



**UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR
CURSO DE ENFERMAGEM – CAMPUS SEDE**



GIOVANNA CAZELOTTO CAMOZZATO

**PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DE PACIENTES COM DOENÇA DE
CROHN E COLITES**

**UMUARAMA
2022**

GIOVANNA CAZELOTTO CAMOZZATO

**PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DE PACIENTES COM DOENÇA DE
CROHN E COLITES**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à Banca Examinadora do Curso de Graduação em Enfermagem – Universidade Paranaense – Campus Sede, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Profa. Dra. Irineia Paulina Baretta.

UMUARAMA
2022

GIOVANNA CAZELOTTO CAMOZZATO

PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DE PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN E COLITES

Trabalho de conclusão aprovado como requisito parcial para a obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem da Universidade Paranaense – UNIPAR, pela seguinte banca examinadora:

Profa. Dra. Irineia Paulina Baretta
Universidade Paranaense - Unipar

Prof. Me. Rafael Henrique da Silva

Profa. Ma. Ana Paula Sela

Umuarama, 28 de Novembro de 2022

DEDICATÓRIA

A Deus que nos criou e foi criado nesta tarefa. Seu fôlego de vida em mim foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos. Aos meus pais, por toda paciência e apoio que prestaram ao longo desses cinco anos. Aos amigos, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período de tempo em que me dediquei a este trabalho.

Aos professores, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o meu aprendizado. Às pessoas que convivi ao longo desses anos de curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

“Você não sabe a força que tem. Até que a sua única alternativa é ser forte.”
Johnny Depp

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. MÉTODO.....	10
3. DESENVOLVIMENTO.....	10
3.1 Doenças Inflamatórias Intestinais.....	10
3.2 Doença de Chron.....	12
3.2.1 Sintomatologia.....	13
3.2.2 Tratamento.....	14
3.3 Retocolite Ulcerativa.....	14
3.3.1 Sintomatologia.....	14
3.3.2 Tratamento.....	14
3.4 Papel do Enfermeiro	16
3.5 Enfermeiro e sua Contribuição no Tratamento de Doenças Inflamatórias Intestinais	19
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXOS.....	25
Anexo A – Declaração de revisão ortográfica, gramatical.....	26
Anexo B - Declaração de versão do resumo para ao inglês.....	27

PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DE PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN E COLITES

RESUMO

A Doença de Crohn (DC) foi descrita pela primeira vez há cerca de quatrocentos anos atrás. A partir da descrição da doença de Crohn (DC), uma das principais doenças inflamatórias intestinais, juntamente com a colite ulcerativa (RUC), os sintomas manifestam-se com dores abdominais, sangramento retal, graves perdas de peso, ocorre quadro clínico de diarreia de evolução prolongada, recidivante, remittente, que pode durar anos ou décadas, além de serem fatores de risco para câncer colorretal. Tais doenças podem apresentar um impacto negativo significativo em seus portadores, afetando diretamente sua qualidade de vida relacionada à saúde. Um fator que pode contribuir em diminuir esse impacto é uma abordagem multidisciplinar colaborativa. O objetivo do presente estudo foi verificar quais são as possíveis formas de atuação de um enfermeiro frente ao tratamento de doenças intestinais e como isso influencia diretamente na qualidade de vida dos pacientes. Trata-se de uma revisão de literatura realizada a partir de busca nas bases de dados Pubmed, Google Acadêmico e SciELO, com os descritores “Doença de Crohn”, “Colites”, “Assistência de Enfermagem” e “Tratamento para Doença de Crohn e colite”. Foram incluídos artigos publicados de 2006 até 2021 em língua portuguesa e inglesa. Excluíram-se artigos incompletos e que não tratassem do tema estudado. Em doentes não cirúrgicos o tratamento se dá por manejo clínico e, apenas quando necessário, cirúrgico. O tratamento clínico, além da terapia medicamentosa e das orientações dietéticas, pode incluir reposição hidroeletrólítica, transfusão de sangue e suporte nutricional, dependendo do quadro. O tratamento cirúrgico é indicado quando ocorre complicações agudas ou crônicas e agravo de sintomas, após o tratamento medicamentoso não surgir efeito. De forma prática, através de visitas pré operatórias o enfermeiro pode contribuir para reduzir os impactos psicológicos da cirurgia nos pacientes e em suas famílias, já as visitas pós operatórias, instruem quanto aos cuidados pós cirúrgico e elucidação de dúvidas quanto a recuperação. Percebe-se que a enfermagem possui uma contribuição significativa no cuidado ao paciente com doenças inflamatórias intestinais, tanto no âmbito da saúde pública como também no cuidado hospitalar.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Colites. Doença de Crohn.

