



RETocolite ULCERATIVA: REVISÃO NARRATIVA SOBRE ASPECTOS CLÍNICOS, TERAPÊUTICOS E QUALIDADE DE VIDA

Gabriely Cristina Silva de Assis¹, Anne Beatriz de Lima Vaz², Barbara Sackser Horvath³, Anderson Felipe Ferreira⁴ Everton Padilha⁵, Grazielle Mecabô⁶



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n7p506-530>

Artigo recebido em 28 de Maio e publicado em 08 de Julho de 2025

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

Introdução: A Retocolite Ulcerativa (RCU) é uma Doença Inflamatória Intestinal (DII) crônica, caracterizada pela inflamação da mucosa do reto e do cólon, que pode se estender por todo o intestino grosso. Essa condição apresenta uma variedade de sintomas, como dor abdominal, diarreia com sangue, urgência fecal, perda de peso e fadiga. Além dos impactos físicos, a RCU também afeta significativamente os aspectos psicológicos e psicossociais dos pacientes, culminando em uma piora da qualidade de vida. O desconforto gerado pelos sintomas, a imprevisibilidade dos surtos e o estigma social relacionado à doença podem levar à ansiedade, depressão, isolamento social e dificuldades nas relações interpessoais. Diante disso, torna-se evidente a importância do diagnóstico precoce, do acompanhamento contínuo e do tratamento adequado para minimizar os efeitos negativos da doença. **Objetivo:** Através de uma revisão de literatura, analisar os principais aspectos clínicos e terapêuticos da Retocolite Ulcerativa, além de compreender como a doença impacta a qualidade de vida dos pacientes. Buscou-se também ressaltar a importância de abordagens integrativas e multidimensionais que considerem o bem-estar físico, emocional e social do indivíduo, proporcionando uma visão mais ampla e acolhedora do cuidado. **Metodologia:** A metodologia utilizada foi uma revisão de literatura, com base em artigos científicos e estudos clínicos que abordam a RCU sob as perspectivas clínica, terapêutica e psicossocial. Foram selecionadas publicações nacionais e internacionais, priorizando aquelas com relevância científica e que explorassem de maneira abrangente a relação entre os sintomas da doença e o comprometimento da qualidade de vida dos pacientes. **Considerações finais:** O diagnóstico precoce, aliado a tratamentos eficazes tanto no aspecto físico quanto no psicológico, é essencial para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com RCU. Além disso, destaca-se a importância da conscientização sobre a doença e da implementação de um cuidado humanizado e multidisciplinar, que favoreça a inclusão, o acolhimento, a empatia, o suporte contínuo e a valorização da saúde integral dos portadores da enfermidade.



Palavras chaves: Retocolite Ulcerativa. Qualidade de vida. Doença Intestinal Crônica. Medicamentos biológicos. Terapias Imunossupressoras.

ULCERATIVE COLITIS: A NARRATIVE REVIEW OF CLINICAL, THERAPEUTIC ASPECTS AND QUALITY OF LIFE

ABSTRACT

Introduction: Ulcerative Colitis (UC) is a chronic Inflammatory Bowel Disease (IBD) characterized by inflammation of the rectal and colonic mucosa, which can extend throughout the large intestine. This condition presents a variety of symptoms, such as abdominal pain, bloody diarrhea, urgency to defecate, weight loss, and fatigue. Beyond the physical impacts, UC also significantly affects patients' psychological and psychosocial well-being, negatively influencing their quality of life. The discomfort produced by symptoms, the unpredictability of flare-ups, and the social stigma attached to the disease may trigger anxiety, depression, social isolation, and interpersonal difficulties. Consequently, early diagnosis, continuous follow-up, and appropriate treatment are essential to minimize the disease's detrimental effects.

Objective: This study aims, through a literature review, to analyze the principal clinical and therapeutic aspects of Ulcerative Colitis and to understand how the disease affects the quality of life of those affected. It also seeks to emphasize the importance of integrative and multidimensional approaches that consider the individual's physical, emotional, and social well-being, providing a broader and more compassionate perspective on care. **Methodology:** The methodology employed was a literature review based on scientific articles and clinical studies addressing UC from clinical, therapeutic, and psychosocial perspectives. National and international publications were selected, prioritizing those with scientific relevance that comprehensively explored the relationship between disease symptoms and the impairment of patients' quality of life. **Final considerations:** It is concluded that early diagnosis, combined with effective treatments addressing both physical and psychological aspects, is crucial for improving the quality of life of patients with UC. Moreover, the importance of raising awareness about the disease and implementing humanized, multidisciplinary care that fosters inclusion, empathy, continuous support, and the valuing of holistic health in individuals living with this condition is underscored.

Keywords: Ulcerative Colitis. Quality of life. Chronic Intestinal Disease. Biological medications. Immunosuppressive therapies.

Instituição afiliada – UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR

Autor correspondente: *Gabriely Cristina Silva de Assis* gabriely.assis@edu.unipar.br

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

A Retocolite Ulcerativa (RCU) é uma forma de Doença Inflamatória Intestinal (DII) de caráter crônico e sem causa aparente, onde a inflamação se restringe a mucosa do cólon e do reto, sendo a diarreia com sangue, dor abdominal, tenesmo e urgência evacuatória suas manifestações clínicas (SOUZA et al., 2020).

Nas últimas décadas, vem se observando uma alta significativa na incidência e prevalência da RCU, especialmente entre adultos jovens com idade entre 20 e 40 anos (ROGERS et al., 2020). Fatores ambientais, como mudanças alimentares, estilo de vida urbano e o uso de antibióticos, são apontados como possíveis contribuintes para esse crescimento (NG et al., 2018).

Historicamente, a abordagem científica da RCU ficou focada nos aspectos fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos da doença. Contudo, diante de sua natureza crônica e do comprometimento das muitas áreas da vida dos pacientes, torna-se de muita importância um enfoque ampliado, que considere os efeitos da doença sobre o bem-estar físico, emocional e social dos indivíduos. A qualidade de vida, nesse contexto, aflora como uma dimensão fundamental para o entendimento da experiência do paciente com RCU (KAPLAN, 2015).

Mediante a esse cenário, é necessário compreender e ressaltar as situações e experiências vividas pelos pacientes em seus cotidianos, sendo assim este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura a fim de analisar os aspectos clínicos e terapêuticos da retocolite ulcerativa, bem como seu impacto na qualidade de vida dos pacientes.

METODOLOGIA

Para atingir o objetivo proposto, foi realizada uma revisão narrativa da literatura e uma análise que permitiram a busca por bibliografias indexadas em bases de dados como PubMed, SciELO e Google Acadêmico, utilizando as palavras chave: Retocolite, Doença Intestinal Inflamatória, Qualidade de vida, empregando o conector "e" em pesquisas separadas. Nessa modalidade de revisão, os autores buscam interpretar e analisar as diferentes rotinas entre os portadores da doença e como convivem com



ela. A busca nas bases de dados foi realizada entre os meses de fevereiro a junho de 2025. Os critérios de inclusão adotados para esta pesquisa foram: artigos originais, revisões, dissertações, monografias e outras modalidades de estudo publicados online, que abordassem temas relacionados à "Retocolite", "Qualidade de vida" e "Doença Intestinal Inflamatória" em estudos envolvendo seres humanos. Foram excluídos trabalhos que não atendiam a esses critérios, garantindo a qualidade e relevância das fontes selecionadas para a análise.

