

Atraso no fornecimento de medicamentos e suas consequências na qualidade de vida de pacientes com doenças inflamatórias intestinais: um estudo transversal em Santa Catarina

Delay in medication provision and its consequences on the quality of life of patients with inflammatory bowel diseases: a cross-sectional study in Santa Catarina

Gabriel Pettenon Gubert,¹ Helena Vitali Gava,¹ Cíntia Scherer¹

RESUMO

Objetivo: avaliar a relação entre atrasos no fornecimento de medicamentos e a qualidade de vida de pacientes com doenças inflamatórias intestinais em Santa Catarina, Brasil. **Métodos:** estudo transversal retrospectivo com 165 adultos com doença de Crohn (n = 83) e retocolite ulcerativa (n = 82), recrutados entre março e junho de 2025 por meio de instituições de saúde e de grupos virtuais. Dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos foram coletados por meio de um questionário estruturado. A atividade da doença foi avaliada pelos índices de Harvey–Bradshaw e de Mayo Partial Score, e a qualidade de vida, pelos domínios do WHOQOL-BREF. Realizaram-se análises descritivas e de associação (teste do qui-quadrado, ANOVA e regressão logística). **Resultados:** atrasos no fornecimento de medicamentos ocorreram em 50,9% dos participantes, especialmente na entrega de biológicos. Esses atrasos associaram-se à maior atividade da doença (sangramento intestinal: 48% vs. 22%; $p < 0,001$), complicações graves (fístulas: 38% vs. 18%; $p = 0,009$) e pior qualidade de vida (OR = 0,48; IC 95% 0,24 – 0,96 para sono inadequado). **Conclusão:** os resultados indicam que o atraso no fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS afeta negativamente o controle clínico e a qualidade de vida de pacientes com DII, evidenciando a necessidade de aprimorar a gestão logística e a equidade no acesso aos insumos terapêuticos.

Palavras-chave: doença de Crohn; proctocolite; doenças inflamatórias intestinais; atraso no tratamento; qualidade de vida; preparações farmacêuticas.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the relationship between delays in medication provision and the quality of life of patients with inflammatory bowel diseases in Santa Catarina, Brazil. **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted with 165 adults diagnosed with Crohn's disease (n = 83) and ulcerative colitis (n = 82), recruited between March and June 2025 through healthcare institutions and virtual support groups. Sociodemographic, clinical, and therapeutic data were collected using a structured questionnaire. Disease activity was assessed using the Harvey–Bradshaw Index and the Mayo partial score, and quality of life was measured through the domains of the WHOQOL-BREF. Descriptive and association analyses were performed (chi-square, ANOVA, and logistic regression). **Results:** Delays in medication provision occurred in 50.9% of participants, particularly in the delivery of biologics. These delays were associated with higher disease activity (intestinal bleeding: 48% vs. 22%; $p < 0.001$), severe complications (fistulas: 38% vs. 18%; $p = 0.009$), and poorer quality of life (OR = 0.48; 95% CI 0.24 – 0.96 for inadequate sleep). **Conclusion:** The findings indicate that delays in medication provision within the Brazilian Unified Health System (SUS) negatively affect clinical control and quality of life in patients with IBD, underscoring the need to improve logistical management and equity in access to therapeutic supplies.

Keywords: Crohn's disease; proctocolitis; inflammatory bowel diseases; treatment delay; quality of life; pharmaceutical preparations.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.

Autor correspondente: Gabriel Pettenon Gubert

UFSC – R. Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n, Trindade, CEP.: 88040-900 – Florianópolis (SC), Brasil.

E-mail: ggubert@hotmail.com

Recebido em 13/11/2025 – Aceito para publicação em 30/07/2026.



INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais, incluindo a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa, têm apresentado aumento de incidência e prevalência globalmente, com taxas particularmente aceleradas em países em desenvolvimento, como o Brasil. Um estudo populacional identificou 162.894 pacientes com essa condição no país entre 2008 e 2017, sendo 59% dos casos de retocolite ulcerativa e 41% de doença de Crohn.

