

**DESFECHO DA NÃO ADERÊNCIA AO TRATAMENTO RETOCOLITE ULCERATIVA:
 RELATO DE CASO**

Juliana Rocha Francisco¹, Ana Carolina Morais Silva¹
 André Santos Ferraz², Erlania do Carmo Freitas¹
 Adriana da Silva Miranda¹

RESUMO

A Retocolite Ulcerativa (RCU) é uma doença idiopática, com inflamação crônica do intestino, que acomete predominantemente a camada mucosa do cólon e porções proximais. O curso da doença passa por períodos de atividade e de remissão, com uma minoria apresentando atividade constante. A severidade das crises e a resposta ao tratamento são variáveis e de difícil previsão. Objetivou-se relatar o caso de um paciente com Retocolite Ulcerativa e o desfecho da não aderência ao tratamento. Trata-se de um estudo descritivo realizado em um Hospital Geral no interior da Bahia, através de métodos subjetivos, exames de imagem e procedimentos cirúrgicos que constata que o paciente encontra-se com anemia, desnutrição e processo inflamatório (sepse) provavelmente agravado pela falta de adesão ao tratamento inicial de descoberta da doença. Pode - se fazer uma reflexão da importância da relação multidisciplinar na adesão ao tratamento. Estratégias educacionais podem otimizar a adesão ao tratamento. Estudos de intervenção são necessários para estabelecer o impacto dessas medidas no intuito de proporcionar um maior benefício na melhora desses pacientes evitando complicações mais graves e internações hospitalares.

Palavras-chave: Doença inflamatória intestinal. Gastreenterologia. Cooperação do paciente.

1-Faculdade Independente do Nordeste, Vitória da Conquista-BA, Brasil.

2-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista-BA, Brasil.

ABSTRACT

Outcome of noncompliance colitis ulcerative: case report

Ulcerative colitis (UC) is an idiopathic disease with chronic inflammation of the intestine, which predominantly affects the mucous layer of the colon and proximal portions. The course of the disease goes through periods of activity and remission, with a minority showing constant activity. The severity of the seizures and response to treatment are variable and difficult to predict. The aim of this study was to report the case of a patient with ulcerative colitis and the outcome of nonadherence to treatment. This is a descriptive study carried out at a General Hospital in the interior of Bahia, using subjective methods, imaging tests and surgical procedures, which shows that the patient is suffering from anemia, malnutrition and an inflammatory process (sepsis) probably aggravated by lack Adherence to the initial treatment of disease discovery. It is possible to reflect on the importance of the multidisciplinary relationship in adherence to treatment. Educational strategies can optimize adherence to treatment. Intervention studies are necessary to establish the impact of these measures in order to provide a greater benefit in the improvement of these patients avoiding more serious complications and hospitalizations.

Key words: Inflammatory bowel disease. Gastroenterology. Patient compliance.

E-mails dos autores:

nut.julianarocha@hotmail.com

carolmorais_@hotmail.com

andreferraz29@gmail.com

erllannya@hotmail.com

adrinut@gmail.com

INTRODUÇÃO

Doença Inflamatória Intestinal (DII) é um grupo de doenças inflamatórias crônicas que acometem indivíduos entre 20 e 40 anos com um segundo pico a partir dos 55 anos (Souza, Belasco e Nascimento, 2008).

Nos Estados Unidos a ocorrência de DII aumentou no último século com 10.000 a 15.000 novos casos, cerca de 1,4 milhão de pessoas apresentam uma das modalidades de DII, na Europa 2,2 milhões, na Ásia e na América do Sul a taxa de incidência é de 0,5 por 100.000 habitantes e no Brasil a prevalência oficial das DII ainda é baixa, sendo mais predominante nas Regiões Sul e Sudeste. Essas doenças não são classificadas, como de notificação compulsória, e as anotações nos prontuários dos pacientes e nos arquivos dos serviços de saúde são inadequadas (Neuman, 2007; Souza e colaboradores, 2011).

