

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**HUMBERTO LEAL LOPES**

**DOENÇA DE CROHN UM DESAFIO PARA OS  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

**Florianópolis - SC**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**HUMBERTO LEAL LOPES**

**DOENÇA DE CROHN UM DESAFIO PARA OS  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Doenças Crônicas não Transmissíveis da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Linhas de Cuidado em Enfermagem.

**Profª. Orientadora:** Carla Regina de Souza Teixeira.

**Florianópolis - SC**

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **Doença de Crohn um Desafio para os Profissionais de Enfermagem** de autoria do aluno **Humberto Leal Lopes** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Doenças Crônicas não Transmissíveis em Linhas de Cuidado em Enfermagem.

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carla Regina de Souza Teixeira**  
Orientadora da Monografia

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

**Florianópolis - SC**

**2014**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os meus familiares, vocês que sempre me fizeram acreditar na realização dos meus sonhos e trabalharam muito para que eu pudesse realizá-los.

## **AGRADECIMENTOS**

Registro meus agradecimentos a todos os que compartilharam o trilhar de mais esse caminho percorrido, contribuindo, direta e indiretamente, para que eu realizasse esta pesquisa, auxiliando-me e dando-me forças nos momentos em que mais precisei.

Minha gratidão, em primeiro lugar, a Deus, por estar comigo em todos os momentos e iluminando-me, sendo meu refúgio e fortaleza nos momentos mais difíceis. A ele, minha eterna gratidão.

## RESUMO

A doença de Crohn é uma doença inflamatória crônica transmural e segmentar do trato gastrointestinal, cuja etiologia e patogênese permanecem desconhecidas. Apesar de várias hipóteses terem sido colocadas, considera-se que esta doença resulta da combinação de uma predisposição genética com fatores ambientais, alterações na permeabilidade da parede intestinal, perda da tolerância aos antígenos comensais e diminuição da eliminação bacteriana, com a consequente gênese e perpetuação dos mecanismos inflamatórios. Várias mutações genéticas estão identificadas, embora ainda não seja totalmente compreendida a sua contribuição para o desenvolvimento da doença. Diversas explicações foram propostas, embora controversas. Apesar dos grandes avanços científicos nos últimos anos, ainda existe um longo caminho a percorrer no que diz respeito à patogênese da Doença de Crohn. Só com um profundo conhecimento da etiologia e patogênese se conseguirá progredir verdadeiramente no sentido da cura. Com base na leitura de artigos publicados na revista Scientific Electronic Library Online (SCIELO) foram selecionados 10 artigos de experiência acadêmica e clínica, descritos por médicos, sob essa perspectiva foi possível analisar que essa doença ainda permanece pouco difundida na área da enfermagem. Como Enfermeiros de Unidade de Atendimento Domiciliar atuantes no Programa de Saúde da Família devemos abraçar o desafio de aumentar a produção científica e disponibilizar novas ferramentas de informação para os enfermeiros e também para a população em geral. Este estudo tem por objetivo informar e conscientizar os profissionais de enfermagem, salientando a importância de conhecer a problemática da Doença de Crohn (DC) e apresentar a proposta de um instrumento de coleta de dados que possa subsidiar a sistematização da assistência de Enfermagem. Diante desta realidade e refletindo sobre essa temática, surgiu a motivação para a realização deste estudo, buscando avaliar a prevalência, da Doença de Crohn (DC), visando realizar ações de promoção, prevenção de agravos, que venham fortalecer ações para cuidado humanizado aos portadores de Crohn.

**Palavras- Chaves:** Doença de Crohn (DC), Enfermagem, Saúde da Família, Ostomia.

## ABSTRACT

Crohn's disease is a chronic transmural inflammatory disease of the gastrointestinal tract and segmental, whose etiology and pathogenesis remain unknown. Although several hypotheses have been put, it is considered that this disease is a combination of a genetic predisposition to environmental factors, changes in permeability of the intestinal wall, loss of tolerance to antigens and commensal bacterial clearance decreased, with a consequent initiation and perpetuation inflammatory mechanisms.

Several genetic mutations are identified, although it is still not fully understood its contribution to the development of the disease. Several explanations have been proposed, although controversial. Despite significant scientific advances in recent years, there is still a long way to go in regard to the pathogenesis of Crohn's disease. Only with a thorough knowledge of the etiology and pathogenesis are able to make real progress towards healing.

From reading the articles published in Scientific Electronic Library Online (SciELO) 10 Articles of academic and clinical experience, described by doctors, this perspective parse this disease still remains little known in the nursing area were selected. How Nurses Home Care Unit working in the Family Health Program must embrace the challenge of increasing scientific production and provide new information tools for nurses and also for the general population.

This study aims to inform and educate nursing professionals, stressing the importance of knowing the problem of Crohn's disease (CD). Given this reality and reflecting on this theme, the motivation for carrying out this emerged, seeking to assess the prevalence of Crohn's disease (CD), to carry out health promotion, disease prevention, which will strengthen actions for humane care of individuals with Crohn's disease

**Key-Words:** Crohn's disease (CD), Nursing, Family Health, Ostomy.

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	2
2.1 Objetivo Geral.....	2
2.2 Objetivo Específico.....	2
2.3 Justificativa.....	2
3. Metodologia.....	3
4. Revisão da Literatura.....	4
4.1 A Doença de Chron.....	6
4.1.1 Sinais e Sintomas.....	8
4.1.2 Diagnóstico.....	10
5. Tratamento.....	12
5.1 Aminossalicilatos.....	13
5.1.1 Glucocorticóides.....	14
5.1.2 Antibióticos.....	15
5.1.3 Imunossupressores.....	15
5.1.4 Probióticos e prebióticos.....	17
5.1.5 Terapêuticas biológicas.....	18
5.1.6 Terapêuticas nutricionais.....	20
6. Impacto da ostomia na pessoa com DC.....	21
7. Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	23
8. Considerações Finais.....	26
9. Referências Bibliográficas.....	27
ANEXO 1- Formulário.....	32



## 1. INTRODUÇÃO

Segundo Campos et al (2012), as repercussões do desenvolvimento científico e tecnológico nas condições de vida da população têm levado ao aumento da expectativa de vida, expondo a população a um maior risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, estas doenças ocupam as primeiras posições nas estatísticas de mortalidade mundiais, projeções para o ano de 2020 revelam que a mortalidade por doenças crônico-degenerativas representará 73% dos óbitos no mundo.

Segundo Zanetti (2011), a crescente demanda de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constitui, atualmente, desafio para o sistema de saúde de vários países, esse desafio está relacionado à escassez de recursos em saúde e à necessidade de produção de conhecimento que reverta em ferramentas, possibilitando a abordagem efetiva dessa população e de seus fatores de risco, levando em conta custo/benefício.

Lino et al (2010) afirma que a transição demográfica/epidemiológica, caracterizada pela alta prevalência de doenças e fatores de risco, relacionados ao estilo de vida, tem exigido profunda transformação do modelo assistencial, havendo necessidade de maior oferta de serviços e ações preventivas e de promoção da saúde, baseados em evidências científicas, abarcando iniciativas inovadoras de informação, educação e comunicação.

Azevedo (2013) aponta como prioridade, a qualificação da equipe de enfermagem dentro da atenção primária, sendo a enfermagem atenta às necessidades de um mundo em transformação e reconhecendo que o modelo assistencial centrado no profissional, individualizado e em tempo presencial, responderá pela oferta de cuidado de forma eficaz e eficiente. Definindo como modelo de atenção à saúde no Brasil a Estratégia Saúde da Família.

Diante desta realidade e refletindo sobre essa temática, surgiu a motivação para a realização deste estudo, buscando avaliar a prevalência, da Doença de Crohn (DC), sendo esta crônica degenerativa e pouco difundida por profissionais de enfermagem, visando realizar ações de promoção, prevenção de agravos, que venham fortalecer ações para cuidado humanizado aos portadores de Crohn.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Este tem por objetivo informar e conscientizar os profissionais de enfermagem bem como a população em geral, salientando a importância de conhecer a problemática da Doença de Crohn.

### **2.2 Objetivo Específico**

- a) Identificar os principais fatores de risco associados à Doença de Crohn (DC).
- b) Contribuir para a discussão sobre a qualidade de vida dos portadores sobre a ótica dos profissionais de enfermagem.
- c) Elaborar e apresentar a proposta de um instrumento de coleta de dados a fim de subsidiar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) direcionados aos portadores de Doença de Crohn dentro do Programa de Saúde da Família (PSF).