A prevalência geral das doenças inflamatórias intestinais atingiu 80 casos por 100.000 habitantes, com distribuição geográfica desigual, destacando-se um gradiente Sul-Norte.¹ A região Sul, que inclui estados como Santa Catarina, apresentou o maior número de casos por habitante, chegando a 126 casos por 100.000 habitantes.¹ No entanto, os dados regionais são limitados, principalmente no que tange às especificidades de cada estado, o que dificulta a compreensão aprofundada das particularidades locais relacionadas ao diagnóstico, ao tratamento e à atividade dessas doenças.¹

O manejo das doenças inflamatórias intestinais requer acompanhamento clínico contínuo e adesão rigorosa ao tratamento. A interrupção do fornecimento de medicamentos, definida como intervalo superior a sete dias entre a data prevista e a efetiva dispensação, segundo relato do paciente, está associada a exacerbações da doença, maior número de hospitalizações e pior qualidade de vida.² Apesar de o Sistema Único de Saúde (SUS) garantir o acesso gratuito aos medicamentos de alto custo, falhas na logística de distribuição ainda são frequentes e podem comprometer a efetividade terapêutica.²⁻⁴

No contexto catarinense, ainda há lacunas de conhecimento, principalmente no que tange ao acesso regular ao tratamento medicamentoso. Além disso, fatores como urbanização, exposição a patógenos entéricos e características genéticas, que variam entre as regiões do país, influenciam não apenas a progressão da doença, mas também a adesão e continuidade do tratamento.⁵

Até o momento, não há estudos que investiguem especificamente o impacto dos atrasos no fornecimento de medicamentos sobre a qualidade de vida de pacientes com retocolite ou doença de Crohn no contexto regional catarinense, especialmente considerando as fragilidades logísticas do SUS. Assim, o reconhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes com doenças inflamatórias intestinais em Santa Catarina e, sobretudo, dos impactos do atraso no fornecimento de medicamentos sobre sua qualidade de vida torna-se ferramenta fundamental para a compreensão da relação entre fatores socioambientais e a progressão dessas condições inflamatórias.⁶ Compreender essa relação é essencial para o desenvolvimento de estratégias que promovam o acesso equitativo ao tratamento, contribuam para o controle adequado da doença e melhorem os desfechos clínicos e o bem-estar dos pacientes.⁷

O objetivo do estudo é caracterizar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com retocolite ulcerativa e doença de Crohn em Santa Catarina, bem como os fatores relacionados à atividade da doença, à presença de complicações e aos atrasos no fornecimento de medicamentos. Assim, espera-se oferecer dados regionais relevantes que possam subsidiar políticas públicas de saúde, otimizar o manejo clínico e promover intervenções direcionadas que minimizem os efeitos negativos da descontinuidade terapêutica.

MÉTODOS

Delineamento

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, realizado entre março e junho de 2025, com base em dados primários coletados por meio de um questionário estruturado. O estudo foi delineado para avaliar associações entre o atraso na dispensação de medicamentos e desfechos clínicos em pacientes com doença de Crohn e retocolite ulcerativa. O tamanho amostral foi previamente estimado para assegurar um poder estatístico adequado, e as análises foram conduzidas com base em hipóteses bicaudais, com nível de significância de 5%.

Contexto

Foram analisados dados sociodemográficos, clínicos e relacionados à qualidade de vida de pacientes adultos diagnosticados com doença inflamatória intestinal e residentes no estado de Santa Catarina, Brasil. A atividade da doença foi avaliada pelo Índice de Harvey-Bradshaw (para doença de Crohn) e pelo Mayo Partial Score (para retocolite ulcerativa), considerando-se remissão (valores < 5 e ≤ 1 , respectivamente) e atividade moderada/grave (valores ≥ 8 e ≥ 5 , respectivamente).^{9,10} A qualidade de vida foi avaliada com base nos domínios do questionário WHOQOL-BREF.¹¹

Participantes

Participaram do estudo pacientes adultos (≥ 18 anos) com diagnóstico prévio de doença inflamatória intestinal, estabelecido por critérios clínicos, laboratoriais, endoscópicos, de imagem e/ou histopatológicos, conforme a prática clínica padrão. Os participantes foram recrutados por amostragem não probabilística por conveniência, devido à raridade das doenças e às dificuldades de acesso a uma amostra populacional aleatória. O recrutamento foi realizado por meio de plataformas on-line (grupos virtuais de apoio) e de instituições de saúde parceiras que prestam assistência à essa população em Santa Catarina.

Todos os participantes forneceram seu consentimento, assinando eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início de seu envolvimento na pesquisa.

