 10.1136/gut.2010.219683.
5. Rogler G, Singh A, Kavanaugh A, Rubin DT. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: current concepts, treatment, and implications for disease management. *Gastroenterology*. 2021;161(4):1118-32. doi: 10.1053/j.gastro.2021.07.042.
6. Chen XL, Zhong LH, Wen Y, Liu TW, Li XY, Hou ZK, et al. Inflammatory bowel disease-specific health-related quality of life instruments: a systematic review of measurement properties. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):177. doi: 10.1186/s12955-017-0753-2.
7. Brito CAA, Celani LMS, Araújo MVT, Lucena MT, Vasconcelos GBS, Lima GAS, et al. A multicentre study of the clinical and epidemiological profile of inflammatory bowel disease in Northeast Brazil. *Clin Exp Gastroenterol*. 2023;16:87-99. doi: 10.2147/CEG.S411936.
8. Rustgi SD, Kayal M, Shah SC. Sex-based differences in inflammatory bowel diseases: a review. *Therap Adv Gastroenterol*. 2020;13:1756284820915043. doi: 10.1177/1756284820915043.
9. Fucilini LMP, Genaro LM, Sousa DCE, Coy CSR, Leal RF, Ayrisono MLS. Epidemiological profile and clinical characteristics of inflammatory bowel diseases in a Brazilian referral center. *Arq Gastroenterol*. 2021;58(4):483-90. doi: 10.1590/S0004-2803.202100000-87.
10. Kaplan GG, Windsor JW. The four epidemiological stages in the global evolution of inflammatory bowel disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2021;18(1):56-66. doi: 10.1038/s41575-020-00360-x.
11. Troelsen FS, Jick S. Antibiotic use in childhood and adolescence and risk of inflammatory bowel disease: a case-control study in the UK Clinical Practice Research Datalink. *Inflamm Bowel Dis*. 2020;26(3):440-447. doi: 10.1093/ibd/izz137.
12. Nguyen LH, Örtqvist AK, Cao Y, Simon TG, Roelstraete B, Song M, et al. Antibiotic use and the development of inflammatory bowel disease: a national case-control study in Sweden. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020;5(11):986-95. doi: 10.1016/S2468-1253(20)30267-3.
13. Zavala-Solares MR, Salazar-Salas L, Yamamoto-Furusho JK. Validity and reliability of the health-related questionnaire IBDQ-32 in Mexican patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2021;44(10):711-8. doi: 10.1016/j.gastrohep.2021.03.002.
14. Quaresma AB, Damiao AOMC, Coy CSR, Magro DO, Hino AAF, Valverde DA, et al. Temporal trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases in the public healthcare system in Brazil: a large population-based study. *Lancet Reg Health Am*. 2022;13:100298. doi: 10.1016/j.lana.2022.100298.

Como citar este artigo:

Andrade ES, Oliveira CZ, Zardo JM, Santos VV. Doenças inflamatórias intestinais: fatores de risco e impacto na qualidade de vida. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2025;27:e63453. doi: 10.23925/1984-4840.2025v27a24.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.