Muitos pacientes ao procurar atendimento com sintomas de diarreia e algia abdominal recebem diagnóstico de diarreia bacteriana ou parasitária ao invés de DII, por falta de uma investigação detalhada do quadro clínico do paciente e de exames como laboratoriais, endoscópicos, histológicos e de imagem (Souza e colaboradores, 2011).

Devido ao uso prolongado de medicamentos, exames e/ou internações frequentes, cirurgias, a RCU acaba gerando grande custo econômico para os pacientes e para a saúde pública (Elia e colaboradores, 2007).

Essa patologia afeta o intestino grosso, mais precisamente a região mucosa e a submucosa, a gravidade da doença aumenta conforme haja o envolvimento das outras camadas do órgão com ulceração, edema e hemorragia (Costa, Maia e Medeiros, 2015).

Os pacientes geralmente apresentam-se com diarreia com melena, podendo estar acompanhada de pus, muco, além de intensas cólicas abdominais (Baumgart e Sandborn, 2007).

Sua etiologia ainda é indefinida, propõem-se que as DII transcorrem devido a anormalidades imunológicas celulares, ocasionada pela reatividade anormal dos linfócitos T da mucosa gastrointestinal a uma microflora normal não patogênica (Biondo e Simoes, 2003).

Essa doença crônica pode repercutir na qualidade de vida de seus portadores, podendo promover alterações psicológicas e sociais.

No Brasil, ainda há uma carência de pesquisas e divulgação desse grupo de patologias, o que contribui para o atraso no diagnóstico e aumento da morbimortalidade (Coelho, 2010).

Neste contexto, o objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente com retocolite ulcerativa e o desfecho da não aderência ao tratamento.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso descritivo realizado em um Hospital Geral de grande porte no interior da Bahia, com um paciente com retocolite ulcerativa acompanhado no ano de 2015, sendo realizados métodos subjetivos, exames de imagem e procedimentos cirúrgicos.

Em seguida foi feita uma revisão da literatura com publicações nacionais e internacionais, utilizando as seguintes bases de dados: LILACS, Medline, Pubmed e Scielo. Os descritores utilizados foram: "Doença Inflamatória Intestinal", "Trato Gastro Intestinal", "Medicação ineficaz", publicados nos anos (2001 a 2016).

Foi realizada uma leitura crítica dos estudos remanescentes, sendo selecionados os que preencheram os critérios predefinidos de qualidade, como clareza nas informações, metodologia adequada e relevância clínica e científica.

RELATO DE CASO

Paciente A.D.D.O, gênero masculino, solteiro, 47 anos, lavrador, natural e procedente de Tremedal Bahia, distrito de Lagoa Preta. Portador de Insuficiência Cardíaca Crônica (ICC) e Retocolite Ulcerativa Idiopática: diagnóstico confirmado em exame complementar: colonoscopia datada de novembro/2014 e biópsia da mesma época.

Sendo instituído o tratamento padrão para remissão da Retocolite Ulcerativa: ácido 5-aminosalicílico e a avaliação e acompanhamento do serviço especializado em nutrição.

O paciente foi referenciado para à Diretoria Regional de Saúde (DIRES) para

iniciar o processo de aquisição de medição de alto custo. Durante o processo de avaliação do caso pelo órgão, o paciente ficou sem o tratamento específico. Alegou que não tinha o conhecimento da disponibilidade da aquisição com recursos próprios da medicação na rede privada.