O estudo foi conduzido conforme os princípios da Declaração de Helsinque e aprovado, no dia 26 de março de 2025, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número de parecer 7.464.746.

Variáveis

Analisaram-se as seguintes variáveis: dados sociodemográficos (idade, gênero, escolaridade, cidade de residência), histórico familiar e clínico, tempo de diagnóstico, extensão da doença (classificação de Montreal),⁸ histórico de cirurgias intestinais e terapias em uso (medicamentos convencionais e agentes biológicos).

A atividade clínica da doença de Crohn foi avaliada pelo Índice de Harvey-Bradshaw, e a da retocolite ulcerativa, pelo índice Mayo Partial Score. O Índice de Harvey-Bradshaw avalia cinco parâmetros principais: bem-estar geral, dor abdominal, número de evacuações líquidas por dia, presença de complicações e uso de medicamentos antidiarreicos.⁹ O Mayo Partial Score considera apenas três parâmetros: frequência das fezes, sangramento retal e aparência da mucosa na endoscopia.¹⁰ Cada



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

um desses parâmetros é pontuado, e a soma das pontuações fornece uma medida da atividade da doença. Valores do Índice de Harvey-Bradshaw < 5 e do Mayo Partial Score ≤ 1 indicaram remissão, enquanto valores do Índice de Harvey-Bradshaw ≥ 8 ou do Mayo Partial Score ≥ 5 corresponderam à atividade moderada ou grave da doença.^{9,10}

A qualidade de vida foi avaliada com base nos domínios do questionário WHOQOL-BREF, versão breve e validada pela Organização Mundial da Saúde.¹¹ Embora o questionário completo não tenha sido aplicado, as perguntas sobre qualidade de vida foram baseadas em seus domínios, abordando temas como tabagismo, consumo de álcool, alimentação, prá-

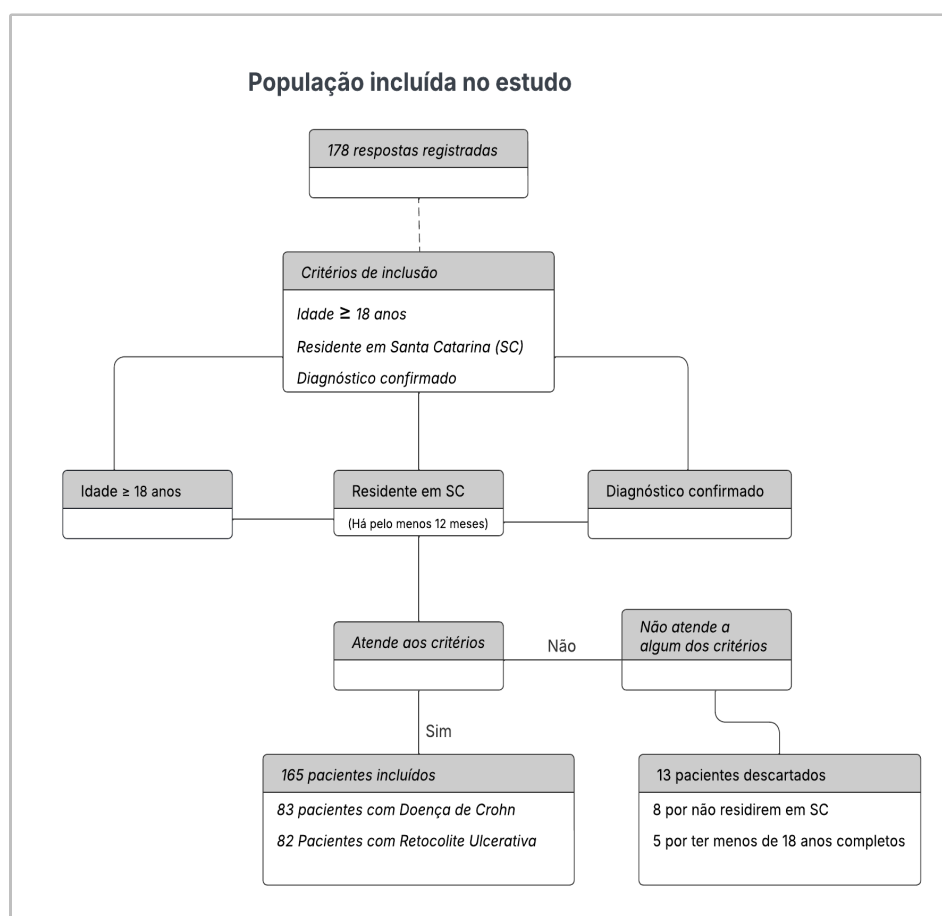
tica de exercícios físicos e qualidade do sono.