Desenvolvimento

A retocolite ulcerativa (RCU) é uma doença intestinal inflamatória (DII) de caráter autoimune, onde ocorre a inflamação crônica do intestino que pode evoluir para formas clínicas de alta gravidade (Jewel,1998). Sua causa envolve diversos fatores, como ambiental, imunológico e genético (Segal, et al. 2021).

A RCU afeta independente de idade, sexo, classe socioeconômica e nacionalidade, estudos revelam que ela está atrelada a uma dieta com abundância em açúcares, leite e derivados, gordura animal e desprovida de frutas e,vegetais e fibras. Fatores como o estresse psicológico, uso de antibióticos na infância e antecedentes genéticos podem alavancar a doença (POPOV J, et al. 2021).

A RCU tem como uma de suas características é o processo inflamatório contínuo, que atinge o reto e cólon em suas mucosas e submucosas superficial (Bilski et al.,2019), além disso, alguns achados se tornam específicos como, microerosões na região do apêndice cecal, em casos mais graves e de inflamação contínua os portadores apresentam exsudato copioso e macroulcerações (Viget N, et al. 2008).

A doença tem como sintoma principal a diarreia com sangue, mas é acompanhada de muitos outros sintomas como tenesmo (sensação constante de evacuar), dor abdominal semelhante à cólica, existência de pus e muco nas fezes e urgência fecal, em casos onde a colite é extensa outros sintomas podem se apresentar como febre, perda de peso, e anemia. (BRASIL, 2020, p. 17).

Sua prevalência é mais alta em países do ocidente, tais como Austrália, América do Norte, Reino Unido e Europa (KHORSHIDI et al., 2020) e sua incidência é principalmente composta por adultos jovens (D'HAENS et al, 2022).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da RCU é fundamentado na integração de dados provenientes da história clínica, do exame físico, de exames laboratoriais, da avaliação endoscópica e da análise histopatológica. A endoscopia digestiva baixa, por meio de colonoscopia ou retossigmoidoscopia, constitui uma ferramenta essencial tanto para o diagnóstico quanto para a classificação da extensão da doença (BRASIL, 2020).

Dentre os recursos utilizados temos a colonoscopia que se destaca como o principal exame, pois possibilita observar diretamente a mucosa intestinal e, avaliar a extensão e gravidade do processo inflamatório, além de possibilitar a coleta de amostras para análise histológica (SILVA, 2024). A colonoscopia é importante tanto para confirmar a presença da RCU quanto para acompanhar a resposta ao tratamento, bem como detectar complicações precoces, tais como displasias e o risco alto de neoplasias colorretais (CORDEIRO et al., 2024). Tal exame vem desempenhando um papel fundamental no acompanhamento da doença, permitindo avaliar a eficácia das terapias instituídas e a necessidade de ajustes no tratamento. Ainda assim, pacientes com RCU frequentemente necessitam de exames periódicos para o rastreamento de displasias visto que, uma inflamação crônica aumenta o risco de câncer colorretal (SHIROMA, 2023). Dessa forma, o monitoramento contínuo por colonoscopia é condição para garantir um manejo adequadamente da enfermidade e minimizar as chances de complicações futuras (ALVES et al., 2023).

O principal achado endoscópico caracteriza-se pelo acometimento da mucosa desde a margem anal, com extensão proximal de forma contínua e simétrica, apresentando uma nítida delimitação entre as áreas inflamadas e as mucosas preservadas (DIGNASS et al., 2012). À medida que a doença progride, observam-se alterações morfológicas da mucosa, que se apresenta granular, friável, com presença de exsudato mucopurulento, além de formação de úlceras nos casos mais avançados. Em pacientes com evolução prolongada da RCU, podem ser evidenciados sinais de perda das haustrações,



desenvolvimento de pseudopólipos inflamatórios e encurtamento do cólon (QAYED et al., 2017).

A confirmação diagnóstica é complementada pela análise histopatológica, a qual revela, de forma característica, distorção arquitetural difusa das criptas associada a infiltrado inflamatório transmucoso, com predominância de plasmócitos na região basal. A presença de sinais de atividade inflamatória, como criptite e abscessos crípticos, também é frequentemente observada. Embora a depleção de mucina apresente menor especificidade, ela pode contribuir no contexto do diagnóstico histológico (MAGRO et al., 2013).

Os exames laboratoriais também desempenham um papel crucial no diagnóstico diferencial e no monitoramento da RCU. O hemograma pode revelar anemia, leucocitose e trombocitose, indicando a presença de inflamação sistêmica. Biomarcadores de inflamação, como proteína C reativa (PCR) e velocidade de hemossedimentação (VHS), são frequentemente elevados em pacientes com atividade inflamatória, auxiliando na avaliação da gravidade da doença. Além disso, a calprotectina fecal e a lactoferrina fecal são marcadores específicos de inflamação intestinal, sendo úteis para monitorar a atividade da doença e a resposta ao tratamento (PABLA 2020, TORSTEN KUCHARZIK et al., 2020).

BIOMARCADORES

Os biomarcadores inflamatórios fecais são substâncias produzidas na mucosa intestinal ou que fluem para o lúmen intestinal devido à permeabilidade da mucosa. Eles são usados na prática médica para avaliar a atividade da doença e realizar o diagnóstico de doenças inflamatórias intestinais (BRITO et al., 2019).

Os antígenos da doença ativam a resposta imune inata por meio de células apresentadora de antígenos e células T, desencadeando uma cascata inflamatória e ativando também o sistema imunológico adaptativo (SANDS et al., 2007; ORDÁS et al., 2012).



No caso da retocolite ulcerativa, as células dendríticas maduras tornam-se mais sensíveis e ativas, evidenciando seu envolvimento significativo na geração de inflamação (HART et al., 2005). As células dendríticas no sistema imunológico atuam como células apresentadoras de antígenos e desempenham um papel crucial na iniciação, regulação e manutenção das respostas imunológicas. Elas expressa os receptores Toll-like (TLRs), que confirmam padrões de patógenos e ativam vários fatores de transcrição, desencadeando cascatas inflamatórias (DAI et al., 2018). Esse processo leva à produção de citocinas pró-inflamatórias, notadamente TNF- α , IL-12 e IL-23 (SANDS et al., 2007; ORDÁS et al., 2012).