ROLE OF THE NURSE IN THE CARE OF PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE AND COLITIS

ABSTRACT

Crohn's disease (CD) was first described about four hundred years ago. From the description of Crohn's disease (CD), one of the main inflammatory bowel diseases, along with ulcerative colitis (UC), symptoms manifest if with abdominal pain, rectal bleeding, severe weight loss, there is a clinical picture of diarrhea with a prolonged course, relapsing, remitting, which can last for years or decades, in addition to being risk factors for colorectal cancer. Such diseases can have a significant negative

impact on their carriers, directly affecting their health-related quality of life. One factor that can contribute to lessening this impact is a collaborative multidisciplinary approach. The objective of the present study was to verify what are the possible ways of acting of a nurse in the treatment of intestinal diseases and how this directly influences the quality of life of patients. This is a literature review carried out from a search in Pubmed, Google Scholar and SciELO databases, with the descriptors "Crohn's Disease", "Colitis", "Nursing Care" and "Treatment for Crohn's Disease and Colitis". Articles published from 2006 to 2021 in Portuguese and English were included, and incomplete articles that did not address the topic studied were excluded. In non-surgical patients, treatment is by clinical management and, only when necessary, surgical. Clinical treatment, in addition to drug therapy and dietary guidelines, may include fluid and electrolyte replacement, blood transfusion and nutritional support, depending on the condition. Surgical treatment is indicated when there are acute or chronic complications and aggravation of symptoms, after drug treatment has no effect. In a practical way, through preoperative visits, nurses can contribute to reducing the psychological impacts of surgery on patients and their families, while post-operative visits provide instruction on post-surgical care and clarification of doubts regarding recovery. It is noticed that nursing has a significant contribution in the care of patients with inflammatory bowel diseases, both in the scope of public health and in hospital care.

Keywords: Colitis. Crohn's disease. Nursing Assistance.

1. INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são doenças crônicas do trato gastrointestinal e correspondem, principalmente, à doença de Crohn (DC) e à retocolite ulcerativa (RCU). Tratam-se de condições inflamatórias crônicas e progressivas do trato gastrointestinal, que podem levar a um dano tecidual cumulativo, com impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos afetados (PAPACOSTA, 2017; GEEDIB, 2019).

A incidência mundial de DII era de 13,30 novos casos para cada 100 mil habitantes por ano, enquanto a prevalência média era de 52,6 casos em cada 100 mil habitantes. No Brasil cerca de 55 em cada 100 mil pessoas possuem doença de Crohn ou Retocolite Ulcerativa, segundo a Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP). A entidade ainda estima que mais de cinco milhões de pessoas possuem uma das enfermidades no mundo (BRASIL, 2022).

Considerando a relevância das doenças e ausência de um consenso geral sobre a forma com a qual o enfermeiro pode contribuir para essa abordagem multidisciplinar da doença, o presente trabalho tem por objetivo buscar na literatura a elucidação dessa questão.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura realizada a partir de busca nas bases de dados Pubmed, Google Acadêmico e SciELO, com os descritores “Doença de Crohn”, “Colites” “Assistência de Enfermagem” e “Tratamento para Doença de Crohn e colite”. Foram incluídos artigos publicados de 2006 até 2021 em língua portuguesa e inglesa. Excluíram-se artigos incompletos e que não tratassem do tema estudado.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Doenças Inflamatórias intestinais

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são doenças crônicas do trato gastrointestinal e correspondem, principalmente, à doença de Crohn (DC) e à retocolite ulcerativa (RCU). Tratam-se de condições inflamatórias crônicas e progressivas do trato gastrointestinal, que podem levar a um dano tecidual cumulativo, com impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos afetados (PAPACOSTA, 2017; GEEDIB, 2019).

A Doença Inflamatória Intestinal não é um espectro nem uma dicotomia, mas sim uma coleção de várias entidades diferentes que, apesar de algumas semelhanças clínicas e patológicas ainda merecem “divisão” mais do que “aglomerar” (SACHAR; WALFISH, 2012).

Acredita-se que a etiopatogenia da doença, apesar de ainda não bem esclarecida, relaciona-se a uma resposta inflamatória inapropriada a micróbios intestinais em indivíduos geneticamente predispostos (GEEDIB, 2019).

Magro (2009) 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 intrinsecamente 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 Colite Ulcerativa, envolve apenas o reto e o cólon, geralmente se desenvolve no reto (proctite) e pode se estender de forma proximal ao cólon sigmóide e de forma descendente ao cólon (colite do lado esquerdo) ou a todo o cólon (pancolite). A abordagem terapêutica é determinada pela localização e o índice de atividade da doença (SANTOS *et al.*, 2017).