### **2.3 JUSTIFICATIVA**

Nos últimos anos, houve um aumento do interesse pela monitorização do nível de qualidade de vida. Entretanto, estudos estabelecem correlação entre baixos níveis de qualidade de vida e o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Abordar este tema é de extrema importância, uma vez que a Doença de Crohn traz implicações na qualidade de vida dos portadores uma vez que esta patologia vem crescendo muito nas últimas décadas.

Diante dessa problemática a Doença de Crohn ainda é pouco conhecida pelos profissionais da área de enfermagem, como Enfermeiros de Unidade de Atendimento Domiciliar devemos abraçar o desafio de aumentar a produção científica e disponibilizar novas ferramentas de informação a fim de incrementar o conhecimento na atenção de doenças crônicas não transmissíveis, visando à eficácia dos serviços de saúde.

### **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa desenvolvido, através da pesquisa bibliográfica, por levantamento de fontes secundárias. Dando-se preferência à leitura de artigos e publicações de revistas de maior impacto científico tais como: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Segundo Marconi e Lakatos (2001), a pesquisa bibliográfica tem por finalidade colocar o pesquisador em contato direto com tudo àquilo que foi escrito sobre determinado assunto, permitindo o reforço paralelo na análise e manipulação de suas informações. Para Cervo e Bervian (2000), a pesquisa bibliográfica tem por objetivo familiarizar-se com o fenômeno e descobrir relações existentes entre os elementos componentes da mesma, considerando os diversos aspectos de um problema ou situação.

A consulta foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2014, tendo como base de busca produções científica em português e inglês a partir dos descritores: “Doença de Crohn (DC), Enfermagem, Saúde da Família, Ostomia”. Com base na leitura dos resumos destes foram selecionados 10 artigos de experiência acadêmica e clínicos descritos por médicos na Scientific Electronic Library Online (SCIELO), sob essa perspectiva, da qual falaremos mais adiante, que este trabalho foi desenvolvido, buscando intensificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem, referente à “Doença de Crohn (DC)” que ainda permanece pouco difundida no meio da enfermagem.

#### 4. REVISÃO DA LITERATURA

Arnott e Satsangi (2003) relatam que a Doença de Crohn (DC) foi descrita pela primeira vez há cerca de quatrocentos anos atrás. Em 1612, Gullielmus Fabricius Hildenus verificou na autópsia de um rapaz com “dor sub-hepática” que “o ceco estava contraído e invaginado no íleo, de tal forma que não era possível que o conteúdo intestinal passasse para o cólon”. Ao extrair o ceco, este estava ulcerado e fibrótico. Em 1932 o Dr. Burril B. Crohn descreveu a doença como ileíte terminal.

Netto (1976) e Magalhães (1993) relatam que aparentemente, já estava incluída entre as enfermidades granulomatosas relatadas desde o século XVII.

Gaburri et al (1998) menciona que a partir do relato de Crohn e colaboradores, outros se seguiram e fizeram crescer a frequência de seu diagnóstico, sendo reconhecido, também, que o processo inflamatório podia se localizar em outras regiões do intestino.

Segundo Alexander-Williams (1996), as áreas de alta incidência da DC têm incidência maior do que 2,5 vezes casos novos por 100.000 pessoas por ano; as intermediárias de 1 a 2,5 casos novos, e as áreas de baixa incidência, menos de 1 caso novo por 100.000 pessoas por ano.

Barbieri (2000) relatou que a DC é bastante frequente no hemisfério norte, com incidência de sete para 100.000 pessoas/ano nos Estados Unidos e 15 para 100.000 pessoas/ano no Canadá. No Brasil, não há dados oficiais, mas parece estar sendo mais frequentemente diagnosticada a doença em serviços de gastropediatria.

Estudos da população pediátrica com DC mostraram que 17% dos doentes têm idade inferior a 10 anos, ocorrendo de 4 a 7 novos casos por 100.000 habitantes/ano (KUGATHASAN et al, 2003).

Um caso com idade de três dias de vida foi relatado. Neste foram relatados sintomas de dor; abscesso perianal, com evolução rápida para fístula; diarreia volumosa, muco-sanguinolenta; baixo ganho de peso e complicações neuromotoras posteriores (SILVEIRA et al, 2008).

Este crescimento pode ser atribuído ao aperfeiçoamento dos métodos diagnósticos ou a um real crescimento da população doente, o que é preocupante, inclusive para a população brasileira, uma vez que há algum tempo a doença era considerada rara (ROSTION, 2007).

Para Souza et al (2002), a determinação de dados epidemiológicos das doenças inflamatórias intestinais, no Brasil, como em todos os países em desenvolvimento, é difícil, em função das deficiências dos sistemas de registro de dados bem como da impossibilidade do acesso às informações fora do Sistema Público de Saúde. Assim sendo, não se dispõe de informações precisas sobre todos os novos casos dessas doenças, nem sobre as dimensões da própria população de referência.

Fauci et al (2008) mencionam que a DC pode ocorrer em qualquer idade, mas apresenta uma distribuição bimodal. O maior número de casos surge tipicamente na segunda e terceira década de vida, ocorrendo outro pico, embora menor, entre os 60 e 80 anos. Poderá ser mais frequente em mulheres e ocorre, sobretudo, em classes socioeconômicas mais elevadas.

Os autores op.cit (2008) relatam também que existe uma variação de acordo com o grupo étnico: os judeus são mais afetados que os não judeus caucasianos e estes mais que os hispânicos e asiáticos.

Para Aldhous et al (2007) destacam-se como fatores de risco o tabaco e os Contraceptivos Orais. A apendicectomia que tem um papel protetor na Colite Ulcerosa, na DC não desempenha qualquer proteção. O início e severidade da DC são aumentados pelo tabaco, como demonstrado pelo aumento das intervenções cirúrgicas e uso de imunossupressores, maiores recorrências pós-cirúrgicas e taxas de mortalidades mais elevadas em indivíduos fumadores.

Segundo Podolsky e Xavier (2007) caracteriza-se pela existência de um padrão de agregação familiar, uma vez que os familiares em primeiro grau de indivíduos afetados têm cinco vezes mais probabilidade de virem a desenvolver a doença.

Podolsky e Xavier (2007) mencionam que a incidência varia de acordo com a área geográfica, o que poderá sugerir a intervenção de fatores ambientais. É mais comum nos países desenvolvidos e industrializados, apontando-se a urbanização como um possível fator de risco.

Segundo Aldhous et al (2007) a incidência tem vindo a aumentar em áreas outrora consideradas com baixas taxas de incidência, o que poderá estar relacionado com adaptação de um estilo de vida mais ocidental: alterações na dieta, hábitos de tabagismo e maior exposição à poluição e químicos industriais.

#### 4.1 A DOENÇA DE CROHN

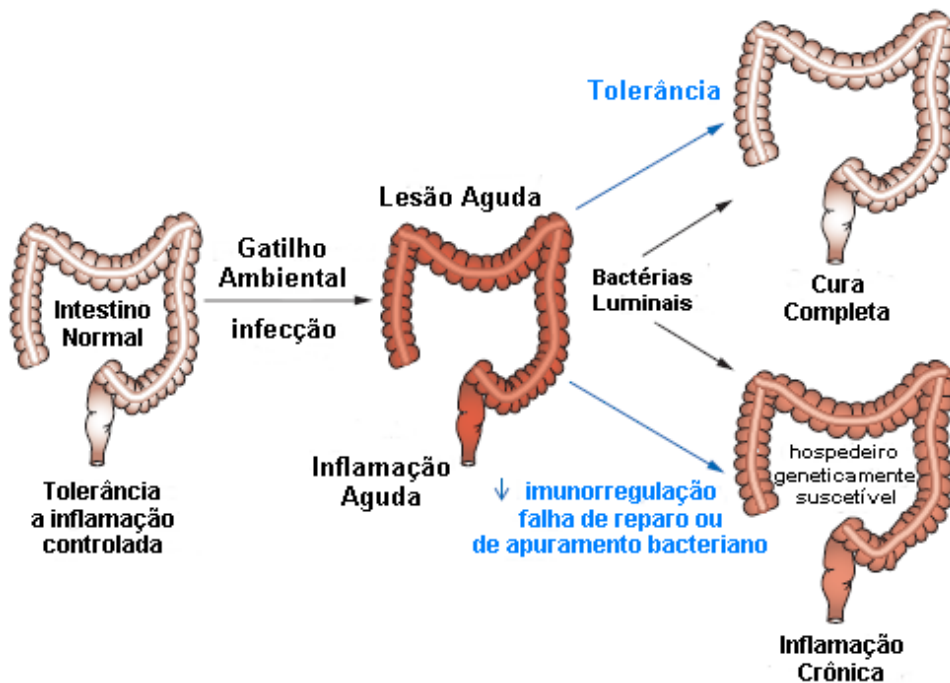
Magro (2007) afirma que a doença inflamatória do intestino é uma doença crônica recidivante que afeta todas as partes do tubo digestivo. A etiologia é multifatorial, na qual fatores de ordem genética, imunológica e ambientais assumem um papel preponderante no início e na perpetuação da lesão tecidual imunomediada. Embora ainda se desconheça com clareza a sequência de eventos que desencadeiam a doença inflamatória do intestino, a célula epitelial, as bactérias e a resposta imunológica parecem estar intrincadamente envolvidas.