Os escores seguiram uma escala de Likert de 1 a 5, em que pontuações mais altas indicam melhor percepção da qualidade de vida.¹¹

Fontes de dados

A fonte de dados foi primária, coletada por meio de um questionário estruturado aplicado aos participantes após a verificação dos critérios de elegibilidade. O instrumento foi revisado para adequação cultural e linguística e pré-testado com um pequeno grupo de pacientes para confirmar sua compreensão e pertinência (Figura 1).

Figura 1. Seleção da população do estudo, Santa Catarina, 2025 (n = 165).



Tamanho do estudo

O tamanho amostral foi estimado com base em estudos prévios que avaliaram atrasos no fornecimento de medicamentos e sua relação com a atividade da doença em pacientes com doença inflamatória intestinal.¹²⁻¹⁶ Considerando uma prevalência esperada de atrasos de 50%, um erro amostral máximo de 7,5% e um nível de confiança de 95%, o tamanho amostral mínimo calculado foi de 165 participantes.

Esse valor foi plenamente atingido na amostra final do estudo, garantindo poder estatístico superior a 80% para detectar diferenças de pelo menos 20 pontos percentuais entre grupos com e sem atraso no fornecimento de medicamentos.

O recrutamento foi realizado por conveniência devido à raridade das doenças inflamatórias intestinais e à dificuldade de acesso a registros populacionais atualizados. Apesar dessa limi-

tação, buscou-se maximizar a representatividade por meio da inclusão de pacientes de todas as regiões do estado e de diferentes perfis assistenciais (público e privado), o que contribui para a validade externa e a comparabilidade com estudos similares.

Métodos estatísticos

As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e percentuais. Realizaram-se análises descritivas, seguidas de testes de comparação. Para avaliar associações entre atraso no fornecimento de medicamentos, atividade da doença e impacto na qualidade de vida, utilizaram-se testes de correlação e análise de variância (ANOVA), quando apropriado. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas no software Stata, versão 14.2.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 165 pacientes com doença inflamatória intestinal, dos quais 83 (50,3%) tinham doença de Crohn e 82 (49,7%) retocolite ulcerativa.

A caracterização sociodemográfica da amostra mostrou predominância do sexo feminino (78,3% na doença de Crohn; 76,8% na retocolite ulcerativa) e concentração de pacientes na faixa etária de 20 a 39 anos (59,0% e 48,8%, respectivamente), conforme apresentado na Tabela 1.

A distribuição geográfica dos participantes abrangeu diversas regiões do estado de Santa Catarina: os participantes eram provenientes de 33 municípios catarinenses, com maior concentração nas regiões Norte (Joinville e Blumenau) e Sul (Criciúma e Araranguá).

Tabela 1. Distribuição por sexo e faixa etária de pacientes com doenças inflamatórias intestinais, Santa Catarina, 2025 (n = 165).

Características dos pacientes	Doença de Crohn n (%)	Retocolite ulcerativa n (%)	Total n (%)
Gênero			
Feminino	65 (78,3)	63 (76,8)	128 (77,6)
Masculino	18 (21,7)	19 (23,2)	37 (22,4)
Faixa etária (anos)			
18 – 19	5 (6,0)	6 (7,3)	11 (6,7)
20 – 39	49 (59,0)	40 (48,8)	89 (53,9)
40 – 69	27 (32,6)	34 (41,5)	61 (37,0)
≥ 70	2 (2,4)	2 (2,4)	4 (2,4)
Total	83 (100)	82 (100)	165 (100)

Quanto ao tratamento medicamentoso, a adesão foi elevada, superior a 93% em ambos os grupos. Os medicamentos mais frequentemente utilizados foram adalimumabe

(37,5%) e infliximabe (32,5%) para doença de Crohn, e mesalazina (35,9% na forma oral) para retocolite ulcerativa, conforme apresentado na Tabela 2.



Tabela 2. Medicamentos utilizados por pacientes com doença de Crohn e retocolite ulcerativa, Santa Catarina, 2025 (n = 165).