Assim como não procurou o serviço de nutrição. Durante esse tempo houve piora do quadro clínico do paciente. Até procurar o serviço de emergência de um hospital público do interior da Bahia em abril/2015 com queixa de diarreia há 08 meses acompanhada de enterorragia, inapetência e perda de peso. Diagnosticado com abdome agudo performativo, presença de pneumoperitônio em radiografia de abdômen, foi submetido à laparotomia exploratória. Inventário de cavidade: presença de ascite; ausência de sinais de rotura intestinal; sem outras alterações. Evoluiu com piora do estado geral, algia abdominal intensa, náuseas, distensão abdominal gasosa com piora após a alimentação, recusa da dieta oral, com baixo resíduo, isenta de fibra insolúvel e sacarose, apresentou nove (09) episódios diarreicos, mucossanguinolentas, em 24 horas, foi suplementado com glutamina e lactofoss.

Ao exame físico hipocorado (+++/IV), desidratado (+/IV), edema de MMII (+++/4), até terço proximal da tíbia, com cacifo, abdome escavado. A circunferência do braço (CB) mostrou adequação, em relação ao percentil 50 para a idade, de 72,88%, o que caracteriza Desnutrição moderada. A altura aferida foi de 1,65m e peso seco considerado foi 50Kg, com um IMC = 18,36 kg/m², indicando magreza grau I. Os exames bioquímicos demonstraram alterações (Hemoglobina: 7,3 g/dl; Hematócrito: 22,2%; Leucócitos = 2.880mm³; B = 40%; Plaquetas = 81.200 mil/mm³; Sódio = 132 mEq/L; Potássio = 2,3 mEq/L; Creatinina = 1,1mg/dL; Uréia = 50 mg/dL; PCR = 58,2 mg/l, albumina 3,0 g/L, realizou-se RX abdominal em ortostase constatou distensão de alça sem critérios para megacólon tóxico, a Gasometria arterial: acidose metabólica e Eletrocardiograma: alteração difusa da repolarização ventricular. Instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória aguda, injúria renal aguda, distúrbios hidroeletrólíticos. Admitido na unidade de tratamento intensivo (UTI) com sepse de foco abdominal, em uso de Nutrição Parenteral (por suspeita de megacólon tóxico)

após estabilização do quadro, o paciente foi reconduzido à clínica médica. Após quatro (04) dias de internação em enfermaria houve um recrudescimento da instabilidade do quadro séptico.

Sendo novamente admito em UTI, com rebaixamento do nível de consciência, sendo prontamente entubado, necessitando de drogas vasoativas. O paciente foi à óbito no dia.

DISCUSSÃO

O tratamento dessa patologia destina-se em induzir ou manter sua remissão, desta forma, impedindo e/ou reduzindo possíveis complicações como anemia, desnutrição, mega cólon tóxico, perfurações intestinais, câncer colorretal entre outros, podendo proporcionar uma melhor qualidade de vida para estes pacientes.

Considerando todos esses parâmetros o paciente acima relatado encontra-se com anemia, desnutrição e processo inflamatório (sepse) provavelmente agravado pela falta de adesão ao tratamento inicial de descoberta da doença.

O processo inflamatório, por si só, devido ao estado hipermetabólico, aumenta as necessidades nutricionais globais. Além disso, prejudica a absorção de vários nutrientes de acordo com a área intestinal acometida, levando ainda à perda aumentada de proteína e de outros nutrientes pela mucosa intestinal lesada, principalmente se existe diarreia, o resultado desses distúrbios é a perda de peso, desnutrição e anemia secundária, tornando o indivíduo uma pessoa magra e edemaciada com perda hídrica constante (Smeltzer e Bare, 2005).

Segundo Campos e colaboradores (2003) e Teixeira Neto (2004) a diminuição da ingestão alimentar, má absorção, aumento das perdas gastrointestinais e necessidades nutricionais aumentada nas DII estão associadas com à desnutrição proteico-energética, influenciando a fase de atividade, extensão e localização da doença, podendo agravar o prognóstico.

Um acompanhamento nutricional adequado pode reduzir indicações cirúrgicas e complicações operatórias, visto a gravidade que se manifestam as DII. A desnutrição observada durante os surtos de atividade da doença, e cujas manifestações clínicas

principais são a perda de peso, anemia e hipoalbuminemia, pode agravar com o quadro diarreico ou de má absorção, por diminuir secreção de enzimas pancreáticas e atividade enzimática na borda em escova das células intestinais (Burgos e colaboradores, 2008).