A Doença de Crohn por sua vez pode afetar o trato gastrointestinal em qualquer ponto entre a boca e o ânus. A inflamação ocorre em grande parte de forma intermitente. Pode ser classificada como inflamatória, estenótica ou penetrante (SANTOS *et al.*, 2017).

Dessa forma entendemos que a diferença principal é que, na Doença Crohn, todas as camadas estão envolvidas e pode haver segmentos de intestino saudável entre os segmentos de intestino doente, enquanto na colite ulcerativa é afetada apenas a mucosa (camada mais superficial do cólon) de modo contínuo.

Diferenciar as duas pela sintomatologia é muitas vezes um desafio para os profissionais de saúde, pois apesar das diferenças sistêmicas, introduzem quadro clínico semelhante, sendo usuais dores abdominais, diarreia, sangramento intenso, astenia, emagrecimento, febre, anemia e déficits. Nutritivo (PAPACOSTA, 2017; FRANCES; MONAHAN; SHARON, 2010).

Segundo Geedib em 2019, as DII possuem uma distribuição global heterogênea em relação a fatores socioeconômicos, sendo prevalentes em indivíduos que vivem em áreas urbanas e industrializadas de países desenvolvidos, como Europa Ocidental e América do Norte. A distribuição entre os sexos é uniforme, e o pico de início da doença se dá entre 15 e 30 anos de idade, com um segundo pico menos significativo entre os 50 e 70 anos.¹ Nos últimos anos, tem-se observado um aumento considerável na sua incidência, mas os motivos desse aumento ainda não foram identificados.

Infelizmente não existe um exame que estabeleça o diagnóstico da retocolite ulcerativa (RCU) e da doença de Crohn (DC). Para tal, a associação de dados clínicos, laboratoriais, endoscópicos, radiológicos e anatomopatológicos é

necessária (Figura 1). O correto diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais (DII) é importante pela diferenciação com doenças infecciosas e pela possibilidade de mudança da história natural das DII quando a terapêutica é instituída precocemente (GEEDIB, 2019).

3.2 Doença de Chron

A doença de Crohn é descrita como uma doença inflamatória intestinal crônica, recorrente e transversal que pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, da boca ao ânus, mas principalmente o intestino delgado e o cólon. São multifatoriais, com prevalência e incidência variando dependendo da genética, ambiente, microbiota intestinal e até mesmo um possível patógeno entérico (PAPACOSTA, 2017).

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. 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 (Gaburri *et al*, 1998).

A doença de Crohn é uma doença multifatorial, e estudos recentes mostraram que sua prevalência e incidência variam com o ambiente, estilo de vida, genética e o próprio microbioma intestinal, levando ao surgimento de um provável agente entérico (HANAUER, 2006). Esses fatores podem romper o equilíbrio entre os antígenos flutuantes e a resposta imune da mucosa intestinal, amplificando e prolongando a resposta inflamatória. (PAPACOSTA, 2017) Os fatores de risco mais associados à doença foram dieta, tabagismo, uso prolongado de AINE, infecções intestinais e uso de anticoncepcional oral. Em relação à dieta, alguns produtos alimentares podem levar à inflamação intestinal. Os mecanismos envolvidos são

efeitos antigênicos diretos, alterações na expressão gênica, regulação de mediadores inflamatórios, alterações na composição da microbiota intestinal ou mesmo alterações na permeabilidade intestinal. (HOU; ABRAHAM; EL-SERAG, 2011).

3.2.1 Sintomatologia

A partir da descrição da doença de Crohn (DC), os sintomas manifestam-se com dores abdominais, sangramento retal, graves perdas de peso, ocorre quadro clínico de diarreia de evolução prolongada, recidivante, remitente, que pode durar anos ou décadas, além de serem fatores de risco para câncer colorretal (BELÉM; ODA, 2015; ZHU; LI, 2012; BRASILEIRO FILHO, 2011).

De acordo com a Associação Americana de Gastroenterologia, muitos danos são causados pelas células imunológicas que afetam a região do tubo digestivo desde a boca até o ânus, sendo a região mais afetada a do íleo (ADRIANE; LEITE; MATHEUS, 2012).

A inflamação ocorre de forma difusa, na qual segmentos inflamados são intercalados por segmentos sadios, com a evolução da doença a superfície afetada fica com aspecto de paralelepípedo, denominado de “cobblestone” (BELÉM; ODA, 2015; MARANHÃO; VIEIRA; CAMPOS, 2015).

Ainda segundo Maranhão *et al.* (2015) “às úlceras aftóides, que ocorrem sobre placas de Peyer no intestino delgado e em agregados linfóides no cólon, evoluem de tamanho, tornando-se estreladas ou serpiginosas. ” Tais particularidades justificam o aparecimento das principais complicações da DC: estenose, fístula e perfuração.

Segundo o estudo de Vieira De Brito *et al.* (2020), ocorre associação de genes que conferem susceptibilidade a patologia com fatores endógenos ou exógenos e inicia mudanças na modulação da resposta imune. Em seguida, ocorre a amplificação dos sinais inflamatórios através da ação dos macrófagos, linfócitos e neutrófilos, o que resulta em danos teciduais.

3.2.2 Tratamento

Para tratar essa doença, utiliza-se medicamentos anti-inflamatórios e imunossupressores, que reduzem os sintomas, prolongam a remissão da doença, retardam as intervenções cirúrgicas e melhoram a qualidade de vida do paciente. Cuidados também devem ser tomados para corrigir a desnutrição e os distúrbios hidrolíticos, comuns nesses pacientes (FRANCES; MONAHAN; SHARON, 2010).

3.3 Retocolite Ulcerativa

A RCU é caracterizada por uma inflamação difusa da mucosa e limitada ao cólon. A extensão da doença pode ser dividida em: proctite (colite restrita ao reto), proctosigmoidite (resiste ao reto e ao cólon sigmóide), colite esquerda (até a flexura esplênica), colite extensa (até a flexura hepática) e a pancolite (afeta todo o cólon) (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004).

3.3.1 Sintomatologia

Os sintomas são semelhantes aos da DC, incluindo dor abdominal, quadros de diarreia acompanhados ou não de sangue e/ou muco, perda de peso, febre, náuseas e vômitos (CUNHA *et al.*, 2019).

Os sintomas podem sofrer variações de acordo com o paciente, podendo ocorrer períodos de remissão e reincidência, ou ainda pode seguir de maneira contínua (CUNHA *et al.*, 2019).

3.3.2 Tratamento

O plano terapêutico para os pacientes com RCU, deve levar em consideração o conhecimento sobre a gravidade, localização e extensão da doença, a resposta sintomática individual, a tolerância à intervenção medicamentosa, o acesso dos pacientes a opções diagnósticas e tratamento, além da evolução e duração da doença no passado (com o número de recidivas no ano presente). Tais aspectos possibilitam um tratamento mais individualizado, escolhendo-se as melhores opções em cada grupo terapêutico (WGO, 2009; DANI; PASSOS, 2011).

O tratamento da RCU se dá por manejo clínico e, quando necessário, cirúrgico (ileostomias e/ou colostomias, temporárias ou definitivas). O tratamento clínico, além da terapia medicamentosa e das orientações dietéticas, pode incluir reposição hidroeletrólítica, transfusão de sangue e suporte nutricional, dependendo do quadro (DANI; PASSOS, 2011). Segundo a Portaria SAS/MS nº 861, de 04 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, o tratamento farmacológico da RCU compreende aminossalicilatos orais e por via retal, corticoides e imunossupressores. É realizado de maneira a tratar a fase aguda e, após, manter a remissão, tendo o maior objetivo a redução da sintomatologia (BRASIL, 2002).

A primeira opção de tratamento é corticosteróides intravenosos. Mas cerca de 30 % dos pacientes não respondem a esse medicamento porque é chamado de corticosteróide. Um segundo tratamento para essas pessoas é uma medicação chamada terapia de resgate, que é um inibidor de calcineurina (ciclosporina e tacrolimus) e uma terapia anti-TNF (infiximabe).

A operação é a única forma de cura na RCU e na conjuntura de colite aguda grosso é indicada nos casos de refratariedade à cura clínica, abertura intestinal, sangramento incontrolável, aumento da dilatação colônica ou megacólon tóxico.

A preferência entre os dois principais medicamentos da terapia de resgate (ciclosporina e infiximab) no envolvimento de pacientes refratários ao corticoide é difícil. Até o momento, não existem estudos adequados comparando as duas drogas, logo, apesar das evidências disponíveis mostrarem equivalência entre ambas, o despacho é baseado no experimento dos médicos os quais acompanham o paciente.