Essas citocinas transmitem mensagens por meio de proteínas intracelulares, como Janus cinases (JAK), que aumentam a ativação e o controle de linfócitos (DANESE et al., 2016; DANESE et al., 2018). A cicatrização de criptas na UC resulta da infiltração de células inflamatórias, incluindo neo-linfotrópicos e linfócitos T, causando danos às células epiteliais (UNGARO et al., 2017; KOBAYASHI et al., 2020; NEURATH, 2019; MUTHAS et al., 2017). A IL-8, um potente quimioatraente de neutrófilos, aumenta o acúmulo de neutrófilos nas criptas durante as fases agudas, contribuindo para a destruição das criptas e correlacionando-se com a gravidade da UC (ANDO et al., 2008). Além disso, TNF- α , IL-12 e IL-23 podem induzir a produção de IL-8, destacando seus papéis na proteção da mucosa e no recrutamento de neutrófilos (BARALDO et al., 2003; O'CONNOR et al., 2009).

Os marcadores inflamatórios clássicos desempenham um papel crucial no acompanhamento da RCU. Indicadores como a Proteína C Reativa (PCR), contagem de leucócitos e diferencial, contagem de plaquetas, além da concentração de calprotectina ou lactoferrina nas fezes, oferecem informações avançadas sobre a progressão da doença. Valores elevados desses marcadores podem indicar um curso mais grave da RCU (TORSTEN KUCHARZIK et al., 2020).

No contexto histopatológico, os achados na RCU incluem infiltrado difuso de células inflamatórias em todas as camadas da mucosa, frequentemente com formação de abscessos em criptas. Durante a fase ativa da doença, observa-se uma notável depleção de células caliciformes. Em contrapartida, durante a remissão, as glândulas



permaneceram desalinhas e atrofiadas, apresentando uma aparência tortuosa ou ramificada. É importante ressaltar que esses achados histopatológicos não são específicos e devem ser considerados em conjunto (HIROSHI NAKASE *et al.*, 2021).

Um aspecto crucial na RCU é a resposta imune, caracterizada pelo aumento do número e pela sobrevivência dos neutrófilos, intensificando o dano nos tecidos afetados. A presença excessiva de neutrófilos nas criptas colônicas leva à morte celular descontrolada, evidenciada pela elevada concentração de calprotectina nas fezes e no sangue, além da resposta sorológica que apresenta anticorpos anticitoplasma de neutrófilos autoperinucleares (pANCA). Essas alterações para uma resposta imune adaptativa patológica envolvem modificações na resposta das células T, principalmente pelo subtipo Th2, resultando em aumentos das interleucinas IL-4, IL-5 e IL-13. Esse entendimento das alterações na resposta imune abre caminho para o uso de agentes farmacológicos capazes de modular o perfil das citocinas como uma abordagem terapêutica no tratamento da doença (PABLA *et al.*, 2020; PORTER *et al.*, 2020).

A PCR e a Velocidade de Sedimentação Eritrocitária (VSE) são os biomarcadores mais comumente avaliados nas Doenças Inflamatórias Intestinais (DII). A PCR é uma proteína produzida pelo fígado em resposta a estímulos inflamatórios, tanto crônicos quanto agudos. Citocinas associadas ao DII na forma ativa (IL-6, TNF α e IL-1 β) estimulam sua produção por hepatócitos, resultando em níveis que variam entre 5-200 mg/L na fase ativa do DII, dependendo da gravidade da doença e da capacidade do indivíduo de produzir a proteína (OGAWA K *et al.*, 2012).

Diversos biomarcadores sorológicos foram testados, incluindo a α 1-glicoproteína ácida, a proteína amiloide A, α 2-globulina, lactoferrina, trombopoietina, procalcitonina e contagem de plaquetas, embora tenham demonstrado menor validação em comparação à PCR (PALMON *et al.*, 2008; SERADA S *et al.*, 2012). Novos marcadores estão sendo propostos, como metaloproteinases da matriz, marcadores de peroxidação lipídica, citocinas como IL-17A, IL-23 ou IL-12, glicoproteína α 2 rica em leucina, eosinófilos ativados (ECP e EPX), ativador de plasminogênio tipo uroquinase



(upa), proteína ligante de lipopolissacarídeos (LBP) e CD14 solúvel (LAKATOS L et al., 2009).

A calprotectina (CP) é um biomarcador importante, com níveis elevados em pacientes com DII, resultando no aumento da infiltração de neutrófilos na mucosa intestinal e sua transmigração para o lúmen intestinal. Outras proteínas derivadas de neutrófilos, como elastase, mieloperoxidase e lisoenzima, também têm potencial como marcadores de inflamação gastrointestinais. No entanto, a calprotectina se destaca por representar 60% da proteína do citosol do neutrófilo, tornando-se uma metodologia consolidada para estudo, diagnóstico e avaliação de recorrência pós-operatória das doenças inflamatórias intestinais (GUARDIOLA J et al., 2015).

A lactoferrina, uma glicoproteína que se liga ao ferro, é encontrada em secreções exócrinas de mamíferos e é liberada em coletores de neutrófilos durante uma concentração. Ela interage diretamente com patógenos e tem receptores em monócitos, linfócitos, neutrófilos e tecido intestinal. As concentrações de lactoferrina no lúmen intestinal aumentam com o influxo de neutrófilos durante a inflamação, sendo proporcionais ao nível de recrutamento neutrofílico para o trato gastrointestinal. A lactoferrina pode ter função antimicrobiana e é resistente à proteólise nas fezes, mantendo-se estável por até cinco dias (OGAWA K et al., 2012).

TRATAMENTO

A estratégia de tratamento da RCU é principalmente baseada na gravidade, distribuição (proctite, colite esquerda ou pancolite) e padrão da doença, que inclui frequência de recaída, curso da doença, resposta a medicamentos anteriores, efeitos colaterais de medicamentos e manifestações extraintestinais. (HARBORD M et al, 2017).

O tratamento farmacológico da retocolite ulcerativa (RCU) é desafiador devido à etiologia ainda não totalmente compreendida, à natureza crônica e variável do processo inflamatório e à necessidade de considerar as diferenças individuais na farmacocinética dos medicamentos, influenciadas por fatores como composição genética, idade e gravidade da doença. Os objetivos terapêuticos podem incluir o alívio



dos sintomas, indução e manutenção da remissão, prevenção de recidivas, cicatrização de fístulas e a evitação de intervenções cirúrgicas de emergência. É fundamental destacar que nenhum medicamento, isoladamente, é eficaz para atingir todos esses objetivos (GILMAN *et al.*, 2005).

O tratamento da RCU consiste em aminossalicilatos orais e por via retal, corticoides, imunossuppressores, medicamentos biológicos e inibidores da Janus Kinase (JAK), e é feito de maneira a tratar a fase aguda e, após, manter a remissão clínica, sendo o seu maior objetivo atingir a remissão livre de corticoide. (GHOSH S *et al.*).

Ensaio clínico randomizado demonstraram que os agentes biológicos apresentam eficácia e segurança no tratamento da DII, particularmente na indução e manutenção da remissão em uma proporção significativa dos casos. Esses fármacos atuam por meio da modulação do sistema imunológico, com o objetivo de controlar a resposta inflamatória no trato gastrointestinal. Além disso, evidências indicam que os agentes biológicos são eficazes na promoção da cicatrização da mucosa intestinal, bem como na melhoria significativa da qualidade de vida dos pacientes acometidos pela doença (MEI *et al.*, 2015).