Medicamento	Doença de Crohn n (%)	Retocolite ulcerativa n (%)	Total n (%)
Corticoide	13 (16,3)	14 (17,9)	27 (16,4)
Mesalazina (oral)	11 (13,8)	28 (35,9)	39 (23,6)
Mesalazina (supositório)	0 (0,0)	25 (32,1)	25 (15,2)
Sulfassalazina	5 (6,3)	6 (7,7)	11 (6,7)
Azatioprina	24 (30,0)	13 (16,7)	37 (22,4)
Infliximabe	28 (35,0)	18 (23,1)	46 (27,9)
Adalimumabe	30 (37,5)	3 (3,8)	33 (20,0)
Vedolizumabe	4 (5,0)	16 (20,5)	20 (12,1)
Metotrexato	3 (3,8)	0 (0,0)	3 (1,8)
Outros	12 (15,0)	14 (17,9)	26 (15,8)
Total	79 (95,2)	77 (93,9)	156 (94,5)

Nota: os denominadores nas colunas referem-se ao número de pacientes em uso de medicamentos: doença de Crohn, n = 79 (95,2% dos 83); retocolite ulcerativa, n = 77 (93,9% dos 82). Cada paciente pode estar em uso concomitante de mais de um medicamento.

Atrasos no recebimento de medicamentos foram relatados por 47,0% (n = 39) dos pacientes com doença de Crohn e por 54,9% (n = 45) dos pacientes com retocolite ulcerativa. Pacientes que relataram atrasos apresentaram menor taxa de adesão ao tratamento (30,0% vs. 10,0%; $\chi^2 = 18,6$; $p < 0,001$).

Pacientes com atrasos na medicação relataram pior qualidade do sono (26,3% vs. 42,9% classificando o sono como bom; $\chi^2 = 4,12$; $p = 0,042$) e tiveram 52% menos probabilidade de apresentar sono de boa qualidade (OR = 0,48; IC 95%: 0,24 – 0,96), conforme apresentado na Tabela 3.



Tabela 3. Impacto dos atrasos na entrega de medicamentos em pacientes com doença de Crohn e retocolite ulcerativa, Santa Catarina, 2025 (n = 165).

Variável analisada	Com atraso n (%)	Sem atraso n (%)	Total n (%)
Adesão ao tratamento reduzida	25 (30,0)	8 (10,0)	33 (20,0)
Qualidade do sono considerada boa	22 (26,3)	35 (42,9)	57 (34,5)
Muco nas fezes	38 (45,0)	20 (25,0)	58 (35,2)
Sangramento intestinal	40 (48,0)	18 (22,0)	58 (35,2)
Dor abdominal moderada/grave	46 (55,0)	28 (35,0)	74 (44,8)
Fístulas ou abscessos	32 (38,0)	15 (18,0)	47 (28,5)
Necessidade de cirurgia	44 (52,0)	23 (28,0)	67 (40,6)
Consumo de álcool	25 (30,0)	12 (15,0)	37 (22,4)
Consumo de alimentos industrializados ≥ 2 x/semana	50 (60,0)	32 (40,0)	82 (49,7)

Maiores prevalências de complicações clínicas foram observadas no grupo com atrasos, incluindo muco nas fezes (45% vs. 25%; $\chi^2 = 8,42$; $p = 0,004$), sangramento intestinal (48% vs. 22%; $\chi^2 = 12,34$; $p < 0,001$), dor abdominal moderada/grave (55% vs. 35%; $\chi^2 = 12,4$; $p = 0,03$), fístulas ou abscessos (38% vs. 18%; $\chi^2 = 6,78$; $p = 0,009$) e necessidade de cirurgia (52% vs. 28%; $\chi^2 = 10,21$; $p < 0,001$).

O consumo de álcool (30% vs. 15%; $\chi^2 = 4,56$; $p = 0,033$) e de alimentos industrializados (≥ 2 vezes/semana) (60% vs. 40%; $\chi^2 = 5,01$; $p = 0,025$) foi mais frequente entre pacientes com histórico de atrasos na medicação.

DISCUSSÃO

O estudo demonstrou elevada prevalência de atrasos no fornecimento de medicamentos entre pacientes com doenças inflamatórias intestinais em Santa Catarina, com impacto direto na atividade da doença e na qualidade de vida.¹³ Os achados são consistentes com evidências internacionais que associam a interrupção do tratamento ao pior controle inflamatório e ao aumento das hospitalizações.^{13,14}

A predominância de pacientes jovens e do sexo feminino segue o perfil epidemiológico descrito na literatura.¹³⁻¹⁵ Essa faixa etária produtiva reforça a relevância socioeconômica das doenças inflamatórias intestinais e o impacto das falhas na dispensação sobre a qualidade de vida e a produtividade.