A operação mais realizada hoje é a colectomia de Hartmann, com implante de ileostomia final, e subsequente operação reconstrutiva com criação de bolsa ileal. A vantagem dessa operação é prevenir anastomose intestinal no contexto de pacientes críticos com larga extensão inflamada. A operação reconstrutiva pode ser realizada após a recuperação da etapa aguda da doença e não está mais em tratamento de corticosteróides. Em pacientes menos graves, uma proctocolectomia com constituição de saco ílaco combinado com uma ileostomia protetora pode acontecer tentativas. No entanto, se a operação é considerada curativa na popô, eliminando o perigo de câncer colorretal e melhorando a qualidade de vida dos

pacientes, também apresenta algumas limitações e progresso da morbidade. Pacientes com bolsa ileal têm um número maior de evacuações por dia (6-9 episódios), a operação pode atrair a produtividade em meninas e a bolsa ileal pode tornar-se inflamada (pursite). Conseqüentemente, a opção entre a terapia medicamentosa de liquidação e a operação pode ser difícil, e o gastroenterologista é o médico- operador que deve questionar publicamente os riscos e benefícios de todas as opções com os pacientes (GEEDIB, 2019).

Considera ainda que “para obter bons e duradouros resultados no tratamento” da DC é importante uma “estreita colaboração entre gastroenterologista e cirurgião colorretal” (DUARTE, 2007).

Segundo Andrei Junior, Laranjeira e Pessotti Junior (2001), entretanto 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, no entanto, as recidivas são comuns 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.

3.4 Papel do Enfermeiro

O papel na enfermagem é exercido através de processos de atividades organizadas, sequenciadas, avaliadas e objetivas. O seguimento de trabalho em enfermagem é uma técnica científica planejada para reconhecer problemas, marcar necessidades básicas afetadas e caducar ou lembrar considerado à pessoa à parentela ou comunidade por meio da sistematização da assistência de enfermagem (NISHIO; FRANCO, 2011).

Nettina (2021) faz algumas considerações sobre a enfermagem atual. De acordo com a autoria do texto, a enfermagem é uma ciência e uma perícia hoje focada nas aflições baseadas em evidências e nas práticas preventivas de saúde. O paciente doente precisa ser cuidado e o objetivo do mesmo é a promoção da saúde. (NISHIO; FRANCO, 2011).

A enfermagem é uma estrutura sistemática e organizada para prestação de cuidados com variedade e eficiência. Divide-se em cinco fases: levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, realização e avaliação. Através delas, os enfermeiros solucionam problemas de saúde do paciente, então, servem para localizar a contribuição particular da enfermagem aos cuidados de saúde e esclarecer seus limites de ação perante as outras categorias profissionais (VAUGHANS, 2012).

O serviço de enfermagem requer ampliação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Tal processo é exigido pela legislação que regulamenta a profissão. A Resolução COFEN n.º 358/2009 normatiza o processo de enfermagem e define a SAE, bem quanto a realização do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorram cuidado profissional de enfermagem (COFEN, 2009).

O processo da enfermagem para ser desenvolvido, o profissional em questão deve atuar com pensamento crítico, fundamentado, rígido e dirigido a uma meta, e depois dos problemas levantados na primeira fase do processo de enfermagem (histórico) e durante a implementação da assistência. É função do enfermeiro analisar as informações de maneira abrangente, considerar várias opções e fazer modificações conforme necessário (VAUGHANS, 2012).

Para atuar de forma positiva na enfermagem, é importante reconhecer o papel da enfermagem na instituição com foco na qualidade da assistência na autonomia e na participação do enfermeiro nas atividades da área a que está alocado. Além disso, são necessários profissionais em número suficiente para atender as necessidades assistenciais, além do conhecimento de cada etapa do processo pensamento crítico e clínico, caracterização da natureza da clientela e apoio da equipe multiprofissional para atender o usuário como um todo, suas necessidades (NISHIO; FRANCO, 2011).

Com o objetivo de um cuidado seguro e eficaz, os líderes de enfermagem veem a fundamentação teórica do processo de trabalho como fundamental para orientar o ponto de vista do profissional sobre a prática de enfermagem. Com base nas conjecturas, a categoria profissional consolida a prática com o desenvolvimento dos processos de ensino-aprendizagem e promove a autonomia no cuidado. Cabe

ao enfermeiro e/ou ao estabelecimento definir quais teorias serão melhor aplicadas à sua clientela (NISHIO; FRANCO, 2011). As teorias de enfermagem permitem definir a profissão como uma disciplina científica própria, contendo elementos uniformes, como o cuidado com o paciente, o meio ambiente e a saúde (NETTINA, 2021).

A prudência na enfermagem tem o objetivo tornar a pessoa independente da assistência o mais rapidamente possível no ensino do autocuidado, proporcionando, lidando e recuperando a saúde com a colaboração de outros profissionais (NISHIO; FRANCO, 2011). A saúde é um estado de equilíbrio dinâmico mantido pelas necessidades humanas satisfeitas, com enfoque nas necessidades básicas: biológicas, sociais e espirituais. A teoria do autocuidado de Dorothea Orem visa a satisfação das necessidades da pessoa em seu próprio benefício, para a manutenção da vida e do bem-estar. No processo de enfermagem pautado nesta teoria possibilita à assistência prestada despertar na pessoa, família e comunidade a iniciativa e a responsabilidade por melhorias e manutenção da qualidade de vida. Esta teoria relaciona a educação em saúde com o autocuidado.

A equipe de enfermagem, ao realizar a assistência, deve mostrar meios para o cliente se tornar independente e capaz de manter sua qualidade de vida diária (NISHIO; FRANCO, 2011). A situação que valida a vivência de assistência de enfermagem é a identificação, no cliente, da incapacidade de manter continuamente a qualidade e a quantidade do autocuidado, de maneira que necessita de técnicas terapêuticas para a sustentação da saúde (NISHIO; FRANCO, 2011).

O desempenho do enfermeiro está obrigatoriamente voltado à promoção da saúde que vai além das medidas de prevenção para auxiliar as pessoas a cuidar da sua saúde, viver mais e se sentir melhor; promoção da saúde tornou-se uma prioridade. Efetua-se à enfermagem a função fundamental de prevenção, como na assistência pré-natal, nos programas de imunização e cuidados de saúde pública, seja em hospital, clínica ou domicílio, a promoção da saúde acontece principalmente por meio da orientação ao paciente (NETTINA, 2021).

3.5 Enfermeiro e sua Contribuição no Tratamento de Doenças Inflamatórias Intestinais

Extrema importância para aperfeiçoar a aptidão de vida dos pacientes portadores da DC a comunicação com a equipe de enfermagem, sendo assim é importante ter a percepção dos desafios que o paciente encara tanto físico, emocional e social. A prioridade da enfermagem nessa área é justamente entender o que o paciente enfrenta, sente, pensa sobre a doença e oferecer apoio a ele de forma que possa aceitar a doença da melhor forma possível, confiando na assistência prestada contribuindo para a sua melhora. (SARLO; BARRETO; DOMINGUES, 2008).

Quevedo, Sorlando e Gimenez (2019) fizeram levantamento bibliográfico sobre a doença de Crohn para saber como a enfermagem pode auxiliar para melhora do paciente, e com isto constataram que a atuação desta categoria ocorre pela promoção da qualidade de vida com orientações para autocuidado e tratamento

São ações programadas pelo enfermeiro para melhorar, manter ou acabar com um problema identificado na coleta de dados. Quanto a isto, Nettina (2021) apresenta algumas implementações referentes a doenças inflamatórias intestinais:

- Promoção do conforto através de orientações adequadas ao administrar medicações prescritas;
- Orientar medidas de cuidados com a pele ao redor do ânus para evitar ruptura;
- Conquista da melhora nutricional com orientações sobre alimentação;
- Diminuição de infecções e complicações com o uso correto das medicações prescritas e limpeza rígida após as evacuações;
- Abastecer o suporte psicológico para diminuir o medo, a ansiedade e o desânimo quando identificados;
- Incentivar o autocuidado no monitoramento dos sintomas e retorno anual ao especialista;
- Atualizar calendário vacinal.

Depois de agendar a avaliação e retorno e nesta oportunidade avalia os resultados alcançados para saber quais condutas devem ser acrescentadas, melhoradas e/ou retiradas (VAUGHANS, 2012).

Na melhoria da qualidade de vida do paciente com Crohn entra a ação da enfermagem. Os pacientes que sofrem casos graves à saúde, ocorrem diversas mudanças em seus hábitos alimentares e higiene, precisando corresponder à nova realidade, resultando na autoestima limitada, sexualidade comprometida e, muitas vezes, no isolamento social, se deparando com dificuldades psicológicas e sentimento repugnante em relação a si mesmo. Para encarar esta realidade, cabe ao enfermeiro, como profissional da saúde, compreender as alterações e enfrentamentos na vida do paciente, desenvolvendo planos de cuidados apropriados ao preparo psicológico para se adequar à nova rotina da melhor forma possível (NASCIMENTO *et al.*, 2011; MONTORO *et al.*, 2016).

As prescrições de enfermagem são feitas 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. Contudo, são registrados os sinais vitais, as intercorrências e as providências tomadas a cada visita domiciliar. A evolução é realizada 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 despendido seja de 30 minutos aproximadamente.

Frizamos 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 (LOPES, 2014).

4. CONCLUSÃO

Com o possível trabalho podemos concluir que o papel do enfermeiro na doença de Crohn e da colite é de extrema importância apesar de ainda não haver na literatura um consenso amplo sob todos os aspectos que o envolvem. Verificamos que o tratamento multidisciplinar é a melhor opção, opção esta a qual o paciente é o maior beneficiado.

Além de uma abordagem multidisciplinar contando com : Médico Gastroenterologista, Coloproctologista, Enfermeiro, Nutricionista, Psicólogo e Psiquiatra.

REFERÊNCIAS

- ADRIANE, T.; LEITE, C.; MATHEUS, M. E. Infiximab para tratamento da Doença de Crohn: da descoberta aos tempos atuais. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 93, n. 3, p.298-303, 2012.
- ALVES, A. P. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 23. n. 1, p. 64-69, 2015.
- ANDREI JÚNIOR, E.; LARANJEIRA, M.; PESSOTTI JÚNIOR, D. Doença de Crohn na infância: Relato de caso. **Revista Brasileira de Colo-Proctologia**, p. 92-95, 2001.
- ARNOTT, I. D. R.; SATSANGI, J. Disease behaviour in Crohn´s disease is dynamic and not stable over time. **World Journal of Gastroenterology**, v. 52, p.61-460, 2003.
- BECHARA, C. S. *et al.* Caracterização de pacientes operados por doença de Crohn pela classificação de Montreal e identificação de fatores preditores de sua recorrência cirúrgica. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 42, n. 2, p. 97–104, 2015.
- BECHARA, N. B. *et al.* Abordagem multidisciplinar do ostomizado. **Revista Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Coloproctologia**, v. 25, n. 2, p. 146-149, 2005.
- BELÉM, M. D. O.; ODA, J. Y. Doenças inflamatórias intestinais: considerações fisiológicas e alternativas terapêuticas. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 19. n. 1. p.73-79,
- BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, p. 1585-1596, 2010.
- BRASIL. AGÊNCIA BRASIL. **Doenças inflamatórias intestinais crescem quase 15% ao ano**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-05/doencas-inflamatorias-intestinais-crescem-quase-15-ao-ano>. Acesso em: 18/10/22.
- BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo Patologia**. 8º edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p.295/750-752, 2011.
- CANDIDO, M. R. *et al.* Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 8, n. 3, p. 110-117, 2012.
- CARNEVALLE, A.; ANDERS, S. C.; FRANCISCO, O. A importância da assistência de enfermagem ao paciente com Doença de Crohn. **XX CIC - Congresso de Iniciação Científica – Unifio**. v. 1, n. 1, 2021.
- CARVALHO, L. M. **Preditores de absenteísmo na enfermagem de um hospital universitário: estudo de coorte**. 2012. 159 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - UFRG, Porto Alegre, 2012.
- DANI, R.; PASSOS, M. C. F. **Gastroenterologia Essencial**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011.
- DUARTE, A. Tratamento cirúrgico. **Jornal Português Gastreenterologia**, v. 14, n. 2, p. 89-90.

- FRANCES, D. *et al.* **Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença**. 8 ed. Loures, Portugal: Lusodidacta, 2010. p. 1284-1291.
- FREUD, S. **Totem e tabu**. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. XIII, p. 11-194.
- GEEDIB. Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal do Brasil. Oficial Publication of the Brazilian Study Group of Inflammatory Bowel Disease. **International Journal of Inflammatory Bowel Disease**, v. 4, n. 1, 2018.
- GOMES, G. C.; SANTOS, P. M. F.; FERREIRA, S. L. V. Vivências de Pessoas Ostimizadas com Doença de Crohn. **Revista Referência**, v.12, p. 19-34, 2010.
- HUESO-MONTORO, C. *et al.* Vivências e enfrentamento diante da alteração da imagem corporal em pessoas com estomas digestivos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n.1, 2016
- KOTZE, L. M. S.; PAROLIN, M. B.; KOTZE, P. G. **Doença de Crohn**. In: DANI, R. Gastroenterologia Essencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 276- 295.
- LEITE, M. D. M. Transtornos mentais relacionados ao trabalho na enfermagem. **Revista Científica do Norte Goiano**, v. IV, n. 1, p. 99-109, 2017.
- LOPES, H. L. **DOENÇA DE CROHN UM DESAFIO PARA OS. PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**. 2014. Trabalho de curso – Florianópolis, 2014.
- MAGNAGO, T. S. B. S. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, 2010.
- MAGRO, F. *et al.* Crohn's disease in a southern European country: Montreal classification and clinical activity. **Inflammatory Bowel Diseases**, v. 15, n. 9, p. 1343-1350, 2009.
- MARANHÃO, D. D. A.; VIEIRA, A.; CAMPOS, T. Características e diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 103, n. 1, 2015.
- MARÍN-JIMÉNEZ, I. *et al.* A experiência de pacientes com doença inflamatória intestinal em assistência à saúde: uma pesquisa com o instrumento IEXPAC. **Medicina (Baltimore)**, v. 98, n.14, 2019.
- MARTINS, L. A. N. **Saúde mental dos profissionais da saúde**. In: BOTEGA, N. J. (Org). Prática psiquiátrica no hospital geral. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 98-112.
- NASCIMENTO, L. *et al.* Associação entre atividade clínica e biomarcadores em pacientes com Doença de Crohn sob terapia de manutenção. **Repertório Universitário da Ânima**, p.12, 2011.
- NGUYEN, G. C. *et al.* Outcomes of patients with Crohn's disease improved from 1988 to 2008 and were associated with increased specialist care. **Gastroenterology**, v. 141, n. 1, p. 90-97, 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omsworld.html>>. Acesso em: 03 ago 2018.