Uma das opções terapêuticas para a RCU é o Vedolizumabe (VDZ), um anticorpo monoclonal que se liga especificamente à integrina $\alpha 4\beta 7$ (glicoproteína de superfície expressa nos linfócitos B e T circulantes), bloqueando assim a migração de leucócitos para o tecido intestinal. O VDZ foi aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e é indicado para pacientes com RCU moderada a grave em fase ativa, especialmente naqueles que apresentaram resposta terapêutica inadequada, perda de resposta ou intolerância aos tratamentos convencionais (PERIN *et al.*, 2019).

Classificado como um medicamento biológico imunossupressor, o VDZ é recomendado para o manejo da colite ulcerativa na sua forma moderada a grave, particularmente em pacientes que são intolerantes ou não respondem adequadamente aos antagonistas do fator de necrose tumoral alfa (anti-TNF α). Seu mecanismo de ação baseia-se na ligação seletiva à integrina $\alpha 4\beta 7$, expressa predominantemente nos linfócitos T auxiliares (T helper) presentes no intestino. Essa ligação impede a interação dessas células com a molécula de adesão celular da adressina da mucosa (MAdCAM-1), que é responsável por direcionar os linfócitos para o trato gastrointestinal. Dessa forma, o VDZ atua inibindo o recrutamento de células



inflamatórias para o local, reduzindo, assim, a inflamação característica da RCU (PERIN et al., 2019).

Em um estudo piloto observacional, brasileiro, foi utilizado Vedolizumabe na indução e manutenção da remissão na RCU. Foram avaliados 38 pacientes com idade variando entre 18 e 74 anos e tempo de diagnóstico da doença entre 15 e 360 meses. Observou-se um predomínio do sexo masculino 63,15% na amostra. Quanto ao fenótipo da doença, metade dos participantes apresentava pancolite. Além disso, a maioria dos pacientes sendo 76,31% possuía histórico de tratamento prévio com agentes anti-TNF alfa. Ao final de 52 semanas de acompanhamento, a taxa de remissão clínica foi de 41,17%, enquanto a resposta clínica foi alcançada em 52,94% dos indivíduos. Durante o estudo, seis pacientes foram classificados como não respondedores primários e outros nove apresentaram perda de resposta ao vedolizumabe ao longo do tempo. Eventos adversos foram registrados em nove pacientes, incluindo um óbito atribuído a sepse de origem não identificada, e outros quatro pacientes necessitaram de intervenção cirúrgica, sendo submetidos à colectomia (PERIN et al., 2019).

Outra base terapêutica para o tratamento de RCU são os compostos derivados do ácido 5-aminossalicílico (5-ASA) indicados para pacientes com quadro leve a moderado, apresentando uma taxa de resposta clínica que varia entre 60% e 80%. Além de sua eficácia na indução da remissão, o 5-ASA desempenha um papel fundamental na prevenção de recidivas, sendo, no entanto, ineficaz em casos de colite grave (RUBIN, 2006).

Um estudo conduzido em centros médicos dos Estados Unidos e Canadá avaliaram a eficácia e segurança do 5-ASA. Foram analisados 153 pacientes, sendo que 76 receberam 5-ASA e 77 receberam placebo, em um ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo, com duração de 6 semanas. Destes, 63% dos pacientes tratados com 5-ASA foram classificados como "muito melhorados", comparado a apenas 29% no grupo placebo. O Índice de Atividade da Doença (DAI) diminuiu 55% no grupo 5-ASA versus 22% no grupo placebo. A eficácia foi evidente já nos primeiros 3 dias de tratamento, especialmente na redução do sangramento retal. E em pacientes em uso concomitante de sulfassalazina mantiveram boa resposta, mas aqueles em uso



contínuo de corticosteroides orais apresentaram uma resposta diminuída ao 5-ASA (SUTHERLAND et al., 1987).

Seu primeiro composto desenvolvido foi a sulfassalazina, considerada um dos fármacos mais antigos utilizados no manejo da DII. Atualmente, reconhece-se que o 5-ASA é o principal componente ativo responsável pela atividade terapêutica dos aminossalicilatos (GILMAN et al., 2005).

Apesar de amplamente utilizado, o mecanismo de ação exato dos aminossalicilatos na DII ainda não está completamente elucidado, sendo atribuídas à classe múltiplas ações anti-inflamatórias. Essas incluem a inibição das enzimas ciclo-oxigenase e lipoxigenase, bem como da produção de mediadores inflamatórios como fator de ativação plaquetária, interleucina-1, fator nuclear kappa B (NF- κ B) e fator de necrose tumoral alfa (TNF- α). Além disso, há relatos de que o 5-ASA exerce efeitos sobre as células B, atua na redução da produção de radicais livres de oxigênio e funciona como um sequestrador (“scavenger”) de espécies reativas de oxigênio (ROS), contribuindo para a diminuição do estresse oxidativo (HANAUER, 2004).

De acordo com Kanenguiser et al. (2003), é plausível que o 5-ASA exerça seus efeitos terapêuticos por meio de múltiplos mecanismos, incluindo a inibição da síntese de prostaglandinas e leucotrienos, a redução da mobilização de leucócitos para a mucosa intestinal e uma ação antioxidante robusta, que se dá tanto pela captação de radicais livres quanto pela inibição da sua produção. Esse conjunto de ações contribui de forma significativa para a reparação tecidual e o controle da inflamação intestinal.

Um medicamento também utilizado é o Upadacitinibe, sendo um inibidor seletivo da Janus quinase (JAK) aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) dos EUA, pela Agência Europeia de Medicamentos (EMA) e por outras agências ao redor do mundo para o tratamento de diversas doenças inflamatórias crônicas, incluindo doenças reumáticas, dermatológicas e gastrointestinais. Por meio da inibição da JAK, o upadacitinibe inibe a fosforilação de proteínas efetoras a jusante, o que consequentemente inibe a sinalização de citocinas para vias-chave envolvidas em doenças inflamatórias (MOHAMED-ESLAM et al., 2024).

As JAKs são ativadas pela ligação de uma citocina ao seu receptor específico na superfície celular, o que causa a dimerização do receptor e a ativação das JAKs



correspondentes. As JAKs então desencadeiam a fosforilação no citoplasma e atuam como um local de ancoragem para as STATs; a ancoragem das STATs causa sua fosforilação, dissociação das cadeias receptoras, dimerização entre si e sua eventual translocação para o núcleo da célula. A transcrição gênica é ativada, produzindo proteínas implicadas nas vias de resposta imune e inflamação, criando e potencialmente agravando um ciclo de feedback pró-inflamatório (FERNANDEZ *et al.*, 2019).

Em um programa clínico de fase 3, multicêntrico, randomizado, duplo-cego e controlado por placebo consistiu em dois estudos de indução replicados e um estudo de manutenção. A avaliação foi feita com base em estudos clínicos randomizados, denominados UC1 (indução U-ACHIEVE), UC2 (indução U-ACCOMPLISH) e UC3 (manutenção U-ACHIEVE). No total, participaram 996 pacientes nos estudos de indução (319 no UC1 e 345 no UC2 receberam upadacitinibe 45 mg; 155 e 177 receberam placebo, respectivamente). Após 8 semanas de tratamento de indução, 451 pacientes que apresentaram resposta clínica foram incluídos no estudo UC3 de manutenção e randomizados para receber upadacitinibe 15 mg (n=148), 30 mg (n=154) ou placebo (n=149). Na fase de indução, a remissão clínica foi significativamente maior com upadacitinibe 45 mg (26% no UC1 e 34% no UC2) em comparação com placebo (5% no UC1 e 4% no UC2), com uma diferença ajustada de 21,6% a 29,0% ($p < 0,0001$). Na fase de manutenção, a remissão clínica foi alcançada por 42% dos pacientes com upadacitinibe 15 mg e 52% com 30 mg, comparado a 12% no grupo placebo, com diferenças ajustadas de 30,7% a 39,0% ($p < 0,0001$). Os resultados de eficácia foram observados a partir da 8ª semana, com manutenção até o final do estudo (DANESE *et al.*, 2022).

E caso o paciente não responda aos tratamentos anteriores pode ser utilizado um da classe de inibidores de IL-23 o Guselcumabe, um anticorpo monoclonal IgG1 totalmente humano, ele se liga com alta afinidade e especificidade à subunidade p19 da IL-23 humana, bloqueando a ligação da IL-23 extracelular ao receptor de IL-23 na superfície celular e inibindo a sinalização intracelular específica da IL-23 e a subsequente ativação da produção de citocinas (CHIRICOZZI *et al.*, 2021).



O estudo QUASER (Fase 2b/3) avaliou o uso de guselcumabe em pacientes com resposta inadequada ou intolerância à terapia convencional ou avançada para colite ulcerativa. Na fase de indução, participaram 313 pacientes na fase 2b e 701 na fase 3, dos quais 568 que responderam ao tratamento foram incluídos na fase de manutenção. Na semana 44, os resultados mostraram taxas de remissão clínica de 50,0% nos pacientes que receberam guselcumabe 200 mg por via subcutânea (SC) a cada 4 semanas, 45,2% naqueles que receberam 100 mg SC a cada 8 semanas, em comparação com apenas 18,9% no grupo placebo, com diferenças estatisticamente significativas de +29,5 ($P<0,001$) e +25,2 pontos percentuais ($P<0,001$), respectivamente. Esses resultados evidenciam a eficácia do guselcumabe, observada já na semana 44 após o início da indução, com desfechos favoráveis também em termos de remissão endoscópica e histológica, além de melhora nos sintomas e na qualidade de vida relatada pelos pacientes. O tratamento foi bem tolerado, apresentando baixa taxa de descontinuação (12%) e nenhum novo sinal de segurança relevante (RUBIN *et al.*, 2024)

Já em casos de tratamento através da intervenção cirúrgica, é indicada para pacientes que apresentam refratariedade ao tratamento clínico, risco elevado de desenvolvimento de câncer colorretal, manifestações extraintestinais sem controle clínico e retardo no crescimento em crianças. Além disso, a abordagem cirúrgica de urgência é necessária nos casos de colite aguda grave refratária, especialmente quando há complicações como perfuração intestinal ou hemorragia (MOREIRA, 2012).

Até a década de 1970, a única opção cirúrgica definitiva disponível para pacientes com RCU era a proctocolectomia total associada à ileostomia terminal (PHILLIPS *et al.*, 1989). Na tentativa de evitar a necessidade de estoma permanente, adotava-se a colectomia total com anastomose íleo-retal; no entanto, essa técnica mantinha o reto — frequentemente acometido pela doença —, o que resultava em um risco aumentado de proctite refratária e desenvolvimento de neoplasias retais. A introdução da bolsa ileoanal como reservatório pélvico, no final da década de 1970, representou um avanço significativo, tornando-se a técnica de escolha para a maioria dos pacientes com RCU, por permitir a preservação da continência e, simultaneamente, reduzir o risco de câncer colorretal (JIMMO *et al.*, 1998).



QUALIDADE DE VIDA

Segundo Oliveira et al. (2015), a atividade da doença influencia diretamente na qualidade de vida dos pacientes com DII, estando ligada ao nível em que a doença se encontra, presença de sintomas, apoio psicológico e emocional, isso porque os portadores são limitados socialmente devido a insegurança, o que compromete seu bem estar geral.

Um estudo feito com 159 pacientes com uma DII no Departamento de Gastroenterologia do Hospital Ruijin, Faculdade de Medicina da Universidade Jiao Tong de Xangai em 2015, onde os resultados demonstram que indivíduos com DII são mais vulneráveis a desenvolver transtornos psicológicos, devido aos sentimentos negativos que são associados a própria condição, o que com o tempo se transforma em estados psíquicos negativos e prejudiciais para os mesmo, além disso, o nível de sofrimento emocional e os distúrbios estão ligados a gravidade da doença (ZHANG et al., 2016).

Em um estudo transversal realizado com 103 pacientes com DII, cadastrados na farmácia de alto custo de Cuiabá, 62 eram portadores de retocolite ulcerativa idiopática (RCUI) e 41 de doença de Crohn (DC). Os participantes responderam ao questionário SF-36, cujos resultados permitiram concluir que tanto RCUI quanto a DC afetam diretamente a qualidade de vida de seus portadores, gerando mudanças em suas rotinas e atividades, tanto em aspectos físicos quanto sociais. Além disso, fatores psicossociais mostraram-se de extrema importância no desencadeamento de crises relacionadas às doenças. Observou-se também uma melhora na qualidade de vida entre as mulheres em comparação aos homens, sendo que, nestes, o tabagismo esteve associado à piora da qualidade de vida (SOUZA et al., 2011).

Outro trabalho conduzido com 100 pacientes adultos diagnosticados com RCUI, acompanhados no Ambulatório de Doenças Inflamatórias do Cólon do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, comparando-os a um grupo controle composto por 100 indivíduos saudáveis a partir da aplicação do Inventário de Depressão de Beck, observou-se uma maior prevalência de sintomas depressivos nos pacientes com RCUI, especialmente em manifestações somáticas, como alterações na autoimagem, redução da capacidade laboral, cansaço, inapetência, preocupações corporais e diminuição da libido. A sobreposição entre sintomas da



doença e sintomas depressivos pode dificultar o diagnóstico adequado de transtornos mentais nessa população. (TEIXEIRA et al. 2007) Em contrapartida, pesquisadores buscaram compreender esses fatores psicológicos dessa vez de maneira positiva, então realizou-se um estudo com 150 pacientes diagnosticados com DII, que responderam a questionários padronizados, incluindo medidas de apreciação corporal, sentido de vida e o questionário WHOQOL-BREF (instrumento da OMS para avaliar a qualidade de vida), como resultado foi observado a importância não só do tratamento físico mas também do psicológico sendo esse por meio de grupos de apoio onde o portador pode trocar informações, dicas e experiências com outras pessoas com a mesma doença, educação em saúde, atividades que desenvolvam a autoestima e autoconhecimento e até mesmo confiança (KARAKAYA et al. 2022).

Alunos da Universidade Federal do Ceará no ano de 2024 tiveram como objetivo principal avaliar o impacto da ansiedade e da depressão na qualidade de vida de pacientes com DII, com ênfase na RCU. Conduzido como um estudo transversal, prospectivo, de abordagem descritiva e analítica, envolveu 141 pacientes atendidos em um centro de referência no nordeste do Brasil. A análise dos dados revelou uma associação significativa entre a presença de sintomas ansiosos e depressivos e a redução da qualidade de vida em todos os domínios avaliados, sendo que pacientes com ansiedade apresentaram escores mais baixos em todos os itens do questionário (IBDQ), enquanto aqueles com depressão tiveram piora significativa nos sintomas sistêmicos, emocionais e intestinais. O estudo confirma uma elevada associação entre patologias crônicas como a RCU e transtornos depressivos ou ansiosos, os quais impactam de forma relevante a qualidade de vida dos pacientes, reforçando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar com atenção especial à saúde mental no tratamento desses indivíduos (DE CARVALHO et al., 2025).

Outro dado baseado em uma entrevista no EUA em 2024, com 19 portadores de RCU de nível moderado a grave, teve como objetivo investigar como a urgência fecal afeta a vida diária, relações sociais, saúde mental e bem estar geral e trabalho, os resultados foram os seguintes: 12 participantes relataram que a urgência fecal atrapalhava o desempenho no trabalho e alguns precisaram se afastar do mesmo; 10 pacientes evitaram eventos sociais, viagens e lugares públicos por medo de não encontrar banheiros a tempo, 6 relataram impactos emocionais, como ansiedade



constante e perda de espontaneidade e, 5 citaram limitações físicas, como incapacidade de se exercitar ou sair de casa com segurança. Concluindo que este sintoma afeta várias dimensões da vida, dificultando a convivência e influenciando decisões importantes (GIBBLE et al., 2024).

Em uma pesquisa realizada por um acadêmico da Universidade de Coimbra em Portugal, foram entrevistadas 38 pessoas com retocolite onde $\frac{3}{4}$ relataram que o sintoma de dor abdominal estava presente em suas vidas tendo impacto negativo em seus cotidianos, contudo as mesmas pessoas não apresentavam sintomas como ansiedade e depressão, sugere-se que a dor abdominal tem impacto importante, devendo ser tratada mesmo com a doença em remissão (RIBEIRO, 2021).

Os sintomas gastrointestinais associados à RCU têm um impacto importante na qualidade de vida dos pacientes, afetando os domínios psicológico, físico, sexual e social (LENTI et al., 2020; SUBASINGHE; NAVARATHNA; SAMARASEKERA, 2016; UENO et al., 2017).

Foi conduzido um estudo observacional transversal com 99 pacientes com DII, atendidos no Ambulatório de DII do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Os dados foram comparados com 118 indivíduos saudáveis (grupo controle), e os participantes responderam a instrumentos validados para avaliação da qualidade de vida (IBDQ e SF-36), saúde mental (escala HAD), autoestima (escala de Rosenberg) e função sexual (FSFI para mulheres e IIEF para homens). Em relação à qualidade de vida, 27,27% dos pacientes apresentaram classificação excelente, enquanto 38,38% relataram qualidade de vida boa, 28,28% regular e 6,06% ruim. Na avaliação psicológica, 47% dos pacientes apresentaram sintomas de ansiedade, e 24% foram classificados como depressivos. A disfunção erétil foi observada em 28% dos homens com DII, associando à perda de peso, fadiga, fraqueza, histórico de cirurgia ou doença perianal e baixa satisfação com a vida sexual. Além disso, fatores como presença de depressão e baixa autoestima aumentaram o risco de disfunção erétil, enquanto melhores pontuações nos domínios físicos e gerais de saúde dos questionários IBDQ e SF-36 foram fatores protetores. Entre as mulheres, a disfunção sexual foi altamente prevalente tanto no grupo de pacientes (93%) quanto no controle (96%). Apesar disso, a maioria relatou lubrificação vaginal durante o ato sexual (mais de 70%) e satisfação com a vida sexual (mais de 80%) (BARROS JÚNIOR et al., 2016).



Segundo Knowles et al., aproximadamente 25% das mulheres percebem a DII como um obstáculo para o desenvolvimento de relacionamentos íntimos. Além disso, estima-se que até 53% das mulheres com DII apresentem uma qualidade de saúde sexual inferior à da população em geral.

Pires et al. demonstram que parceiros empáticos e dispostos ao diálogo podem minimizar os efeitos negativos da doença, contribuindo para uma melhor qualidade na relação. No entanto, a ausência de comunicação ainda representa uma barreira significativa, já que muitos pacientes sentem insegurança ao abordar o tema com seus parceiros, o que intensifica os sentimentos de solidão (TOUGH et al., 2018; TRACHTER; ROGERS; LEIBLUM, 2002).

Igerc et al. observaram que cerca de 58% das mulheres diagnosticadas com doença DII relatam sentimentos de isolamento social decorrentes da enfermidade, o que afeta de maneira significativa seus relacionamentos íntimos e interpessoais. Nesse contexto, Fourie et al. ressaltam que a carência de apoio social potencializa o sofrimento emocional vivenciado pelos pacientes, contribuindo diretamente para o desgaste nas relações pessoais. Complementarmente, Ellul et al. destacam que a presença de suporte social adequado configura-se como um fator protetivo fundamental, capaz de promover melhorias na qualidade de vida sexual dos indivíduos acometidos pela DII.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Retocolite Ulcerativa (RCU) é uma doença crônica que afeta diretamente a vida dos pacientes, impactando não somente a saúde física, mas também o bem estar social e emocional. Evidencia-se que a acometimento de autoestima, relações interpessoais, desempenho profissional e bem-estar emocional. Esses achados reforçam a necessidade de uma abordagem multiprofissional, que inclua não apenas o tratamento clínico da inflamação intestinal, mas também o suporte psicológico e social, visando o cuidado integral do paciente.

O diagnóstico precoce é eficaz e essencial para evitar complicações e o manejo da condição. Nesse sentido, a combinação de dados clínicos, endoscópicos, laboratoriais e



histológicos, somada ao uso de biomarcadores, vem contribuindo para uma abordagem mais específica da doença. O tratamento farmacológico, especialmente com a incorporação dos medicamentos biológicos e inibidores da Janus quinase (JAK), tem se mostrado promissor porém, os custos elevados dessas terapias ainda representam uma barreira importante, principalmente em sistemas públicos de saúde.

Diante disso, é imprescindível que a prática clínica e as políticas públicas avancem para além da remissão inflamatória, garantindo acesso universal a diagnósticos adequados, terapias modernas e programas de educação em saúde. A implementação de políticas públicas mais incisivas pode ampliar o acesso à informação e promover maior conscientização sobre a doença, reduzindo o estigma e incentivando o diagnóstico e tratamento precoces.

Por fim, promover um cuidado humanizado, com foco na integralidade do paciente, é essencial para que se atinja não apenas a estabilização da doença, mas também a melhora efetiva na qualidade de vida dos portadores de RCU.

REFERÊNCIAS

ALVES, T. A. *et al.* Retocolite Ulcerativa-uma revisão abrangente sobre a epidemiologia, etiopatogenia, manifestações clínicas, diagnóstico clínico, diagnóstico laboratorial, tratamento, nutrição e dieta. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 4, p. 18105-18122, 2023. DOI:10.34119/bjhrv6n4-318.

ANDO, T. *et al.* Estado imunológico do estômago na doença inflamatória intestinal – comparação entre retocolite ulcerativa e doença de Crohn. *Digestão*, v. 77, n. 3–4, p. 145–9, 2008. DOI:10.1159/000140973.

BARALDO, S. *et al.* A interleucina-9 influencia a liberação de quimiocinas no músculo liso das vias aéreas: papel da ERK. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol*, v. 284, n. 6, p. L1093–102, 2003. DOI:10.1152/ajplung.00300.2002.

BARROS JR, O. R. *et al.* Sexualidade e doenças inflamatórias intestinais. *Jornal Brasileiro de Doenças Inflamatórias Intestinais*, v. 6, n. 2, p. 51–60, 2016.

BILSKI, J. *et al.* Role of obesity, mesenteric adipose tissue, and adipokines in inflammatory bowel diseases. *Biomolecules*, v. 9, n. 12, p. 28, out. 2019.



BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Retocolite Ulcerativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da retocolite ulcerativa [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 44 p.

CHIRICOZZI, A. et al. Guselkumab: an anti-IL-23 antibody for the treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis. *Eur J Dermatol*, v. 31, p. 3–16, 2021.

CORDEIRO, A. L. S. et al. Retocolite ulcerativa-uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 7, n. 4, p. e71700–e71700, 2024. DOI:10.34119/bjhrv7n4-197.

DANESE, S.; D'AMICO, F.; BONOVAS, S.; PEYRIN-BIROULET, L. Posicionamento do tofacitinibe no algoritmo de tratamento da retocolite ulcerativa moderada a grave. *Inflamm Bowel Dis*, v. 24, n. 10, p. 2106–12, 2018. DOI:10.1093/ibd/izy076.

DANESE, S. et al. Upadacitinib as induction and maintenance therapy for moderately to severely active ulcerative colitis: results from three phase 3, multicentre, double-blind, randomised trials. *Lancet*, v. 399, n. 10341, p. 2113–2128, 2022.

DE CARVALHO, N. C. A. et al. Ansiedade e depressão em pacientes com doenças inflamatórias intestinais em um hospital público do estado do Nordeste do Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 25, p. e19100–e19100, 2025.

D'HAENS, G. R. et al. Ulcerative Colitis: Shifting Sands. v. 19, n. 2, p. 227–234, 2 mar. 2019.

DAI, Q. et al. Supressão das respostas Th1 e Th17 e indução de respostas treg pelo gene plasmídeo que expressa IL-18 combinado com IL-4 na artrite induzida por colágeno. *Biomed Res Int*, 2018. Art. 5164715. DOI:10.1155/2018/5164715.

DIGNASS, A. et al. Second European evidence based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 1: definitions and diagnosis. *Journal of Crohn's & Colitis*, v. 6, n. 10, p. 965–990, 2012.

ELLUL, P. et al. Percepção da Saúde Reprodutiva em Mulheres com Doença Inflamatória Intestinal. *J. Colite de Crohn*, v. 10, p. 886–891, 2016. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjw011.

FERNANDEZ-CLOTET, A.; CASTRO-POCEIRO, J.; PANES, J. Inibição de Jak: os agentes mais promissores no pipeline de DII? *Curr Pharm Des*, v. 25, p. 32–40, 2019. DOI:10.2174/1381612825666190405141410.



FOURIE, S.; JACKSON, D.; AVERYARD, H. Vivendo com Doença Inflamatória Intestinal: uma Revisão de Estudos de Pesquisa Qualitativa. *Int J Nurs Stud*, v. 87, p. 149–156, 2018. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2018.07.017.

GIBBLE, T. H. et al. Percepção dos pacientes sobre urgência intestinal e remissão em doença de Crohn ou colite ulcerativa moderada a grave: um estudo qualitativo. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, v. 8, n. 1, p. 130, dez. 2024.

GILMAN, A. G.; HARDMAN, J. G.; LIMBIRD, L. E. As bases farmacológicas da terapêutica. 10. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2005. p. 527–528, 788–791.

HANAUER, S. B. Review article: aminosalicylates in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*, v. 20, n. 4, p. 60–65, 2004.

HARBORD, M. et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current Management. *J Crohns Colitis*, 2017.

HART, A. L. et al. Características das células dendríticas intestinais em doenças inflamatórias intestinais. *Gastroenterologia*, v. 129, n. 1, p. 50–65, 2005. DOI:10.1053/j.gastro.2005.05.013.

HIROSHI NAKASE et al. Evidence-based clinical practice guidelines for inflammatory bowel disease 2020. v. 56, n. 6, p. 489–526, 22 abr. 2021.

IGERC, I.; SCHREMS, B. Necessidades de bem-estar sexual de pacientes com doenças crônicas expressas na assistência à saúde: uma revisão de escopo. *JClin Nurs*, v. 32, p. 6832–6848, 2023. DOI:10.1111/jocn.16773.

JIMMO, B.; HYMAN, N. H. Is ileal pouch-anal anastomosis really the procedure of choice for patients with ulcerative colitis? *Dis Colon Rectum*, v. 41, n. 1, p. 41–5, 1998.

JEWEL, D. P. Ulcerative colitis. In: FELDMAN, M.; SCHARSCHMIDT, B. F.; SLEISENGER, M. H. (Ed.). *Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management*. 6. ed. Philadelphia: Saunders, c1998. p. 1735–1761.

KANENGUISER, P.; GOYHENECHÉ, B.; FILINGER, E. Aminosalicilatos: características de las formulaciones orales utilizadas en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Latin American Journal of Pharmacy*, v. 22, n. 3, p. 255–260, jul./dic., 2003.

KAPLAN, G. G. The global burden of IBD: from 2015 to 2025. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, v. 12, n. 12, p. 720–727, 2015.

KARAKAYA, E. et al. Quality of Life in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Importance of Psychological Symptoms. *Cureus*, v. 14, n. 9, e29580, 2022.



KHORSHIDI, M. et al. A posteriori dietary patterns and risk of inflammatory bowel disease: a meta-analysis of observational studies. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research*, v. 90, n. 3–4, p. 376–384, jun. 2020.

KNOWLES, S. R.; GASS, C.; MACRAE, F. Percepções de doença na DII influenciam o estado psicológico, a saúde e a satisfação sexual, a imagem corporal e o funcionamento relacional. *J Crohns Colitis*, v. 7, p. e344–e350, 2013. DOI:10.1016/j.crohns.2013.01.018.

KOBAYASHI, T. et al. Colite ulcerativa. *Nat Rev Dis Primers*, v. 6, n. 1, p. 74, 2020. DOI:10.1038/s41572-020-0205-x.

MEI, W.-Q. et al. Infliximab is superior to other biological agents for treatment of active ulcerative colitis: A meta-analysis. *World Journal of Gastroenterology*, v. 21, n. 19, p. 6044–6051, 21 maio 2015.

MAGRO, F. et al. European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's & Colitis*, v. 7, n. 10, p. 827–851, 2013.

MOHAMED-ESLAM, M. F.; BHATNAGAR, S.; PARMENTIER, J. M.; NAKASATO, P.; WUNG, P. Upadacitinib: mechanism of action, clinical, and translational science. *Clinical and Translational Science*, Hoboken, v. 17, n. 1, p. e13688, Jan. 2024. DOI: 10.1111/cts.13688. Epub 18 Dec. 2023. PMID: 37984057; PMCID: PMC10771099.

MOREIRA, A. L. Tratamento cirúrgico na retocolite ulcerativa. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 11, n. 4, p. 41–45, out./dez. 2012.

MUTHAS, D. et al. Neutrófilos na colite ulcerativa: uma revisão de biomarcadores selecionados e suas potenciais implicações terapêuticas. *Scand J Gastroenterol*, v. 52, n. 2, p. 125–35, 2017. DOI:10.1080/00365521.2016.1235224.

NEURATH, M. F. Atingindo circuitos de células imunes e tráfico na doença inflamatória intestinal. *Nat Immunol*, v. 20, n. 8, p. 970–979, 2019. DOI:10.1038/s41590-019-0415-0.

NG, S. C. et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *The Lancet*, v. 390, n. 10114, p. 2769–2778, 2018.

O'CONNOR, W. Jr. et al. Uma função protetora da interleucina 17A na inflamação intestinal mediada por células T. *Nat Immunol*, v. 10, n. 6, p. 603–609, 2009. DOI:10.1038/ni.1736.

OLIVEIRA, G. C. de et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 6, p. 587–592, 2015.

ORDÁS, I. et al. Colite ulcerativa. *Lancet*, v. 380, n. 9853, p. 1606–19, 2012. DOI:10.1016/s0140-6736(12)60150-0.



PABLA, B.; SCHWARTZ, D. A. Assessing Severity of Disease in Patients with Ulcerative Colitis. *v. 49, n. 4, p. 671–688, 1 dez. 2020.*

PERIN, R. *et al.* Vedolizumabe no manejo das doenças inflamatórias intestinais: um estudo multicêntrico observacional brasileiro / Vedolizumab in the management of inflammatory bowel disease.

PHILLIPS, R. K.; RITCHIE, J. K.; HAWLEY, P. R. Proctocolectomy and ileostomy for ulcerative colitis: The longer term story. *J R Soc Med, v. 82, n. 7, p. 386–387, jul. 1989.*

POPOV, J. *et al.* Microbiot-Immune Interactions in Ulcerative Colitis and Colitis Associated Cancer and Emerging Microbiota-Based Therapies. *Int J Mol Sci, v. 22, n. 21, p. 11365, 2021.*

PORTER, R.; KALLA, R.; HO, G.-T. Ulcerative colitis: Recent advances in the understanding of disease pathogenesis. *v. 9, p. 294–294, 24 abr. 2020.*

QAYED, E.; SRINIVASAN, S.; SHAHNAVAZ, N. *Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. [S. l.]: Elsevier, 2017.*

RIBEIRO, F. Dor na colite ulcerosa: um objetivo esquecido? 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado Integrado em Medicina) — Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2021.

ROGERS, B. H. *et al.* Epidemiology and burden of ulcerative colitis in the United States: a systematic review. *Digestive Diseases and Sciences, v. 65, p. 210–220, 2020.*

RUBIN, E. *et al.* Bases clinicopatológicas da medicina. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 727–731.

RUBIN, D. T. *et al.* The efficacy and safety of guselkumab as maintenance therapy in patients with moderately to severely active ulcerative colitis: results from the phase 3 QUASAR maintenance study. *Gastroenterology, v. 166, p. S-180, 2024.*

SANDS, B. E.; KAPLAN, G. G. O papel do TNF-alfa na colite ulcerativa. *J Clin Pharmacol, v. 47, n. 8, p. 930–941, 2007. DOI:10.1177/0091270007301623.*

SEGAL, J. P. *et al.* Ulcerative colitis: an update. *Clin Med (Lond), v. 21, n. 2, p. 135–139, 2021.*

SHIROMA, D. M. Concordância entre o escore endoscópico de Mayo e o Índice Endoscópico de Gravidade da Colite Ulcerativa (UCEIS) na avaliação da atividade endoscópica na retocolite ulcerativa. 2023.

SILVA, A. A. de M. Estudo da apresentação clínica, do estágio patológico e dos resultados oncológicos do câncer colorretal no adulto jovem. 2024.



SOUZA, M. H. L. P. de et al. Doença inflamatória intestinal no Brasil: dados epidemiológicos e de qualidade de vida. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 57, n. 1, p. 3–9, 2020.

SOUZA, M. M. de et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 24, p. 479–484, 2011.

TEIXEIRA, M. C. T. V. et al. Sintomas depressivos em pacientes com retocolite ulcerativa idiopática. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 3, p. 323–328, 2007.

THE EFFICACY AND SAFETY OF GUSELKUMAB AS MAINTENANCE THERAPY IN PATIENTS WITH MODERATELY TO SEVERELY ACTIVE ULCERATIVE COLITIS: RESULTS FROM THE PHASE 3 QUASAR MAINTENANCE STUDY. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*, v. 20, n. 7 Suppl 6, p. 8–9, jul. 2024.

TORSTEN KUCHARZIK et al. Ulcerative Colitis—Diagnostic and Therapeutic Algorithms. 17 ago. 2020.

UNGARO, R. et al. Colite ulcerativa. *Lancet (Londres, Inglaterra)*, v. 389, n. 10080, p. 1756–70, 2017. DOI:10.1016/s0140-6736(16)32126-2.

VIEUJEAN, S. et al. Understanding the therapeutic toolkit for inflammatory bowel disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, jan. 2025. DOI:10.1038/s41575-024-01035-7.

VIGET, N. et al. Opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease: prevention and diagnosis. *Gut*, v. 57, n. 4, p. 549–58, 2008.

ZHANG, M. et al. Illness perceptions and stress: mediators between disease severity and psychological well-being and quality of life among patients with Crohn's disease. *Patient Preference and Adherence*, v. 23, n. 10, p. 2387–2396, 2016