Gomes, Santos e Ferreira (2010) mencionam que a DC e a colite ulcerativa comportam-se de modo semelhante, estando por isso agrupada na categoria de doenças inflamatórias intestinais. A diferença principal é que, na primeira, todas as camadas estão envolvidas e pode haver segmentos de intestino saudável entre os segmentos de intestino doente, enquanto na colite ulcerosa é afetada apenas a mucosa (camada mais superficial do cólon) de modo contínuo. Apesar da intensa investigação nesta área, a etiologia ainda é desconhecida. Por isso, várias hipóteses foram propostas, tais como:

- **Desregulação da resposta imunitária:** na DC, as respostas imunitárias inata e adaptativa são inadequadas, com incapacidade de reconhecimento e eliminação dos antígenos bacterianos, ativação exagerada e diminuição da apoptose das células Th1 e inativação de células Tr. Como resultado ocorre uma perda da tolerância à flora comensal e o desenvolvimento de mecanismos inflamatórios exagerados.
- **Defeitos na função de barreira da mucosa intestinal:** alterações nas tight junctions, na produção de muco, de IgA e defensinas e o aumento da permeabilidade contribuem para uma inflamação persistente característica da DC.

- **Disbiose:** uma alteração no balanço entre os microorganismos protectores e agressivos da microflora intestinal altera a homeostasia, tendo como consequência uma inflamação intestinal crónica em indivíduos susceptíveis.
- **Infeção patogénica persistente:** a DC é desencadeada por diversos agentes patogénicos específicos, entre os quais: MAP, ECAI, Listeria monocytogenes, Yersinia enterocolitica e paramixovírus.

Sartor (2006) afirma que os fatores genéticos alteram a função de barreira do epitélio intestinal, as respostas imunitárias e eliminação bacteriana. Numa situação normal, uma lesão ou inflamação da mucosa desencadeada, por exemplo, por fatores ambientais, é rapidamente controlada devido a uma resposta imunitária adequada e reparação do defeito epitelial.



**Figura 1** - Diferentes respostas à lesão intestinal. **Fonte:** SARTOR, R. B. Mechanisms of Disease: pathogenesis of Crohn's disease and ulcerative colitis. China: The American Journal of Gastroenterology, 2006, p.390-407.

Em seu outro estudo Sartor (2007) menciona que, no entanto, em indivíduos geneticamente predispostos, verifica-se uma perda da tolerância oral, incapacidade para remover as bactérias invasoras, de diminuir as respostas pró-inflamatórias e de reparar a mucosa, o que origina uma ativação contínua e excessiva das respostas imunitárias adaptativas efetoras e uma inflamação crônica desencadeada por organismos patogênicos e comensais.

Segundo Fauci et al (2008) relativamente à localização, 30-40% dos casos é limitada ao ID, 40-55% envolve o ID e cólon e 15-25% têm apenas colite. O reto é frequentemente poupado e, em 75% dos indivíduos com doença do ID, o íleon terminal está envolvido na maioria dos casos.

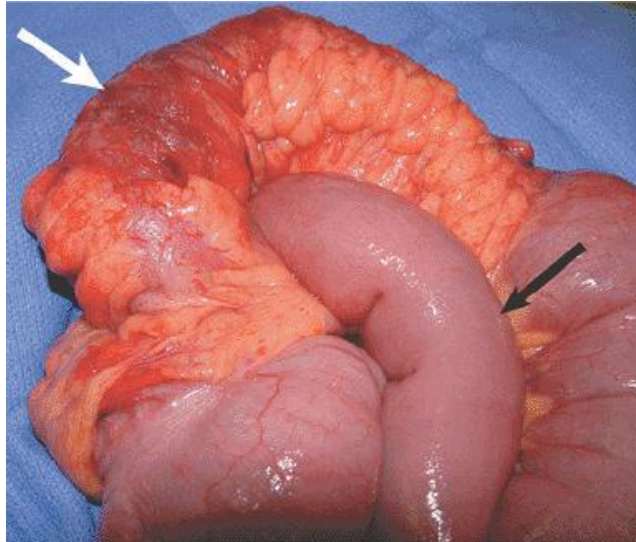
#### **4.1.1 SINAIS E SINTOMAS**

Gomes, Santos e Ferreira (2010) relatam que entre a sintomatologia da DC, a diarreia é o sintoma mais comum. Também são vulgares dores abdominais, emagrecimento e sinais de má nutrição, astenia, anorexia, náuseas e vômitos. A febre está frequentemente associada à doença ativa, mas pode constituir por vezes o sintoma inicial de apresentação.

Portela (2007) diz que pode ocorrer também sangramento retal, sendo que os sinais e sintomas relacionados com a presença de anemia estão presentes em cerca de 1/3 dos doentes. As manifestações fistulizantes (associadas muitas vezes a abscessos) são frequentes e refletem a natureza penetrante da doença; as perianais podem ser iniciais ou predominantes da doença, ocorrendo em 15 a 35% dos doentes. Sinais e sintomas de oclusão intestinal é outra manifestação clínica frequente, podendo surgir no início da doença ou ao longo da sua evolução.

- **Ileocolite:** dor crônica, febre de baixo grau, diarreia, perda de peso, obstrução intestinal, formação de fístulas para: intestino adjacente, pele, vagina e bexiga;





**Figura 2** - Íleo distal e o cólon ascendente são os locais mais acometidos. **Fonte:** CREUZ, Cesar Paulo. Doença de Chron. Rio de Janeiro: Hospital Geral de Jacarepaguá.

**Colite:** cólicas abdominais, diarreia, mal-estar, hematoquézias, febre de baixo grau, estenoses e fístulas.



**Figura 3** - Colite de Crohn ou Colite Granulomatosa. **Fonte:** CREUZ, Cesar Paulo. Doença de Chron. Rio de Janeiro: Hospital Geral de Jacarepaguá.

**Doença perianal:** incontinência fecal, formação de estenoses, fístulas e abscessos.



**Figura 4** - Doença de Crohn perianal. **Fonte:** CREUZ, Cesar Paulo. Doença de Chron. Rio de Janeiro: Hospital Geral de Jacarepaguá.