Uma avaliação nutricional adequada pode preservar o indivíduo de prováveis doenças e agravos, podendo promover uma melhoria na qualidade de vida.

Para Gomes, Anjos e Vasconcelos (2010), além da antropometria, exames bioquímicos e clínicos, podem proporcionar informações para melhoria do diagnóstico nutricional para prevenção e/ou tratamento de patologias ligadas ao consumo alimentar.

Para Flora, Dichi (2006) na RCU a anemia ocorre frequentemente devido às perdas sanguíneas, correlacionando-se com a qualidade de vida sendo uma problemática na abordagem terapêutica dos pacientes. Outro mecanismo a ser considerado é a inibição produção de eritropoietina pelas citocinas inflamatórias causando um desvio do transporte do ferro para o sistema reticuloendotelial, interferindo o desenvolvimento dos progenitores eritróides (Marques, Oliveira e Gorjão Clara, 2010).

Quando há alterações nutricionais, levando a desidratação, anemia e desnutrição aumentam-se a morbidade ocasionada pelas crises de diarreia (Biondo Simoes e colaboradores, 2003).

O trato gastrointestinal humano deve-se manter um equilíbrio que garanta sua integridade, com uma adequada suplementação de probióticos, prebióticos e simbióticos, pois a microbiota intestinal forma um ecossistema de microorganismos que desempenham importantes funções (Badaro e colaboradores, 2008).

Segundo Flora e Dichi (2006) recomenda-se uma dieta baixa em lipídios, com menos de 20% do valor calórico total, hiperproteica, 1,5 a 2,0 g/kg/dia devido ao estado catabólico ocasionado pela inflamação, e hipercalórica, 30 a 35 kcal/kg/dia, sendo essencial uma suplementação para controlar e reverter o estado nutricional do paciente como a intensa perda de peso, além de promover uma reposição adequada de vitaminas e de minerais.

Para Andersen e colaboradores (2012) o consumo de carboidratos simples deve ser diminuído pois são absorvidos no intestino e

transformados em ácidos graxos voláteis e gases pela fermentação bacteriana, visto que o intestino está com sua absorção comprometida.

Os nutrientes devidos suas funções imunomoduladoras em restaurar ou manter a integridade da mucosa intestinal é essencial na terapia das doenças inflamatórias intestinais baseado à sua ação na resposta imune (Vandenplas e colaboradores, 2011).

A suspeita por um megacolon toxico, complicação letal da colite, que pode condicionar uma dilatação tóxica iniciou Nutrição Parenteral Total (NPT) para o paciente, que segundo Rodrigues, Passoni e Paganotto (2008) visa o descanso do intestino, controlando o quadro inflamatório e reduzindo a presença de antígenos e crescimento bacteriano, além disso a NPT pode ser utilizada como um complemento à nutrição oral ou enteral mal tolerado ou quantitativamente insuficiente para manter o estado nutricional dos pacientes .

A glutamina também foi utilizada, pois segundo Martins (2016) é um aminoácido que reduz a incidência de infecções, translocação bacteriana mantendo a integridade da barreira intestinal, pois pode minimizar a apoptose, conservando o trofismo, dificultando o acesso de bactérias patogênicas ao organismo.

O lactofos é um simbiótico, por ser uma associação da fibra prebiótica frutooligosacarídeo (FOS) com 4 tipos de cepas probióticas reconstituem e reequilibram a microbiota de forma natural.

Segundo Raizel e colaboradores (2011) simbióticos são alimentos quem contém de maneira simultânea microorganismos probióticos e ingredientes prebióticos, que de forma simultânea vão beneficiar a saúde do consumidor, podendo reduzir citocinas pró-inflamatórias, melhorando a imunidade, reduzindo infecções e melhorando a massa magra.

Em relação às medicações, na DII a ingestão diária de vários comprimidos com diferentes horários de administração, pode influenciar negativamente o grau de adesão do paciente (Vlasnik, Aliotta e Delor, 2005).

O tratamento medicamentoso (Quadro 1) geralmente é prolongado e por tempo indeterminado.

Para Cornelio e colaboradores (2009) o grau de adesão ao tratamento é de natureza multifatorial.

Devido ao alto custo desses medicamentos, seu acesso pode ser dificultado ou impedido, sendo um dos preditores de não adesão ao tratamento (Ediger e colaboradores, 2007).

Condições sociais, estilo de vida e relacionamento com equipe de saúde podem intervir no grau da adesão terapêutica (López, Bermejo e Pérez, 2005).

Atualmente o Sistema Único de Saúde (SUS) podem fornecer os medicamentos aos

pacientes para tratamento das DIIs, por meio de programas especiais (medicamentos essenciais ou de alto custo, de liberação excepcional), tendo como base, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas bem estabelecidas, deste modo, uma baixa adesão ao tratamento ou uma má utilização desses medicamentos pode, também, afetar o desenvolvimento funcionamento do SUS e o uso dos seus recursos (Brasil, 2002; Dewulf e colaboradores, 2007).

Quadro 1- Terapêutica farmacológica da fase ativa.

		Grau de recomendação	Nível de evidência
P ligeira/moderada	5-ASA tópico	B	1b
P severa	5-ASA tópico + oral ou corticoides tópicos		
CE ligeira/moderada	5- ASA tópico	B	1b
CE ligeira/moderada	5-ASA tópico + oral	A	1 ^a
CE severa	Corticoides sistêmicos	C	1c
PC ligeira/moderada	5-ASA oral	A	1 ^a
PC ligeira/moderada	5-ASA tópico + oral	A	1b
PC severa	Esteroides sistêmicos/endovenosos	B	1b

Legenda: P-Proctite; CE- colite esquerda; PC- Pancolite; 5-ASA: ácido 5-aminossalicílico. **Fonte:** Lopes e Curado (2009).

Alguns estudos apontaram que o alto grau de não adesão pode aumentar em até 5 vezes o risco de reativação da doença (Sewitch e colaboradores, 2003; López, Bermejo e Pérez, 2005).

Para Nigro e colaboradores (2001) o não aderir ao tratamento em pacientes com DIIs está relacionado à ocorrência de distúrbios psiquiátricos, mais do que a outros fatores.

Uma pesquisa realizada por Dewulf e colaboradores (2007) com 56 pacientes (26 com Doença de Crohn, 26 com Retocolite Ulcerativa e 4 com Colite Indeterminada (CI) investigaram a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito e a influência de alguns fatores sobre a adesão de pacientes acompanhados em um ambulatório de Gastroenterologia de um hospital universitário vinculado ao SUS.

Para identificar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso, considerou-se a análise dos medicamentos utilizados e do comportamento admitido em relação ao seu uso, definido pelo teste de Morisky. Quando avaliou-se o uso do medicamento associado ao conhecimento do seu nome pelos pacientes com DII, verificou-se menor adesão ao tratamento em proporções relativamente

baixas dos casos (15,4% na DC e 13,3% na RCU). Porém, utilizando o teste de Morisky, observou-se que metade ou mais dos pacientes apresentou comportamento indicativo de baixo grau de adesão (50,0% na DC e 63,8% na RCU).

Um estudo transversal com pacientes ambulatoriais com RCU nos EUA apontou que apenas 40% eram aderentes a terapia medicamentosa, no entanto, estudos mostram que as taxas de não adesão variam de 43% a 72% (Kane, Cohen e Hanauer, 2001; Shale e Riley, 2003).

Segundo Van, Card e Logan (2005) a utilização regular da terapia de 5-ASA reduz significativamente o risco de desenvolver Câncer Colorretal em até 75%.