- PAPACOSTA, N. G. *et al.* Doença de Crohn: Um artigo de revisão. **Revista De Patologia Do Tocantins**, v. 2, n. 4, p. 25–35, 2017.
- PIMENTEL, D. M. M. **Saúde mental dos profissionais de saúde**. 2005. 191 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – UFS, Aracaju, 2005.
- POLANCZYK, G. V. Em busca das origens do desenvolvimento dos transtornos mentais. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 1, p. 06-12, 2009.
- QUEVEDO, C.; SORLANDO, R.; GIMENEZ, F. V. M. Doença de Crohn e possíveis contribuições da enfermagem. **Revista Científica Eletrônica de Enfermagem da FAEF**, v. 2, n. 1, 2019.
- RODRIGUES, E. P. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, 2014.
- RUBIN, E.; PALAZZA, J. P. **DOENÇA INTESTINAL INFLAMATÓRIA**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- SACHAR, D. B.; WALFISH, A. Inflammatory bowel disease: one or two diseases?. **Current Gastroenterology Reports**, v. 15, n. 1, p. 1-4, 2013.
- SANTANA, L. L. *et al.* Cargas e desgastes de Trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um Hospital de Ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n.1, 2013.
- SANTOS, R. M. *et al.* Inflammatory bowel disease: outpatient treatment profile. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 54, p. 96-100, 2017.
- SOUZA, M. M. *et al.* Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 479-484, 2011.
- SOUZA, C. V. S. Processo de trabalho de enfermagem nas doenças inflamatórias intestinais. **Saúde e Desenvolvimento**, v. 10, n. 19, p. 23-34, 2021.
- TAVARES, J. P. *et al.* Produção científica sobre os distúrbios psíquicos menores a partir do self report questionnaire. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 1, n. 1, p.113-123, 2011.
- WALFISH, A.; SACHAR, D. Phenotype classification in IBD: Is there an impact on therapy?. **Inflammatory Bowel Diseases**, v.13, n. 12, p. 1573-1575, 2007.
- ZHU, H.; LI, Y. R. Oxidative stress and redox signaling mechanisms of inflammatory bowel disease: Updated experimental and clinical evidence. **Experimental Biology and Medicine**, v. 237, n. 5, p.474-480, 2012.

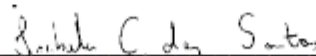
ANEXOS

DECLARAÇÃO

Eu, **Isabela Carvalho dos Santos**, sob o RG de número 10.417.710-7, declaro ter realizado a análise e correção ortográfica do Trabalho de Conclusão de Curso de título: **“PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DE PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN E COLITES”** da aluna **Giovanna Cazelotto Camozzato**, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Paranaense (UNIPAR).

Por ser verdade firmo o presente.

Umuarama, 25 de outubro de 2022.



Isabela Carvalho dos Santos



CERTIFICATE OF TRANSLATION AND PROOFREADING

This document certifies that the paper's abstract listed below has been translated, corrected, and edited to ensure that the language is clear and free of errors:

ROLE OF THE NURSE IN THE CARE OF PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE AND COLITIS

The intent of the author's message was not altered in any way during the translation and proofreading process. My responsibility is limited to the activities described above so that I will not be held responsible for possible plagiarism committed by the authors, as well as I did not make changes or considerations in the original text that are not related to formatting and writing correction.



ISABELA CARVALHO DOS
SANTOS
TRANSLATOR