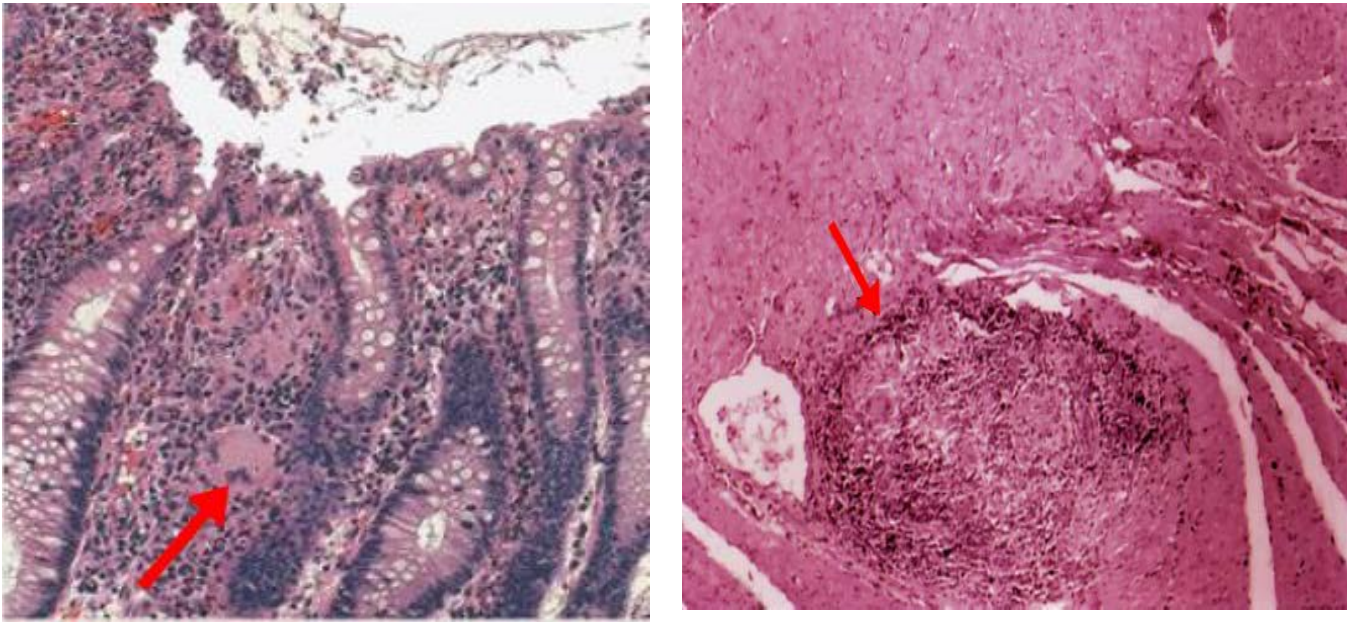
#### 4.1.2 DIAGNÓSTICO

Gomes, Santos e Ferreira (2010), mencionam que a sintomatologia por si só não permite estabelecer um diagnóstico definitivo de DC, mas existem atualmente outros meios complementares de diagnóstico para além da clínica, que ajudam a fazer o diagnóstico diferencial. Relativamente ao diagnóstico da DC, trabalhos recentes têm demonstrado uma forte associação entre determinados anticorpos e a doença inflamatória intestinal. Também os métodos radiológicos de imagem têm desempenhado um papel importante.



**Figura 5** - Raio-X Trânsito Intestinal. **Fonte:** CREUZ, Cesar Paulo. Doença de Chron. Rio de Janeiro: Hospital Geral de Jacarepaguá.

De acordo com o autor op.cit (2010) a sua utilização permite não só confirmar o diagnóstico, como avaliar a extensão, a gravidade da doença e complicações. Assim, o diagnóstico é feito numa primeira fase pela história, exame físico e testes laboratoriais e é depois confirmado e determinada a localização através de exames radiológicos (como raio-x trânsito intestinal, tomografia, ressonância) e exames endoscópicos (como colonoscopia, endoscopia alta, biópsia).



**Figura 6** - Anatomopatologia (biopsia) - Granulomas não-caseoso. **Fonte:** CREUZ, Cesar Paulo. Doença de Chron. Rio de Janeiro: Hospital Geral de Jacarepaguá.



**Figura 7** - Tomografia computadorizada de abdome. **Fonte:** CREUZ, Cesar Paulo. Doença de Chron. Rio de Janeiro: Hospital Geral de Jacarepaguá.

Ribeiro (2009) menciona que por ser uma doença crônica, desenvolve-se com períodos em que a doença é ativa e causa sintomatologia, seguida por períodos de remissão. Para a melhoria da qualidade de vida, vários tipos de terapêuticas têm sido utilizados tais como: aminossalicilatos, glicocorticoides, antibióticos, imunossuppressores, terapêuticas biológicas e cirurgia.

O crescente conhecimento sobre a patogênese da DC tem sido importante para a pesquisa de novos tratamentos, podendo no futuro não só melhorar as recidivas, mas fundamentalmente tratá-las (RIBEIRO, 2009).

## 5. TRATAMENTO

Segundo Portela (2007), o tratamento da DC vai depender do grau de severidade e da atividade da doença. Sendo uma doença crônica, os medicamentos disponíveis atualmente reduzem a inflamação e habitualmente controlam os sintomas, mas não curam. Não existe uma classificação simples ou escala de severidade facilmente transponível para a prática clínica. São avaliados diversos parâmetros em relação a cada doente antes do início do tratamento, nomeadamente os segmentos intestinais envolvidos, complicações que tenham surgido (estenoses, fístulas, massas inflamatórias), sequelas metabólicas e eventuais manifestações extras intestinais.

Portela (2007) ainda realça que a importância de se considerar as respostas aos tratamentos anteriores e de discutir as decisões numa “perspectiva médico-cirúrgica e com o máximo envolvimento possível do paciente”, visando não apenas controlar a crise como também manter a doença em remissão á longo prazo.

Magro (2007) menciona que em termos gerais, os fármacos mais usados para controlar esta doença são os aminossalicilatos, os corticoides, antibióticos, os imunossupressores e as terapêuticas biológicas. No entanto, ainda há casos que não respondem totalmente a estas terapêuticas. Os salicilatos, o budenosido e os antibióticos são os fármacos mais usados como primeira linha na DC com atividade ligeira, enquanto os imunossupressores, infliximab e corticoides sistêmicos estão reservados para os casos de atividade moderada a grave.

Portela (2007) identifica ainda outra linha de investigação, centrada no uso de probióticos, sobretudo no tratamento de manutenção, sobre o qual o autor assume existirem ainda muitas dúvidas acerca da sua eficácia terapêutica. Uma alternativa válida para a resolução de complicações agudas ou o alívio dos sintomas na DC é o tratamento cirúrgico.

Segundo Hancock, Windsor e Mortensen (2006) o tratamento cirúrgico ocorre em 70 a 80% dos doentes, pelo menos uma vez ao longo da vida. A indicação para cirurgia, na maioria dos casos, são os sintomas obstrutivos, sendo a dor refratária, a hemorragia e a perfuração menos frequentes.

Hancock, Windsor e Mortensen (2006) mencionam que o tipo de tratamento vai depender do local afetado pela doença e das patologias/

complicações associadas como mariscas, fissuras, abscesso, fístula, estenose anal, incontinência fecal.

Duarte (2007) considera ainda que “para obter bons e duradouros resultados no tratamento” da DC é necessária uma “estreita colaboração entre gastroenterologista e cirurgião colorretal”.

Segundo Anderi, Laranjeira e Pessotti (2001), embora o tratamento cirúrgico seja indicado na correção de complicações agudas ou crônicas e alívio de sintomas não controlados pelos diferentes esquemas de tratamento clínico a seguir, a sua decisão não é fácil de ser tomada. A ressecção do segmento comprometido não garante ao doente a cura do processo patológico, pelo contrário, as recidivas são frequentes no intestino remanescente em áreas consideradas previamente sadias. O tratamento cirúrgico deve ser objetivo e com a menor ressecção possível. A ressecção ainda é uma das intervenções cirúrgicas mais utilizadas, acompanhadas de anastomoses primárias ou ostomias.

## **5.1 AMINOSSALICILATOS**

Kozuck e Stephen (2008), os aminossalicilatos (sulfassalazina, messalazina) são fármacos usados há longa data na indução da remissão e manutenção da DC ligeira. Estes fármacos têm múltiplos efeitos anti-inflamatórios, incluindo a inibição da ciclooxigenase, lipoxigenase, células B e citocinas inflamatórias. Os agentes 5-ASA ativam o PPAR $\gamma$  que inibe a ativação do NF- $\kappa$ B e o consequente desenvolvimento de respostas inflamatórias.

No entanto para Magro (2007), a sua eficácia tem vindo a ser questionada, principalmente a messalazina, uma dos fármacos mais usados na terapêutica da DC. Isto coloca em dúvida se realmente vale a pena utilizar este agente. Mas o facto é que nos diversos estudos efetuados, a percentagem de respostas à messalazina foi superior ao grupo placebo, o que significa que poderá haver um benefício que, embora pequeno, poderá ser importante nestes doentes.

### **5.1.1 GLUCOCORTICÓIDES**

Para Lichtenstein et al (2006), os corticoides tópicos ou sistémicos são potentes agentes usados no tratamento de várias formas de DC. Ligando-se a

receptores intracitoplasmáticos em vários tipos de células (leucócitos e células endoteliais), os corticoides podem atravessar a membrana nuclear e interagir com sequências de nucleotídeos, reduzindo a produção de ácido araquidônico, de leucotrienos, prostaglandinas e citocinas inflamatórias, assim como inibir o NF-κB. Além disso, diminuem o recrutamento e proliferação de linfócitos, monócitos e macrófagos e a migração dos neutrófilos para os locais de inflamação.

Lichtenstein et al (2006), relativamente à sua utilização na DC, a Associação de Gastrenterologia Americana faz as seguintes recomendações:

- **Doença leve a moderada:** o budenosido (corticoide sintético com ação tópica, com pouca biodisponibilidade e reduzida toxicidade sistêmica) está indicado no tratamento da doença com localização no íleon ou no cólon direito;
- **Doença moderada a severa:** corticoides sistêmicos, tais como a prednisona, são a terapêutica de primeira linha. No entanto, o budenosido constitui uma razoável alternativa terapêutica de primeira linha em doentes com DC ativa com atividade moderada com localização ileal ou ileo-cólica, o que evita os efeitos secundários dos corticoides sistêmicos.
- **Doença severa e fulminante:** hospitalização para administração de corticoides parenterais está indicada quando há falha na resposta aos corticoides orais ou em doentes com DC severa.
- **Na terapêutica de manutenção:** os corticoides convencionais não são eficazes, mas o budenosido poderá ser utilizado como manutenção em curto prazo (3 meses) na DC ileocecal leve a moderada.