Alguns fatores estão associados a não-adesão na RCU como: pacientes do sexo masculino, jovens, solteiros, uso de quatro ou mais medicações concomitantes, abordagem inadequada e atitude do médico com o paciente, crenças, efeitos colaterais dos fármacos, custos de prescrição, depressão, além disso, o novo estado do paciente, duração da doença, idade mais jovem, discordância trabalho paciente e / pressões de viagem também são bons preditores de não-

adesão (Dewulf e colaboradores, 2007; Cornelio e colaboradores, 2009).

Ainda para esses autores algumas estratégias podem ser aplicadas para otimizar a adesão como: explicar os riscos de quando não se toma a medicação corretamente por meio de cartilhas com informações ao paciente; utilizar despertadores ou guardar os comprimidos próximos aos utensílios de higiene pessoal, como pasta de dente; orientar consultas regulares de acompanhamento; grupos de apoio; serviços que facilitem a comunicação com o paciente como sites, e-mails, chats; intervenções comportamentais, tais como a simplificação de dosagem, pistas de tratamento, lembretes, gráficos e recipientes para pílula podem ajudar a melhorar a adesão.

As principais razões apresentadas pelos pacientes com DIIs para a não adesão à medicação são esquecimento, descrença na medicina, negação da doença e falta de benefícios percebidos de tratamento durante os períodos livres de sintomas (Kane, 2006).

A não-adesão é mais comum entre os pacientes que relatam a falta de confiança na capacidade de seu médico para ajudar, ou a falta de satisfação com a preocupação mostrada pelo mesmo (Wroth e Pathman, 2006).

Um levantamento com 370 pacientes em uma sala de espera mostrou que a confiança no médico e continuidade dos cuidados pelo mesmo são essenciais para o paciente (Kerse e colaboradores, 2004).

Em condições crônicas, a adesão pode ser melhorada através de intervenções educacionais escritas e verbais, podendo ser benéfica para os parceiros, cuidadores, familiares e amigos, uma vez que desempenham um papel importante no apoio desses pacientes, tem sido mostrado para aumentar a adesão em cerca de 6-25% (Remondi, Oda e Cabrera, 2014).

CONCLUSÃO

Esse artigo faz referência às causas de não adesão ao tratamento das doenças inflamatórias intestinais, o que fica bem claro são os fatores que podem levar o paciente a não aderir ao tratamento prescrito e possivelmente uma junção desses fatores seja o motivo do agravamento do quadro clínico do paciente acima relatado levando o mesmo ao

óbito, situação talvez revertida, caso o mesmo tivesse aderido ao tratamento precocemente.

Pode - se fazer uma reflexão da importância da relação equipe multidisciplinar-paciente, relação essa muito fragilizada na atualidade. A aderência ao tratamento é um tema ainda negligenciado por toda equipe de saúde. A formação profissional acadêmica clássica com suas referências didáticas e corpo discente tem uma grande preocupação em fazer diagnósticos corretos e estabelecer o tratamento de escolha para aquela doença, como as escolhas medicamentos baseadas em nível de evidencia A, além disso alimentação tem grande impacto no controle da doença, podendo não só ajudar a recuperar mais rapidamente nos períodos de crise, como até mesmo espaçar esses períodos. Isso tudo é importante, mas será que o paciente irá aderir a uma alimentação correta e medicação prescrita? Essa deve ser uma preocupação tão importante, quanto a evidencia da eficiência do tratamento em grupos controles de estudos randomizados e duplo cego.

Estratégias educacionais podem otimizar a adesão ao tratamento. Estudos de intervenção são necessários para estabelecer o impacto dessas medidas no intuito de proporcionar um maior benefício na melhora desses pacientes evitando complicações mais graves e internações hospitalares.

REFERENCIAS

- 1-Andersen, V.; Olsen, A.; Carbonnel F., Tjonneland, A., Vogel, U. Diet and risk of inflammatory bowel disease. Digestive and Liver Disease. Vol. 44. 2012. p. 185-194.
- 2-Badaro, A. C. L.; e colaboradores. Probiotics foods: application as the promoters of the human health - part 1. Revista Digital de Nutrição. Vol. 2. Num. 3. 2008. p. 1-29.
- 3-Baumgart, D. C.; Sandborn, W. J. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies. The Lancet. Vol. 369. Num. 9573. 2007. p. 1641-1657.
- 4-Biondo Simões, M. L. P.; e colaboradores. Opções terapêuticas para as doenças inflamatórias intestinais: revisão. Revista brasileira Coloproctologia. Vol. 23. Num. 3. 2003.

- 5-Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento de retocolite ulcerativa. Portaria n. 861/02, 5 novembro 2002. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2002.
- 6-Burgos, M. G. P. A.; e colaboradores. Doenças inflamatórias intestinais: o que há de novo em terapia nutricional? *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*. Vol. 23. Num. 3. 2008. p. 184-189.
- 7-Campos, F. G.; e colaboradores. A Pharmacological nutrition in inflammatory bowel diseases. *Revista Nutrición Hospitalaria*. Vol. 18. Num. 2. 2003. p. 57-64.
- 8-Coelho, M. I. D. Qualidade de Vida e Doença Inflamatória Intestinal. 56 p. Tese (Mestrado), Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2010.
- 9-Cornélio, R. C. A. C.; e colaboradores. Non-adherence to the therapy in Crohn's disease patients: prevalence and risk factors. *Arquivos de Gastroenterologia*. Vol. 46. Num. 3. 2009. p. 183-189.
- 10-Costa, A. N. F; Maia, J. M. D. C; Medeiros, A. M. C. D. Prevalência de alterações bucais nas doenças gastrointestinais inflamatórias crônicas: análise de 10 casos. *Revista Ciência Plural*. Vol. 1. Num. 1. 2015. p. 57-64.
- 11-Dewulf, N. L. S.; e colaboradores. Adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com doenças inflamatórias intestinais acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. *Arquivos de Gastroenterologia*. Vol. 44. Num. 4. 2007. p. 289-296.
- 12-Ediger, J. P.; e colaboradores. Predictors of medication adherence in inflammatory bowel disease. *The American Journal of Gastroenterology*. Vol. 102. Num. 7. 2007. p. 1417-1426.
- 13-Elia, P. P.; e colaboradores. Análise descritiva dos perfis social, clínico, laboratorial e antropométrico de pacientes com doenças inflamatórias intestinais, internados no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Rio de Janeiro. *Arquivos de Gastroenterologia*. Vol. 44. Num. 4. 2007. p. 332-339.
- 14-Flora, A. P. L.; Dichi, I. Aspectos atuais na terapia nutricional da doença inflamatória intestinal. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*. Vol. 21. Num. 2. 2006. p. 131-137.
- 15-Gomes, F. D. S; Anjos, L. A. D; Vasconcellos, M. T. L. D. Antropometria como ferramenta de avaliação do estado nutricional coletivo de adolescentes. *Revista Nutrição*. Vol. 23. Num. 4. 2010. p. 591-605.
- 16-Kane, S. V.; Cohen, R. D.; Hanauer, S. B. Prevalence of non-adherence with maintenance mesalamine in quiescent ulcerative colitis. *The American Journal of Gastroenterology*. Vol. 96. Num. 10. 2001. p. 2929-2933.
- 17-Kane, S. V. Systematic review: adherence issues in the treatment of ulcerative colitis. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. Vol. 23. Num. 5. 2006. p. 577-585.
- 18-Kerse, N.; e colaboradores. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *The Annals of Family Medicine*. Vol. 2. Num. 5. 2004. p. 455-461.
- 19-Lopes, H.; Curado, A. Terapêutica Farmacológica da Colite Ulcerosa. *GE - Portuguese Journal of Gastroenterology*. Vol. 16. Num. 4. 2009. p. 140-141.
- 20-López, S. R. A.; Bermejo F, C. E.; Pérez, A. M. B. D. Adhesiónval tratamiento em la enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*. Vol. 97. Num. 4. 2005. p. 249-257.
- 21-Marques, M. R.; Oliveira, S.; Gorjao Clara, J. P. Apresentação inicial de colite ulcerosa com manifestações extra-intestinais múltiplas. *Ácta Médica Portuguesa*. Vol. 23. Num. 4. 2010. p. 705-708.
- 22-Martins, P. Glutamina em pacientes graves: suplemento nutricional fundamental? *Revista brasileira de terapia intensiva*. Vol. 28. Num. 2. p. 100-103. 2016.
- 23-Neuman, M. G. Immune Dysfunction in Inflammatory Bowel Disease. *Translational Research*. Vol. 149. Num. 4. 2007. p. 173-186.

24-Nigro, G.; e colaboradores. Psychiatric predictors of non compliance in inflammatory bowel disease. *Journal of Clinical Gastroenterology*. Vol. 32. Num. 1. 2001. p. 66-68.

25-Raizel, R.; e colaboradores. Efeitos do consumo de probióticos, prebióticos e simbióticos para o organismo humano. *Revista Ciência & Saúde*. Vol. 4. Num. 2. 2011. p. 66-74.

26-Remondi, F. A.; Oda, S.; Cabrera, M. A. S. Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria a prática clínica. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. Vol. 35. Num. 2. 2014. p. 177-185.

27-Rodrigues, S. C.; Passoni, C. M. S.; Paganotto, M. Aspectos nutricionais na Doença de Crohn. *Cadernos da Escola de Saúde Nutrição*. Num. 1. 2008. p. 1-8.

28-Sewitch, M. J.; e colaboradores. Patient nonadherence to medication in inflammatory bowel disease. *The American Journal of Gastroenterology*. Vol. 98. Num. 7. 2003. p. 1535-1544.

29-Shale, M. J.; Riley, S. A. Studies of compliance with delayed-release mesalazine therapy in patients with inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. Vol. 18. Num. 2. 2003. p. 191-198.

30-Smeltzer, S. C.; Bare, B. G. Brunner & Suddarth, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

31-Souza, M. M.; Belasco, A. G. S.; Nascimento, J. E. A. Perfil Epidemiológico dos Pacientes Portadores de Doença Inflamatória Intestinal do Estado de Mato Grosso. *Revista Brasileira de Coloproctologia*. Vol. 28. Num. 3. 2008. p. 324-328.

32-Souza, M. M.; e colaboradores. Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 24. Num. 4. 2011. p. 479-484.

33-Teixeira Neto, F. Doença inflamatória intestinal. *Nutrição clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004.

34-Vandenplas, Y.; e colaboradores. Probióticos e prebióticos na prevenção e no tratamento de doenças em lactentes e crianças. *Jornal de Pediatria*. Vol. 87. Num. 4. p. 292-300. 2011.

35-Van, S. T. P.; Card, T.; Logan, R. F. 5-Aminosalicylate use and colorectal cancer risk in inflammatory bowel disease: a large epidemiological study. *Gut: journal of the British Society of Gastroenterology*. Vol. 54. Num. 11. 2005. p. 1573-1578.

36-Vlasnik, J. J.; Aliotta, S. L.; Delor, B. Medication adherence: factors influencing compliance with prescribed medication plans. *Case Manager*. Vol. 16. Num. 2. 2005. p. 47-51.

37-Wroth, T. H.; Pathman, D. E. Primary medication adherence in a rural population: the role of the patient-physician relationship and satisfaction with care. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. Vol. 19. Num. 5. 2006. p. 478-486.

Recebido para publicação em 13/03/2017

Aceito em 21/05/2017