Observou-se também elevada adesão ao tratamento farmacológico, reflexo do acesso às terapias modernas e da efetividade das estratégias de manejo clínico. Contudo, a alta prevalência de atrasos na dispensação de medicamentos, sobretudo biológicos, emergiu como um ponto crítico, pois esteve associada à maior frequência de sintomas, a complicações graves

e ao comprometimento da qualidade de vida, ressaltando a importância da continuidade terapêutica.¹⁶⁻¹⁹

Apesar da contribuição do estudo para a compreensão da realidade regional, algumas limitações devem ser reconhecidas. O delineamento transversal não permite estabelecer relações causais, restringindo as conclusões à associação entre variáveis. O uso de autorrelato pode ter introduzido viés de informação, especialmente na avaliação da adesão e da qualidade de vida. Além disso, a amostra foi composta predominantemente por pacientes de áreas urbanas com acesso a serviços especializados, o que pode limitar a generalização dos resultados a populações rurais ou com menor suporte assistencial.

Os achados sobre os atrasos no fornecimento de medicamentos apontam para entraves estruturais e burocráticos no modelo de distribuição vigente em Santa Catarina. Embora a descentralização da dispensação facilite o acesso territorial, ela expõe desigualdades relacionadas à capacidade de gestão local, ao armazenamento adequado e à logística de distribuição.^{20,21} O acúmulo de etapas de avaliação e aprovação, sem prazos definidos ou sistemas de rastreamento em tempo real, gera incertezas para pacientes e médicos, dificultando o planejamento terapêutico e aumentando o risco de falhas na continuidade do cuidado. Situações semelhantes foram relatadas em outros contextos, nos quais barreiras administrativas e exigências de autorização prévia acarretaram atrasos significativos e piores desfechos clínicos.¹⁶⁻¹⁸

A associação entre atrasos na medicação e má qualidade do sono amplia a compreensão sobre o impacto indireto da descontinuidade terapêutica, já que o sono inadequado contribui para a fadiga, o desconforto abdominal e a piora global da qualidade de vida.²²⁻²⁴ Além disso, comportamentos menos saudáveis, como maior consumo de álcool e alimentos industrializados



entre pacientes afetados por atrasos, sugerem um ciclo de vulnerabilidade clínica e social, no qual a falha terapêutica interage com fatores de estilo de vida e intensifica os efeitos da doença.^{25,26} Tais achados dialogam com estudos que apontam a importância da adesão contínua não apenas para o controle inflamatório, mas também para a preservação de hábitos saudáveis e para um melhor prognóstico.²⁷

As implicações deste estudo para o Sistema Único de Saúde (SUS) evidenciam a necessidade de aprimoramentos estruturais e gerenciais no processo de dispensação de medicamentos. A implementação de sistemas informatizados de rastreamento de estoques e dispensações pode conferir maior transparência e previsibilidade ao fluxo de fornecimento, reduzindo falhas operacionais e atrasos evitáveis.^{28,29} Além disso, a simplificação de etapas burocráticas relacionadas à liberação de medicamentos biológicos, aliada à integração mais efetiva entre os serviços de atenção primária e as farmácias de alto custo, tem potencial para otimizar o acompanhamento terapêutico e minimizar interrupções no tratamento.³⁰

Por fim, a incorporação de programas de educação em saúde e do monitoramento sistemático da adesão terapêutica pode fortalecer o vínculo entre pacientes e equipes de saúde, favorecendo o uso racional de medicamentos e a continuidade do cuidado. Em conjunto, essas medidas podem contribuir para a redução de complicações clínicas, de hospitalizações desnecessárias e de custos indiretos ao sistema público de saúde.

Em síntese, este estudo demonstra que os atrasos na dispensação de medicamentos para pacientes com retocolite ulcerativa e doença de Crohn no estado de Santa Catarina comprometem a adesão, aumentam a ocorrência de complicações e reduzem a qualidade de vida. Melhorias estruturais e gerenciais no processo de distribuição são fundamentais para assegurar a efetividade do tratamento e minimizar os impactos da doença.