De notar que, á curto prazo e no contexto de DC ativa moderada a grave, os corticoides juntamente com o infliximab são os agentes terapêuticos mais eficazes. A indução da remissão clínica com os corticoides oscila entre 46-92% (RIBEIRO, 2009).

Ribeiro (2009) afirma que, no entanto, o benefício terapêutico destes fármacos é contrabalançado pelos seus efeitos secundários - hiperglicemia, cataratas sub-capsulares, acumulação de fluidos, estrias abdominais. Uma vez alcançada à remissão clínica, a dose dos corticoides deverá ser diminuída gradualmente. Cerca de 80% dos doentes tratados com corticoides tornam-se

dependentes ou é refratária a esta terapêutica, pelo que se devem considerar tratamentos alternativos tais como imunossuppressores (AZA ou 6-MP) ou infliximab.

### **5.1.2 ANTIBIÓTICOS**

De acordo com Magro (2007), tendo em conta que a evidência do papel das bactérias na patogênese da DC tem aumentado, os antibióticos poderão ser considerados possíveis terapêuticas. Dois antibióticos têm sido estudados no sentido de determinar a sua eficácia como tratamento de indução da remissão e na manutenção da DC: o metronidazol e a ciprofloxacina.

Magro (2007) afirma ainda que estes dois fármacos atuam nos microorganismos gram-negativos e têm uma ação imunomoduladora que ainda não está bem esclarecida. Não há, contudo, evidência que nos permita a sua utilização como terapêutica de primeira linha na DC com atividade ligeira. No entanto, o metronidazol poderá ter um papel importante na doença localizada no cólon, têm, sobretudo um importante papel na terapêutica das complicações sépticas, no sobrecrecimento bacteriano e na doença perianal, nomeadamente as fístulas. Estes antibióticos não são usados como terapêutica de manutenção.

### **5.1.3 IMUNOSSUPRESSORES**

Liechtenstein et al (2006) mencionam que vários imunossuppressores têm sido usados no tratamento da DC com atividade moderada a grave: a AZA, a 6-MP e o MTX. A 6-MP e a AZA (convertida em 6-MP) são dois imunossuppressores membros da classe das tiopurinas, com início de ação lento (cerca de 3 meses) e eficácia demonstrada no tratamento da DC.

Kozuck e Stephen (2008), estes agentes interferem com a síntese de ácidos nucleicos, têm efeitos anti-proliferativos nos linfócitos ativados e induzem a apoptose destas células.

Liechtenstein et al (2006) para além de induzirem a remissão e poderem ser utilizados como terapêutica de manutenção da DC moderada a severa, permite a poupança de corticoides em doentes corticodependentes. São moderadamente eficazes na diminuição da recorrência pós-operatória.



Liechtenstein et al (2006), alguns estudos referem alguma eficácia no tratamento e cura das fístulas perianais e entéricas. As tiopurinas induzem a remissão clínica em 60% dos doentes e a sua manutenção em mais de 50% dos casos, aos 5 anos.

Magro (2007) menciona que ainda existe alguma controvérsia no que diz respeito ao tempo de duração em que as tiopurinas podem ser utilizadas na DC em remissão prolongada. Há autores que questionam o seu uso prolongado, mas há estudos que demonstram que, em doentes tratados com AZA pelo menos durante 42 meses, a taxa de recidiva naqueles que suspenderam o tratamento é o triplo daqueles que mantiveram o esquema terapêutico.

Fauci et al (2008), a AZA e a 6-MP apresentam um conjunto de efeitos secundários que podem ser dose-dependentes (tipo A) – associados à produção de metabolitos potencialmente tóxicos: mal-estar, náuseas, complicações infecciosas, hepatite e mielossupressão e dose independentes (tipo B) – febre, rash e artralguas. A pancreatite ocorre em 3-4% dos doentes e é uma reação idiossincrática. A utilização destes agentes poderá estar associada a um aumento de cerca de quatro vezes de desenvolver linfoma, em comparação com a população em geral, o que poderá ser explicado pela leucopenia prolongada.

Kuhbacher e Folsch (2007), antes do início da terapêutica recomenda-se a genotipagem da tiopurina metiltransferase (embora não acessível em Portugal), uma vez que a deficiência homozigótica desta enzima potencia os efeitos adversos da 6-MP e da AZA. Além disso, deve ser feita uma monitorização periódica do hemograma e das enzimas hepáticas todas as semanas durante o primeiro mês e depois mensalmente.

Kozuck e Stephen (2008), o MTX é um análogo do folato e um inibidor da diidrofolato redutase, resultando numa diminuição da síntese do ADN. Além disso, tem propriedades anti-inflamatórias, incluindo a diminuição de citocinas e apoptose dos linfócitos ativados.

Segundo Lichtenstein (2006), é uma alternativa às tiopurinas no tratamento da DC corticorresistente ou corticodependente. Tem uma ação mais rápida que as tiopurinas e é eficaz na indução da remissão da DC moderada a severa e poupança de corticoides. Também pode ser usada como terapêutica de manutenção. O MTX é relativamente bem tolerado, embora com potenciais

toxicidades: leucopenia e fibrose hepática, pelo que, também aqui, se recomenda uma avaliação periódica do hemograma e função hepática.

#### **5.1.4 PROBIÓTICOS E PREBIÓTICOS**

Magro (2007) relata que considerando que um dos fatores que contribui para o desenvolvimento da DC é uma alteração da microflora intestinal, com diminuição da biodiversidade e aumento dos microorganismos patogênicos, é lógico pensar que a utilização dos probióticos poderá ser eficaz. Os probióticos são suplementos orais de microorganismos vivos que modificam o ecossistema do hospedeiro e são benéficos para o mesmo.

Sartor (2008), a lista de microorganismos inclui: *Lactobacillus*, *Bifidobacterium*, espécies não patogênicas de *E.coli*, *Clostridium Butyricum*, *Streptococcus salivarius* e *Saccharomyces boulardii*. Estes microorganismos têm uma série de benefícios:

- Inibem a proliferação de bactérias patogênicas – diminuem o pH luminal, aumentam a secreção de bacteriocinas, bloqueiam a adesão das bactérias ao epitélio intestinal.
- Melhoram a função da barreira epitelial – aumentam a produção de ácidos gordos de cadeia curta e de muco.
- Estimula a imunidade inata, a produção de defensinas e modulam a inflamação induzida pelos agentes patogênicos via TLR.
- Induzem a produção de IL-10 e TGF- $\beta$  e diminuem a de TNF- $\alpha$ .
- Limitam a migração de células Th1 para locais de inflamação; modulam a percepção da dor.

#### **5.1.5 TERAPÊUTICAS BIOLÓGICAS**

Segundo Torres (2008) a compreensão do importante papel das citocinas na patogênese da DC, juntamente com as novas tecnologias dos anticorpos monoclonais, tornou possível o desenvolvimento de um novo grupo de fármacos conhecidos como agentes biológicos. São anticorpos monoclonais que bloqueiam seletivamente as moléculas implicadas no processo inflamatório.

Magro (2007) menciona que desde 1997, data em que o infliximab se tornou disponível no mercado, que o uso generalizado destes agentes nos últimos anos ofereceu uma solução clínica importante a doentes anteriormente

considerados intratáveis. Apesar de existirem várias moléculas em fase de investigação, o infliximab é o único disponível no mercado.

Fauci et al (2008) mencionam que o infliximab é um anticorpo monoclonal quimérico (um componente humano e outro animal) IgG1 com elevada especificidade e afinidade para o TNF- $\alpha$ , uma citocina chave na patogênese da DC. Bloqueia o TNF- $\alpha$  no soro e na superfície das células e provoca a lise dos macrófagos produtores de TNF- $\alpha$  e células T através da fixação do complemento e citotoxicidade dependente de anticorpos.

Magro (2007) relata que é usado no tratamento de indução e manutenção da remissão clínica em doentes com DC moderada a grave, com resposta inadequada à terapêutica convencional (corticoides e imunossupressores) assim como na DC fistulizantes. Vários estudos Doença de Crohn: Etiologia, Patogênese e suas Implicações na Terapêutica demonstraram a eficácia do infliximab na indução da remissão em doentes com DC ativa. Na terapêutica de indução da remissão, a dose de infliximab recomendada é de 5mg/Kg endovenoso, às 0, 2 e 6 semanas.

Ainda de acordo com o autor op.cit (2007) em 2002, num ensaio multicêntrico alargado, ficou comprovada a superioridade do infliximab relativamente ao placebo, na obtenção da remissão clínica às 30 semanas, assim como na manutenção da resposta. Também se verificou que os seus benefícios se mantêm á longo prazo nos doentes medicados com o regime de manutenção.

Kozuck e Stephen (2008) relatam que a terapêutica de manutenção com periodicidade regular (oito em oito semanas) quando comparada com a episódica tem resultados superiores na manutenção da remissão clínica, na melhoria da ulceração da mucosa (embora a correlação entre as respostas clínicas e endoscópicas fosse fraca), menor formação de anticorpos e menor número de hospitalizações e atos cirúrgicos. Por isso, atualmente o regime de manutenção periódico é o mais utilizado.

Kuhbacher e Folsch (2007) expõem que devido à imunogenicidade, o infliximab pode originar a formação de anticorpos anti-quiméricos humanos em 30 a 75% dos doentes, o que está associado com um maior risco de reações de infusão, diminuição da concentração do fármaco e, portanto, com uma menor

resposta ao tratamento. A reação de infusão pode ocorrer como uma reação alérgica e/ou anafilática ou reação de hipersensibilidade.

Kozuck e Stephen (2008) mencionam que este tipo de reação pode diminuir com uma dose tripla de infusão seguida por uma terapêutica de manutenção, administração adicional de imunossuppressores e glucocorticóides e pré-tratamento com hidrocortisona. No entanto, o papel concomitante com os imunomoduladores ainda não está totalmente definido: não foi comprovado que a referida associação confira benefício á longo prazo à terapêutica de manutenção programada com infliximab.

Magro (2007) afirma que além das reações de infusão destacam-se outros efeitos secundários que incluem: desenvolvimento de infecções, lúpus induzido por fármacos, linfoma não Hodgkin, pneumonia, doença desmielinizante, tuberculose, histoplasmore, insuficiência cardíaca, aspergilose e listeriose. Antes de se aplicar o tratamento com infliximab, para evitar o ressurgimento de uma tuberculose latente, deve investigar-se a sua existência mediante um RX do tórax e teste da tuberculina (64). Note-se que o TNF- $\alpha$  é essencial na defesa contra as infecções causadas pelas micobactérias.

A utilização de infliximab está contra-indicada na presença de uma infecção clinicamente ativa, insuficiência cardíaca congestiva (grau III/IV) e doença desmielinizante (MAGRO, 2007).

Para Magro (2007) relativamente à posição do infliximab na DC, existem autores que consideram que não deva ser usado apenas em doentes com resposta inadequada à terapêutica convencional, uma vez que foi demonstrada que, o tratamento precoce de infliximab e AZA quando comparado com corticoides e AZA, origina maiores taxas de remissão às 26 semanas, melhor cicatrização da mucosa e reduz a necessidade de corticoterapia.

No entanto, ainda existem dúvidas se estes agentes poderão ser utilizados precocemente, com o objetivo de obter um melhor controlo á longo prazo. Por isso, o infliximab ainda não está recomendado como agente de primeira linha no tratamento da DC moderada a grave (MAGRO, 2007).

Outro dado que permanece por esclarecer diz respeito à utilização do infliximab como “ponte” na transição da corticoterapia para os

imunomoduladores. Estudos referem que a combinação do infliximab com AZA é mais eficaz que a utilização isolada de AZA, em doentes corticodependentes, na indução da remissão, livre de corticoides. Doença de Crohn: Etiologia, Patogênese e suas Implicações na Terapêutica (TORRES, 2008).

### **5.1.6 TERAPÊUTICAS NUTRICIONAIS**

Torres (2008) afirma que as terapêuticas nutricionais podem ter um importante valor se se provarem eficazes e sem efeitos secundários, uma vez que os nutrientes fazendo parte da constituição da membrana celular podem mediar à expressão de proteínas envolvidas na resposta imunitária, como as citocinas ou moléculas de adesão.

Magro (2007) menciona que embora não existam recomendações específicas que nos permitam concluir que, a adesão a uma determinada dieta diminua o risco de reativação da doença, existem, contudo, estudos que consideram que a utilização de nutrientes específicos poderá ser benéfica. É o caso dos ácidos-gordos insaturados e das fibras.

Segundo Calder (2001), os lípidos da dieta são os substratos nutricionais mais ativos no que diz respeito à modulação da resposta imunitária. Os ácidos gordos n-6 (ácido araquidônico) são os precursores das prostaglandinas e leucotrienos, com um importante papel na inflamação.

Dieta rica em os ácidos gordos n-3 (ácido eicosapentaenoico), frequentemente encontrados nos óleos de peixe, resulta numa substituição parcial do ácido araquidônico nas membranas celulares e na consequente diminuição de fatores inflamatórios (CALDER, 2001).

Para Calder (2001) estes ácidos gordos têm, portanto, a capacidade de diminuir a produção de citocinas pró-inflamatórias pelos macrófagos, eicosanóides inflamatórios e moléculas de adesão e de reduzirem a quimiotaxia de monócitos e macrófagos. Diversos estudos realçam o efeito imunomodulador e anti-inflamatório dos ácidos gordos n-3.

Torres (2008) relata que vários trabalhos demonstram que as fibras da dieta têm um efeito anti-inflamatório, o que suporta o seu potencial papel no tratamento da DC. O seu efeito terapêutico está associado com o aumento da

produção dos ácidos gordos de cadeia curta (acetato, butirato e propionato) e sua utilização pelas CEI.

Estes são produzidos pelas bactérias anaeróbias a partir de carboidratos não digeridos e constituem a principal fonte de energia dos enterócitos. A oxidação do butirato é utilizada na produção de ATP, o que acelera a reparação intestinal, a manutenção da integridade da mucosa e a diminuição da resposta inflamatória. Além disso, estes ácidos gordos inibem a expressão do NF-κB e consequente produção e libertação de citocinas pró-inflamatórias, bem como das espécies reativas de oxigênio e os metabolitos de nitrogênio (TORRES, 2000).

## **6. IMPACTO DA OSTOMIA NA PESSOA COM DC**

Segundo Gomes, Santos e Ferreira (2010), a pessoa ostomizada é aquela que foi submetida a uma cirurgia de ostomia, provisória ou definitiva, cirurgia essa que consiste numa abertura da parede abdominal e de um segmento intestinal, com a finalidade de desviar o trânsito fecal para o exterior, sendo a DC uma das causas. A palavra estoma tem sempre um impacto sobre a pessoa e família, podendo afirmar-se como um acontecimento chocante, capaz de geral abalo moral, mesmo que seja uma palavra terapêutica, capaz de gerar também uma melhor condição de saúde no doente de Crohn.

Para Simões (2002) a realização de uma ostomia, independentemente da sua função e temporalidade, é sempre sentida como uma agressão violenta à identidade do indivíduo, à sua auto-estima e à sua imagem corporal, sendo difícil atingir a adaptação plena. Um acompanhamento personalizado, que permita responder às necessidades do doente poderá ser a chave para o desenvolvimento de uma vida o mais normal possível, sem estigmas nem marginalizações.

Bechara (2005) afirma que a primeira etapa do processo de reabilitação do doente ostomizado deve ser a própria aceitação do estoma, entendendo que este foi realizado para melhorar a sua qualidade de vida e não o inverso.

Gomes, Santos e Ferreira (2010) relata que a assistência à pessoa ostomizada com DC não depende apenas do ensino sobre cuidados de higiene e substituição do material necessário, mas também de uma abordagem

multidisciplinar que inclua a participação do enfermeiro estomaterapeuta, assistente social, psicólogo e médico assistente.

Segundo Bechara (2005) As visitas pré-operatórias devem ter como objetivo não só a identificação clara do local do estoma, mas também a preparação do doente e sua família, procurando minimizar o impacto da “mutilação cirúrgica”. As visitas pós-operatórias visam, por outro lado, o ensino do autocuidado e o encaminhamento do doente e família, mediante os problemas e ansiedades que apresenta. A reintegração social do ostomizado parece também ser facilitada quando este integra programas ou associações de ostomizados.

Bechara (2005) e Barnabe e Dell’Acqua (2008), identificam várias vantagens destas associações no seu estudo: convivência com pares, melhor aceitação da sua nova imagem corporal e melhor compreensão da sua situação de saúde, acesso a suporte técnico e estímulo ao auto-cuidado.

“Compete aos enfermeiros incluir nas suas ações de enfermagem um ensino que permita à pessoa com ostomia (transitória ou definitiva) retomar a sua vida quotidiana, nomeadamente os aspectos sociais, profissionais e pessoais, mas também os aspectos técnicos, de forma a minimizar o impacto da ostomia no próprio indivíduo e nas relações com os outros” (*grifo nosso*).