Os achados evidenciam a necessidade de integração entre as esferas municipal e estadual na gestão da Assistência Farmacêutica, com mecanismos de monitoramento de estoques e de transparência pública quanto aos prazos de entrega.

Financiamento

O estudo não recebeu apoio financeiro.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Moreira AL, Selvaratnam S, Bassett R, Sandhu G, Kerman D, Kerman S, et al. Geosocial features and loss of biodiversity underlie variable rates of inflammatory bowel disease in a large developing country: a population-based study. *Inflamm Bowel Dis*. 2022;28(11):1696-708. doi: 10.1093/ibd/izab346.
2. Baumgart DC, Le Berre C. Newer biologic and small-molecule therapies for inflammatory bowel disease. *N Engl J Med*. 2021;385(14):1302-15. doi: 10.1056/NEJMra1907607.
3. De Simone B, Davies J, Chouillard E, Di Saverio S, Hoentjen F, Tarasconi A, et al. WSES-AAST guidelines: management of inflammatory bowel disease in the emergency setting. *World J Emerg Surg*. 2021;16(1):23-7.
4. Privitera G, Pugliese D, Lopetuso LR, Scaldaferri F, Papa A, Rappaccini GL, et al. Orphan patients with inflammatory bowel disease - when we treat beyond evidence. *World J Gastroenterol*. 2021 Dec 21;27(47):8047-8057. doi: 10.3748/wjg.v27.i47.8047.
5. Salgado VCL, Luiz RR, Boechat N, Schorr BC, Leão IS, Nunes T, et al. Crohn's disease environmental factors in the developing world: a case-control study in a statewide catchment area in Brazil. *World J Gastroenterol*. 2017;23(30):5549-56.
6. Alvarez-Lobos M, Pizarro DP, Palavecino CE, Espinoza A, Sebastián VP, Alvarado JC, et al. Role of Salmonella enterica exposure in Chilean Crohn's disease patients. *World J Gastroenterol*. 2013;19(35):5855-62.
7. Lichtenstein GR, Loftus EV, Isaacs KL, Regueiro MD, Gerson LB, Sands BE. ACG clinical guideline: management of Crohn's disease in adults. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(4):481-517. doi: 10.14309/ajg.0000000000003465.
8. Spekhorst LM, Visschedijk MC, Alberts R, Festen EA, van der Wouden EJ, Dijkstra G, et al. Performance of the Montreal classification for inflammatory bowel diseases. *World J Gastroenterol*. 2014;20(41):15374-81. doi:10.3748/wjg.v20.i41.15374.
9. Echarrí A, Vera I, Ollero V, García-Alonso FJ, Castro J, Gallego A, et al. The Harvey-Bradshaw Index adapted to a mobile application compared with in-clinic assessment: the MediCrohn study. *Telemed J E Health*. 2020;26(1):80-8. doi: 10.1089/tmj.2018.0264.
10. Lewis JD, Chuai S, Nessel L, Lichtenstein GR, Abera FN, Elsenberg JH. Use of the noninvasive components of the Mayo score to assess clinical response in ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis*. 2008;14(12):1660-6. doi: 10.1002/ibd.20520.
11. Lin LC, Yao G. Validation of the factor structure of the WHOQOL-BREF using meta-analysis of exploration factor analysis and social network analysis. *Psychol Assess*. 2022;34(7):660-70. doi: 10.1037/pas0001122.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados da segunda apuração do censo 2022 do Brasil com data de referência em 27 de outubro de 2023 [Internet]. 2023 [acesso em 9 out. 2025]. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2022/Populacao_e_domicilios_Primeiros_resultados/Resultados_da_2a_apuracao_20231027/
13. Li X, Song P, Li J, Tang S, Zhang J, Zhao J, et al. The disease burden and clinical characteristics of inflammatory bowel disease in the Chinese population: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(3):238. doi: 10.3390/ijerph14030238.
14. García-Serrano C, Mirada G, Estany P, Garcia-Planella E, Marín L, Gordillo J, et al. Analysis of sociodemographic and clinical characteristics of inflammatory bowel disease in Catalonia based on SID-IAP. *J Clin Med*. 2024;13(21):6476. doi: 10.3390/jcm13216476.
15. Moran GW, Gordon M, Sinopoulou V, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on inflammatory bowel disease in adults: 2025. *Gut*. 2025;74(Suppl 2):s1-101. doi: 10.1136/gutjnl-2024-334395.
16. Constant BD, Zoeten EF, Stahl MG, Saeed SA, Boyle BM, Hoffenberg EJ, et al. Delays related to prior authorization in inflammatory bowel disease. *Pediatrics*. 2022;149(3):e2021052501. doi: 10.1136/gutjnl-2024-334395.
17. Constant BD, Long MD, Scott FI, Higgins PDR. Insurer-mandated medication utilization barriers are associated with decreased insurance satisfaction and adverse clinical outcomes: an inflammatory bowel disease Partners survey. *Am J Gastroenterol*. 2024;119(10):2070-8. doi: 10.1093/ibd/izae020.105.
18. Vasudevan J, Mukkamala B, Dhothar B, Ha K, Atreja A, Luo M. Delayed corticosteroid treatment for patients requiring hospitalization for acute inflammatory bowel disease exacerbations increases



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

- length of stay and risk for surgery in Crohn's disease. *Dig Dis Sci*. 2025;70(3):1160-6. doi: 10.1007/s10620-025-08907-1.
19. Fróes RSB, Andrade AR, Faria MAG, Parente JML, Sá CA, Zaltman C, et al. Clinical factors associated with severity in patients with inflammatory bowel disease in Brazil based on 2-year national registry data from GEDIIB. *Sci Rep*. 2024;14(1):4314. doi: 10.1038/s41598-024-54332-1
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 14, de 28 de novembro de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Crohn. *Diário Oficial da União*. 29 nov. 2017.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 22, de 20 de dezembro de 2021. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Retocolite ulcerativa. *Diário Oficial da União*. 21 dez. 2021.
 22. Ben Simon E, Vallat R, Barnes CM, Walker MP. Sleep loss and the socio-emotional brain. *Trends Cogn Sci*. 2020;24(6):435-50. doi: 10.1016/j.tics.2020.02.003.
 23. Riemann D, Krone LB, Wulff K, Nissen C. Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology*. 2020;45(1):74-89. doi: 10.1038/s41386-019-0411-y
 24. Hombali A, Seow E, Yuan Q, Vaingankar JA, Chung WJ, Subramaniam M. Prevalence and correlates of sleep disorder symptoms in psychiatric disorders. *Psychiatry Res*. 2019;279:116-22. doi: 10.1016/j.psychres.2018.07.009.
 25. Rozich JJ, Holmer A, Singh S. Effect of lifestyle factors on outcomes in patients with inflammatory bowel diseases. *Am J Gastroenterol*. 2020;115(6):832-40. doi: 10.14309/ajg.0000000000000608.
 26. García-Mateo S, Martínez-Domínguez SJ, Gargallo-Puyuelo CJ, López de la Cruz J, Laredo V, Gomollón F. Lifestyle can exert a significant impact on the development of metabolic complications and quality life in patients with inflammatory bowel disease. *Nutrients*. 2023;15(18):3983. doi: 10.3390/nu15183983.
 27. Choudhry NK, Kronish IM, Vongpatanasin W, Ferdinand KC, Hughes SB, Mann DM, et al. Medication adherence and blood pressure control: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*. 2022;79(1):e1-e14. doi: 10.1161/HYP.0000000000000203
 28. Stark JL, Westberg LM. Where's my med? Improving patient-specific medication storage for emergency department boarders. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2024;64(2):569-76. doi: 10.1016/j.japh.2023.12.002.
 29. Gabriel MH, Kotschevar CM, Tarver D, Gracia N, Jones K, Hersey D. Specialty pharmacy turnaround time impediments, facilitators, and good practices. *J Manag Care Spec Pharm*. 2022;28(11):1244-51. doi: 10.18553/jmcp.2022.28.11.1244.
 30. Gubbert GP, Scherer C, Gava, HV. Perfil clínico-epidemiológico das doenças inflamatórias intestinais em Santa Catarina, Brasil. Version 1. Zenodo; 2025. doi: 10.5281/zenodo.16990023.

Como citar este artigo:

Gubert GP, Gava HV, Scherer C. Atraso no fornecimento de medicamentos e suas consequências na qualidade de vida de pacientes com doenças inflamatórias intestinais: um estudo transversal em Santa Catarina. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2026;28:e74043. doi: 10.23925/1984-4840.2026v28a22.



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