Barnabe e Dell’Acqua (2008) referem que a experiência da pessoa ostomizada vai-se transformando ao longo do tempo e, dependendo da evolução da sua doença e das possibilidades de adaptação encontradas, a pessoa desenvolve estratégias para lidar com os problemas ou modificações quotidianas ocorridas em função da ostomia. Para isso, a pessoa precisa de tempo e espaço pessoal para refletir e se adaptar à sua condição provisória ou temporária de ostomizado.

*“Para efetuar um cuidado voltado para atender às necessidades das pessoas com ostomia, é essencial ir além do conhecimento sobre as alterações físicas e psíquicas e compreender as experiências construídas por essas pessoas no processo de viver com a DC e ter uma ostomia” (grifo nosso).*

Para Martins et al (2006) relata que não é o profissional de saúde que determina o que deve ser feito, mas é na partilha de conhecimentos que ambos têm sobre a condição crônica que poderão ser traçados caminhos que favoreçam um viver saudável e de melhor qualidade para as pessoas com doença crônica.

## 7. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Almeida (2013) relata que os pacientes que são submetidos a uma ostomia adquirem uma série de problemas sejam eles físicos, psicológicos, sociais ou espirituais, representando assim pacientes que necessitam de extrema atenção dos profissionais da saúde que estão lhes prestando cuidados, compreendendo desde o pré-operatório até o momento da alta hospitalar, onde a enfermagem entra com um papel relevante de prestador de cuidados voltados ao ser visualizado em sua integralidade.

De acordo com a Associação Brasileira de Ostomizados (2003) o número de ostomizados no Brasil ultrapassa os 50 mil, representando uma população de pacientes que merece um cuidado humanizado e sistemático de dimensão biopsicossocial, voltado a amenizar os impactos que um estoma pode provocar na vida do indivíduo que o possui. A enfermagem tem um papel de extrema relevância na promoção da qualidade de vida a qual tanto se busca para o paciente ostomizado.

“A sistematização da assistência de enfermagem é um instrumento científico utilizado para que o cuidado prestado aos indivíduos seja realizado de maneira sistemática. Sabe-se que o processo de enfermagem necessita de pelo menos 3 etapas para que seja implementado. Neste estudo, sugere-se 4 etapas de avaliação: histórico de enfermagem, prescrição de enfermagem, evolução do paciente, plano de alta/prognóstico de enfermagem” (*grifo nosso*).

Quando observada como interlocutora de um cuidado humanizado ao paciente com ostomia, a enfermagem atua eficazmente no sentido de reinserção do indivíduo no seu meio social encaminhando-o e orientando-o quando na alta hospitalar a inserir-se em redes de apoio a pacientes ostomizados, ambiente no qual eles poderão conhecer as dificuldades que possam vir a enfrentar e até aprender, a partir das vivências da coletividade, a superar os obstáculos que possam estar passando (*grifo nosso*).

Buscando desenvolver uma assistência de enfermagem voltada para a assistência domiciliar que exijam cuidados que superem aqueles que possam ser oferecidos pela Atenção Primária.



O histórico sugerido como modelo, não é extenso, portanto não se torna cansativo para o paciente e nem desestimulante para o enfermeiro. Foi elaborado visando o levantamento de problemas peculiares ao paciente ostomizado, de modo que pudesse ser aplicado pelo enfermeiro durante o período domiciliar (ANEXO 1).

Na sequência do histórico, introduziu-se o exame físico do paciente, na tentativa de conhecer o paciente como um todo e identificar os problemas e as necessidades humanas básicas afetadas. Esses problemas serão identificados na evolução do paciente e prescrita nas ações globais de enfermagem, as quais serão resolvidas observando-se as prioridades.

As prescrições de enfermagem são realizadas depois dos problemas levantados, com a evolução de enfermagem, nas visitas ao paciente, constando de horário para a realização das ações de enfermagem e as observações. Nesta, são registrados os sinais vitais, as intercorrências e as providências tomadas a cada visita domiciliar. A evolução é caracterizada pelas mudanças que surgem no paciente e como análise das respostas dele, relativa à assistência de enfermagem prestada.

Acredita-se que para a realização da evolução de enfermagem e prescrição de enfermagem o tempo médio dispendido seja de 30 minutos aproximadamente.

Ressaltamos também que a equipe de enfermagem deve orientar os pacientes e familiares, para assegurar a importância da continuidade do tratamento em domicílio, ou seja, para que os mesmos possam seguir as orientações com relação à dieta, repouso e/ou exercício, medicamentos, ainda como parte do tratamento.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A DC é uma doença inflamatória crônica progressiva, cuja incidência tem vindo a aumentar em todo o mundo. Apesar da etiologia e patogênese permanecerem desconhecidas, grandes avanços foram feitos e hoje sabe-se que, muito provavelmente, esta é uma doença multifatorial que resulta da interação da genética e ambiente com os microorganismos, sistema imunitário e epitélio intestinal.

Em indivíduos geneticamente predispostos, uma lesão da mucosa intestinal desencadeada, por exemplo, por fatores ambientais, origina rapidamente uma inflamação crônica e uma ativação contínua e excessiva das respostas imunitárias efetoras, porque há uma incapacidade para remover as bactérias e reparar os defeitos epiteliais.

A doença de Crohn pode ser considerada como uma das doenças do “mundo moderno”, de alta morbidade e, mas preocupante mortalidade, desafiando profissionais da área de saúde e pesquisadores em todo o mundo. O aumento da incidência da DC incrementou as pesquisas no sentido de obter um

melhor controle da doença e de suas complicações, já que sua causa e cura continuam desconhecidas. Durante a pesquisa foram encontrados somente 10 (dez) artigos na Scientific Electronic Library Online (SCIELO), onde foi possível observar que a maioria dos artigos são realizados por médicos, ou seja, entre enfermeiros essa doença é muito pouco difundida.

A par desta situação, esperamos que este estudo possa ressaltar a importância do conhecimento da Doença de Crohn, e que o mesmo sirva para ampliar os conhecimentos dos Enfermeiros não só do Programa de Internação Domiciliar, mas também das redes de Atenção Primária visando realizar ações de promoção, prevenção de agravos, que venham fortalecer ações para cuidado humanizado aos portadores de Crohn.

## **9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ABRASO - Associação Brasileira de Ostomizados. **Declaração dos Direitos dos Ostomizados**. Rio de Janeiro: ABRASO, 2003.

ALDHOUS, M. C. et al. **Does Cigarette Smoking Influence the Phenotype of Crohn's Disease? Analysis Using the Montreal Classification**. China: The American Journal of Gastroenterology, 2007.

ALEXANDER-WILLIAMS, J. **Doença de Crohn**. In: COELHO, J. C. U. Aparelho digestivo: clínica e cirurgia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1996, p. 525-535.

ALMEIDA, C. R. P. **Humanização da Assistência de Enfermagem Aplicada ao Paciente Ostomizado**. Campina Grande: Encontro de Produção Acadêmico Científico, 2013.

ANDERI, J. R.; LARANJEIRA, M.; PESSOTTI, J. R. **Doença de Crohn na infância: relato de caso**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Coloproctologia, 2001, vol. 21, n.2, p. 92-95.

ARNOTT, I. D. R, SATSANGI, J. **Disease behaviour in Crohn's disease is dynamic and not stable over time**. China: World J Gastroenterol, 2003, vol.52, p.61-460.

BARBIERI, D. **Doenças inflamatórias intestinais**. Jornal de Pediatria, 2000, v. 76, n. 2, p. 173-180.

BARNABE, N. C.; DELL'ACQUA, M. C. Q. **Estratégias de enfrentamento (coping) de pessoas ostomizadas**. Ribeirão Preto: Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2008, vol.16, n.4, p. 712-719.

BECHARA, N. B. et al. **Abordagem multidisciplinar do ostomizado**. Revista Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Coloproctologia, 2005, vol. 25, n.2, p. 146-149.

CALDER, P. C. **Polyunsaturated fatty acids, inflammation, and immunity**. Estados Unidos: Lipids, 2001, vol.36, n.9, p.24-1007.

CAMPOS, Oliveira Maryane et al. **Impacto dos fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis na Qualidade de Vida**. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2000, p. 229.

CREUZ, Cesar Paulo. **Doença de Chron**. Rio de Janeiro: Hospital Geral de Jacarepaguá. Disponível em: <http://www.sms.rio.rj.gov.br>. Acesso em 28 de Março de 2014.

DUARTE, A. **Tratamento cirúrgico**. São Paulo: Elsevier. 2007, vol. 14, n.2, p. 89-90.

FAUCI, A. S. et al. **Harrison's principles of internal medicine**. 17<sup>a</sup> ed. New York: McGraw Hill, 2008.

GABURRI, P. D. et al. **Epidemiologia, aspectos clínicos e evolutivos da doença de Crohn: um estudo de 60 casos**. São Paulo: Arquivos de Gastroenterologias, 1998, v. 35, n. 4, p. 240-246.

GOMES, G. C.; SANTOS, P. M. F.; FERREIRA, S. L. V. **Vivências de Pessoas Ostomizadas com Doença de Crohn**. Coimbra: Revista Referência, 2010, vol.2, n.12, p. 19-34.

HANCOCK, L.; WINDSOR, A. C.; MORTENSEN, N. J. **Inflammatory bowel disease: the view of the surgeon**. Canada: Colorectal Disease, 2006, vol.8, n.1, p. 10-14.

KOZUCK, P. L.; STEPHEN, B. H. **Treatment of inflammatory bowel disease: A review of medical therapy**. China: World J Gastroenterol, 2008, vol. 21, n.14, p. 77-354.

KUGATHASAN, S. et al. **Epidemiologic and clinical characteristics of children with newly diagnosed inflammatory bowel disease in Wisconsin: a statewide population-based study**. Estados Unidos: Journal of Pediatrics, 2003, v. 143, p. 525-531.

KUHBACHER, T.; FOLSCH, U. R. **Practical guidelines for the treatment of inflammatory bowel disease**. China: World Journal of Gastroenterol, 2007.

LICHTENSTEIN.; G. R. Et al. W. **American Gastroenterological Association Institute Medical Position Statement on Corticosteroids, Immunomodulators, and Infliximab in Inflammatory Bowel Disease**. Bethesda: Gastroenterol, 2006, p.39-935.

LINO M. M. et al. **Perfil da produção científica e tecnológica de grupos de pesquisa de ensino de enfermagem no sul do Brasil.** Ribeirão Preto: Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2010, vol.18, n.3, p.9-452.

MAGALHÃES, A. F. N. **Doença de Crohn.** In: DANI, R; CASTRO, L. P. *Gastroenterologia clínica.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. p. 765-777.

MAGRO, F. **Reflexões sobre a etiopatogenia.** Portugal: *Jornal Português de Gastroenterologia*, vol. 14, n.2, 2007, p. 78-80.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2001, p. 270.

MARTINS, M. L. et al. **Pessoas ostomizadas: a construção de seu itinerário terapêutico.** São Paulo: *Revista Nursing*, 2006, vol. 99, n. 8, p. 953-957.

NETTO, M. B. **Doença de Crohn.** In: PORTO, J. A. F. *Clínica das doenças intestinais.* Rio de Janeiro: Atheneu, 1976, p.122-145.

PODOLSKY, D. K, XAVIER, R. J. **Unravelling the pathogenesis of inflammatory bowel disease.** China: *The American Journal of Gastroenterology*, 2007, p.34-427.

PORTELA, F. **Terapêutica médica.** Portugal: *Jornal Português de Gastroenterologia.* Vol. 14, nº 2, 2007, p. 84-88.

RIBEIRO, T. C. I. **Doença de Crohn: Etiologia, patogênese e suas Implicações na Terapêutica.** Portugal: Universidade da Beira Interior, 2009. São Paulo: *Arquivos de Gastroenterologias*, 2002, v. 39, n. 2, p. 98-105.

SARTOR, R. B. **Bacteria in Crohn Disease: mechanisms of inflammation and therapeutics implications.** China: *The American Journal of Gastroenterology*, 2007, p. 37-43.

SARTOR, R. B. **Mechanisms of Disease: pathogenesis of Crohn's disease and ulcerative colitis**. China: The American Journal of Gastroenterology, 2006, p.390-407.

SILVEIRA, R. C. et al. **Doença de Crohn em recém-nascido**. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Coloproctologia, 2008, v. 28, n. 3, p. 338-341.

SIMÕES, I. **Cuidados de enfermagem ao doente ostomizado**. Coimbra: Revista Referência, 2002, p. 75-80.

SOUZA, M. H. L. P. et al. **Evolução da ocorrência (1980-1999) da doença de Crohn e da retocolite ulcerativa idiopática e análise das suas características clínicas em um hospital universitário do sudeste do Brasil**.

TORRES, M. I. **Current view of the immunopathogenesis in inflammatory bowel disease and its implications for therapy**. China: World J Gastroenterol, 2008, vol.14, n.13, p.80-1972.

ZANETTI, Maria Lúcia. **Chronic non-communicable diseases and health technologies**. São Paulo: Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2011, vol.19, n.3, p. 449-450.

## ANEXO 1 - FORMULÁRIO

### 1 - IDENTIFICAÇÃO

Iniciais do Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ou ( ) M Idade: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Raça: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Grau de Instrução: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

### 2 - PERGUNTAS

- a) Você sabe o que é ostomia?
- b) Há quanto tempo você está ostomizado?
- c) Por que você foi ostomizado?
- d) Qual a sua sensação ao perceber que estava ostomizado?
- e) Qual a orientação dada pela equipe de enfermagem enquanto estava hospitalizado?
- f) Quais suas dúvidas e preocupações?
- g) Você acha que essa cirurgia de algum modo modificará sua vida? Em que sentido?



### 3 - PERCEPÇÕES

#### Expressões faciais:

1. Calmo ( )
2. Irritado ( )
3. Tenso ( )
4. Ansioso ( )
5. Nervoso ( )
6. Inseguro ( )
7. Desconfiado ( )
8. Preocupado ( )
9. Indiferente ( )
10. Indisposto ( )

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

#### 1 - IDENTIFICAÇÃO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário:\_\_\_\_\_

Nome:\_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ou ( ) M Idade:\_\_\_\_\_

Raça:\_\_\_\_\_ Peso:\_\_\_\_\_ Altura:\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil:\_\_\_\_\_

Escolaridade:\_\_\_\_\_ Profissão:\_\_\_\_\_

#### 2 - CIRURGIAS REALIZADAS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 3 - EXAME FÍSICO

Nível de consciência:\_\_\_\_\_

Postura física:\_\_\_\_\_

Locomoção:\_\_\_\_\_

Habitação:\_\_\_\_\_

Estado emocional: \_\_\_\_\_

Sinais Vitais: T \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Cabeça e pescoço: \_\_\_\_\_

Visão e audição: \_\_\_\_\_

Parte anterior do tórax: \_\_\_\_\_

Sondas e drenos: \_\_\_\_\_

Localização do estoma: \_\_\_\_\_

Abdômen: \_\_\_\_\_

Genitais: \_\_\_\_\_

Parte posterior do tórax: \_\_\_\_\_

Membros SS e II: \_\_\_\_\_

#### **4 – HÁBITOS**

Higiene \_\_\_\_\_

Alimentação \_\_\_\_\_

Hidratação \_\_\_\_\_

Sono e repouso \_\_\_\_\_

Recreação e lazer \_\_\_\_\_

Cutâneo mucosa \_\_\_\_\_

Sudorese \_\_\_\_\_

Integridade física \_\_\_\_\_

Vícios \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Imunizações \_\_\_\_\_

Função renal \_\_\_\_\_

Função intestinal \_\_\_\_\_

Vômitos \_\_\_\_\_

### 5 - DADOS DE INTERESSE PARA A ENFERMAGEM

- a) O que sabe sobre sua doença e tratamento?
- b) Alterações nos hábitos de vida causados pela doença?
- c) Constipação familiar e participação da família no tratamento?
- d) Recursos de saúde utilizados?
- e) Quantas vezes foi hospitalizado?
- f) Duvidas e preocupações?

### 6 - IMPRESSÕES DAS CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS DURANTE A ENTREVISTA

#### Humor

- Indiferente ( )
- Ansioso ( )
- Deprimido ( )
- Eufórico ( )
- Introvertido ( )
- Extrovertido ( )

#### Pensamento

- Desatencioso ( )
- Preocupado ( )
- Confuso ( )
- Dificuldade de compreensão ( )

#### Fala

- Inquisitivo ( )
- Reluta em responder ( )
- Mutismo ( )
- Só responde o que é solicitado ( )

#### Orientação

- Parcialmente orientado desorientado ( )

#### Comportamento

- Hipoativo ( )
- Hiperativo ( )
- Cooperativo ( )
- Tímido ( )
- Desdenhoso ( )
- Reservado ( )

#### Aparência

- Abatido ( )
- Letárgico ( )
- Indisposto ( )

**7 - INFORMAÇÕES E OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS DAS CONDIÇÕES  
GERAIS**

---

---

---

---

---

---

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Coren: