

INTRODUÇÃO

A doença de Crohn, também chamada enterite regional ou colite granulamentosa inicialmente descrita em 1932 por Crohn, Ginzburg e Oppenheimer na cidade de Nova York, em um trabalho que detalhou os dados patológicos e clínicos dessa doença inflamatória.

A doença de crohn é uma doença inflamatória idiopática crônica que acomete qualquer parte do trato gastrintestinal, é também conhecida como colite granulomatosa, colite, ileíte e ileocolite transmural, a doença ainda permanecem empírica a respeito dos dados etiológicos (NETTINA, 2003).

Este trabalho tem como problemática identificar quais seria a contribuição da enfermagem para proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente e as orientações necessária para esclarecer a importância do tratamento.

O objetivo trabalho identificar os fatores que promovam uma melhora da qualidade de vida do paciente portador da doença de crohn, e descrever as ações de enfermagem junto ao tratamento numa assistência humanizada.

Estudo epidemiológico realizado em 1980 mostra que a incidência da doença esta aumentando mundialmente. Nas décadas de 1950 e 1960 as doenças inflamatórias intestinais tiveram um aumento maior no norte do que no sul, estudos recentes mostram que o aumento da doença apresenta-se com dezenas de casos no sudeste do Brasil, no interior de minas gerais (SOUZA, et al., 2002).

A justificativa desse trabalho deu-se por conhecer pessoas, as quais são portadoras desta patologia, no entanto uma delas veio a óbito sem ter conhecimento de sua doença, e também aprimorar o meu conhecimento sobre a doença, e ressaltar a importância do enfermeiro nas ações de enfermagem.

A doença de crohn tem tendência de haver um crescimento de sua incidência, em vários países, principalmente no Brasil, cujo sua distribuição apresenta semelhança entre ambos os sexos e também a raça branca, a DC tem atingido mais a população feminina, a qual acomete mais a população adulta e também os jovens, a doença atinge também crianças, gestantes e idosos, sendo que a faixa etária mais afetada está entre os vinte e trinta anos de idade, A doença está presente mais na área urbana do que as áreas rurais.

O estudo constitui-se de forma exploratória qualitativa com base em revisão bibliográfica, no qual o material foi publicado nos anos 1999 a 2010, nos quais vão trazer conhecimento sobre a doença de crohn e a atuação de enfermagem.

4 DOENÇA DE CROHN

4.1 Definição

Segundo Crawford (2000) a doença de crohn e a colite ulcerativa são distúrbios inflamatórios. E caracterizada por um envolvimento transmural do intestino, a DC uma doença granulamentosa que acomete qualquer parte do trato gastrintestinal, mais com freqüência os mais acometidos são o intestino delgado e o cólon delgado e o cólon.



Figura 1- Ilustração do acometimento pela colite ulcerativa e pela doença de crohn .

Fonte: <http://www.mdsaude.com/2009/10/doença-de-crohnretocoliteulcerativa>

A doença de crohn é uma doença insidiosa, onde muitos pacientes ficam sintomáticos por anos até o diagnóstico, os sintomas como fraqueza e adinamia são comuns na doença, febre e calafrios podem surgir com a doença em atividade (SANTOS et al ,2008).

Quando desenvolvida a doença de crohn caracteriza-se patologicamente por um envolvimento bem delimitado e tipicamente transmural do intestino por um processo inflamatório com lesão da mucosa, presença de granulomas não caseoso

e formação de fissuras e fistulas.(GOMES,2007).

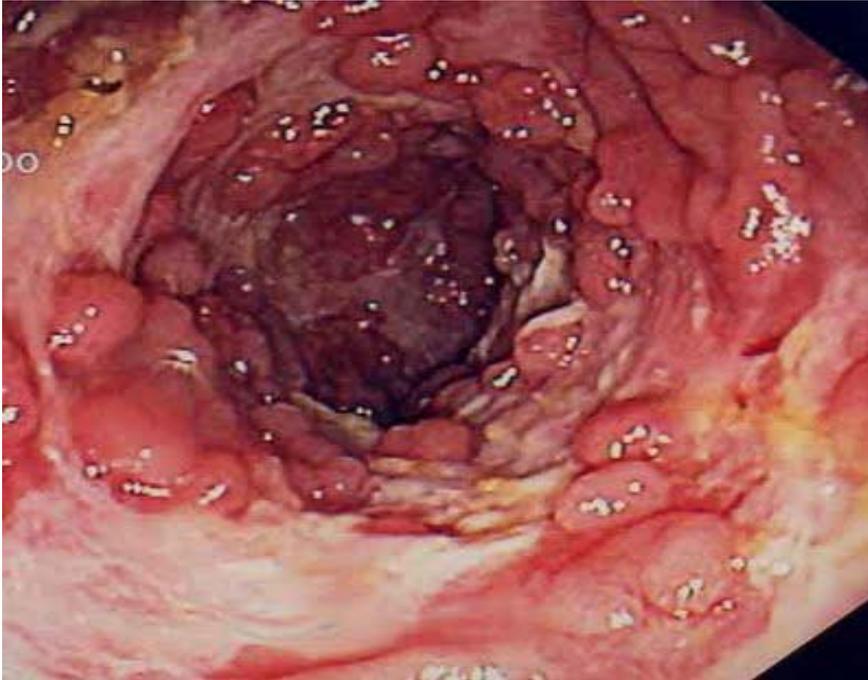


Figura 2- ilustração de ulceração, pseudopólipos, granulomas decorrente da doença de crohn

Fonte:<http://www.mdsaude.com/2009/10/doenca-de-crohn-retocolite-ulcerativa.html#ixzz12Ali4hpK>

A doença de crohn é evidenciada pela fase ativa e a silenciosa. Na fase ativa os portadores da doença alimentam pouco devido as náuseas, cólicas, e distensão abdominal, podendo desenvolver anorexia, com o aparecimento de fístulas, diarréia e a fadiga comprometem a vida diária do paciente. A fase silenciosa é controlada por fármacos para minimizar a tensão emocional do pacientes sabendo que a tensão pode levar a fase ativa (SARLO; BARRETO, DOMINGUES, 2009).

4.2 Causas

Segundo Santos Júnior (1999) uma das causas da doença de crohn esta relacionada a fatores ambientais, genéticos e infecciosos, há também uma possível ligação do código genético com o genes HLA, as alterações de citocinas, e necrose tumoral TNF-a, o gene fica entre os genes de classe 1e 2 do HLA, no cromossomo 6.

Segundo Santos et al. (2008) o fator genético é determinante para o aparecimento das doenças inflamatórias intestinais, em familiares de primeiro grau

que já apresentaram o risco de desenvolver - lá é ainda maior, tem de quatro a vinte vezes maior chance de ser acometido, o gene denominado NOD2, situado no cromossomo 16 que ativa a função do fator nuclear e a apoptose de macrófago, um dos genes que aumenta muito o risco do aparecimento da doença.

De acordo com Crawford (2000) a predisposição genética não é evidente, mais quinze por cento dos pacientes afetado por doença inflamatória intestinal tem um parente de primeiro grau afetado, gêmeos monozigóticos tem uma taxa de concordância maior de 30 a 50% para adquirir doença de crohn.

Segundo Santos Júnior (1999) entre os fatores ambientais estão os antiinflamatórios não esteroidais a ausência cirúrgica do apêndice cecal, os esteróides sexuais, exposição de metais e alumínio, o hábito de fumar e tipos de dietas.

(...)As resposta imunitárias na DC, as 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 (RIBEIRO, 2009, p. 32- 33).

4.3 Sintomas e manifestações clínicas

O principal sintoma da é diarreia com presença de muco e sangue, dor abdominal, febre, emagrecimento, anemia, em crianças ocorre um atraso no desenvolvimento, dentro desta faixa etária, a principal manifestação clínica pode ser também o atraso no desenvolvimento somático, fazendo com que as alterações gastrintestinais se manifesta anos depois (BURGOS et al., 2008).

(...) O processo patológico começa com edema e espessamento da mucosa as úlceras começam a surgir na mucosa inflamada, em casos avançados a mucosa intestinal apresenta aspecto de paralelepípedo, à medida que a doença avança, a parede intestinal se espessa e fica e fica fibrótica e a luz intestinal se estreita. (SMELTZER, 2005, p. 1.100).

Entre as manifestações clínicas da doença de crohn pode estar a colite e a doença de crohn referente ao cólon, também diarreia invasiva, a hemotoquezia, e as dores abdominais, dificuldade de evacuar, drenagem purulenta e desconforto e sintomas crônicos e gerais (CREUZ, 2008).

As manifestações clínicas da doença, mais freqüentes são de natureza inflamatória, obstrutiva e fistulizante, entre os sinais clínicos incluem desnutrição,

palidez cutâneo-mucosa, dor, massa abdominal, distensão ou fistulização na parede abdominal (ARAÚJO et al., 2008).

De acordo com Avelar (2008) a doença de crohn é classificada em leve e moderada, moderada e grave, grave e fulminante e remissão. Na doença leve e moderada os pacientes ambulatoriais podem tolerar a dieta oral sem desidratação, distensão abdominal, massas ou obstrução, na fase moderada e grave é quando a abordagem terapêutica inicial tem falha com os sintomas febre e dor, perda de peso e outros sintomas, na fase grave e fulminante ela vai persistir os sintomas apesar do tratamento com corticosteróide, já na fase de remissão os paciente se tornam assintomáticos espontaneamente ou após intervenções cirúrgicas.

Segundo Souza et al. (2002) segundo um dos fatores de maior gravidade nas doenças infamatórias é a presença de sintomas sistêmicos como febre, hiporexia, perda de peso e fadiga e nas manifestações extra-intestinais também o acometimento de todo o cólon (pancolite) as quais se associam como forma de maior gravidade.

Entre as apresentações clínicas o paciente pode apresentar dor na parte baixa do abdome com aumento após as refeições, diarreia ou fezes com sangue, febre, náuseas, e também debilidade com perda de peso com deficiência na absorção de nutrientes e úlceras intestinais (LEÃO, 2003).

Muitos pacientes com a exacerbação aguda da doença apresentam desnutrição protéico-calórica, hipoalbuminemia e anemia, o hábito alimentar, o consumo de industrializado e uso do tabaco está associado à apresentação clínica da doença (ELIA et al., 2007).

Elia et al. (2007) menciona que as manifestações clínicas são respostas a tanto acometimento do trato gastrintestinal e também pelo surgimento das manifestações extra-intestinais que ocorre em cerca de 35% dos pacientes.

As manifestações extra-intestinais embora envolvam no intestino, estão ligadas a outras manifestações do organismo e podem ser mais problemática que as doenças intestinais, as manifestações extra-intestinais são divididas em dois grupos, aquelas cuja atividade clínica acompanha a atividade da doença intestinal, e atividades clínicas não estão relacionada à atividade da clínica da doença (KEMPER, 2005).

As manifestações são variáveis começa com episódios de diarreia mais leves febre e dor abdominal que duram semanas ou meses com perda de sangue nas

fezes, alguns pacientes apresentam dor aguda no quadrante inferior direito que pode ser confundido com apêndice ou perfuração intestinal, na doença crônica prolongada podem surgir dos estreitamentos fibrosantes, sobretudo no íleo terminal e fístulas para outras alça do intestino, bexiga, vagina, pele perianal ou abscesso peritoneal. (CRAWFORD, 2000).



Figura 3- ilustração de Lesão com fistula na região suprapubica doença de crohn.

Fonte: <http://www.mdsaude.com/2009/10/doenca-de-crohn-retocolite-ulcerativa.html#ixzz12Ali4hpK>

As manifestações extra-intestinais mais freqüentes são as alterações articulares, dermatológicas, oculares, hepato-biliares, renais, manifestações cutâneas, e do trato urinário reumatologias. Essas lesões estão relacionadas com a exacerbação da doença de crohn cedendo quando a doença se torna inativa, já outras doenças continuam seguindo seu curso independente da ativação da doença, dependendo da gravidade pode levar o paciente a óbito (TEIXEIRA, et al; 1988).

Uma das manifestações extra intestinal apresentada é a alteração articular, o acometimento è provocado pela DC e RCU, é a artrite, a do tipo1 afeta menos articulações de forma aguda, e a sua duração não é de longo prazo e acompanha a doença em atividade, a artrite do tipo2 vai acometer mais de cinco articulações e seus sintomas duram meses ou anos, e não necessariamente esta ligada a atividade da doença (LANNA et al., 2006 p. 46).

Segundo Teixeira et al. (1988) nas manifestações dermatológicas apresentam lesões caracterizadas por eritema nodoso, que podem surgir feridas com secreção purulenta em todo o corpo, considerada em sua forma inicial de pioderma

gangrenoso, e estão ligadas a fase aguda da doença e podem regredir com o tratamento.

As manifestações hepatobiliares estão ligadas as doenças intestinais inflamatória, a esteatose hepática é uma das complicações ligada à doença de crohn e a retocolite ulcerativa, e 50% das biópsias realizadas apresentam anormalidades, a colelitíase esta associada com ileite ou ressecção ileal, é causada por cálculos e má absorção, e secreção de sais biliares, isso pode levar o paciente a apresentar um quadro de cirrose biliar secundaria (SERAFIM; COSTA, 2009).

Segundo Mota et al. (2007) as manifestações oculares de maior frequência são uveíte, episclerite, conjuntivite, vitreíte e catarata entre os pacientes que são acometidos pelas alterações oftalmológicas, a maioria já apresentou sintomas de doenças inflamatórias intestinais, mais o diagnostico é raro, se observa as manifestações oculares quando o cólon esta envolvido.

De acordo com Vieira et al. (2006) a uropatia obstrutiva, ou litíase renal é provocada pelo ácido úrico, oxalato de cálcio e fístulas também decorre da doença de crohn, as complicações apresentam hiperoxalúria da doença ileal na qual resulta da absorção de oxalato na luz intestinal. O cálcio é um componente responsável por sua fixação, e estão ligados aos ácidos graxos e também os sais biliares os quais se apresentam aumentados.

Segundo Serafim e Costa (2009) as manifestações psicológicas também são uma das principais manifestações clinica apresentadas em pacientes portadores de doenças crônicas, o que requer cuidado ao longo da doença, com isso o paciente vive em constante ansiedade, que se constitui uma evolução negativa ligada à doença, gerando um quadro depressivo.

Segundo Gonçalves et al. (2009) além dos transtorno de ansiedade e de depressão, são internados em hospitais apresentando alterações graves e súbitas de comportamento, alguns exemplos podem ser citado como a desorientação temporoespacial, agitação psicomotora, , ilusões, alucinações e idéias deliroides causadas por vários tipos de doença clínica e também pelo uso de alguns medicamentos os quais podem ser citados, como corticóides, antibióticos e imunossupressores.

De acordo com Sarlo et al.(2008) as respostas emocionais em pacientes com doença de crohn, são muito variáveis, e ao decorrer da doença acarreta inúmeras perturbações, os pacientes entram em um quadro de depressão, qual deve ser

tratado o quanto antes para que o não se agrave, junto com as outras manifestações apresentadas pela doença.

5 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS

5.1 Diagnóstico

O diagnóstico da doença de crohn é realizado pela análise de dados clínicos, feito pela anamnese, exame físico e proctológico completo, endoscopia e o exame radiológico também por meio de exames laboratoriais e histológicas, quando o quadro se apresenta com diarréia o diagnóstico deve ser diferencial com colites infecciosas, virais ou bacterianas e com parasitas intestinais (ARAUJO et al., 2008).

Devido a manifestações semelhantes a outras patologias, o diagnóstico se torna difícil, é feito por uma análise conjunta de dados, que mostra o acometimento focal, assimétrico, transmural ou granulamentoso na seqüência o diagnóstico é feito pela apresentação clínica (BRASIL, 2002).

A ressonância magnética e a ultra-sonografia têm sido muito usadas como avaliação diagnostica na doença de crohn e retocolite ulcerativa inespecífica, na doença de crohn tem sido um método eficaz para avaliação de pacientes com fistulas perianais (SANTOS et al., 2008).

Segundo Santo Júnior (1999) exames laboratoriais são muito importantes para o diagnóstico principalmente nos casos atípicos da doença, na contagem das hemácias e das plaquetas, também a dosagem da hemoglobina, albumina, proteínas-c-reativa e velocidade de hemossedimentação têm relação com a doença em atividade.

A radiografia simples tem a função de avaliar se há dilatação no caso de suspeita de megacólon tóxico e avaliar também paciente que apresenta obstrução intestinal (KEMPER, 2005). Porém a radiografia com contraste de ar tem uma significância maior na avaliação da mucosa intestinal pode ser observar lesões e úlceras, na doença mais grave as lesões aumentam e se intercalam formando úlcera lineares, o aprofundamento dessas úlceras leva a formação de fistulas e abscessos (SANTOS, et al., 2008).

O exame endoscopia digestiva alta é usado na diferenciação da retocolite ulcerativa inespecífica e a doença de crohn, também na extensão da gravidade e na resposta do tratamento, entre os achados endoscópicos é citado a úlcera aftosa que geralmente são múltiplas (SANTOS et al. 2008).

5.2 Tratamento clínico

O tratamento clínico é introduzido para produzir a remissão da doença em atividade, o médico inicia o tratamento com dois grupos de substâncias primárias que são os anti-inflamatórios, corticosteróide e os aminossalicilatos, como segunda escolha é introduzido os imunossuppressores, os quais fazem parte a azatioprina e a mercaptopurina, esses medicamentos são destinados a paciente em que a doença é resistente aos de primeira escolha (ARAÚJO et al., 2008).

Segundo Steinwurz (1999) os tratamentos clínicos também são eficazes no controle de fístulas, é eficaz também no tratamento cirúrgico, fazendo com que a intervenção cirúrgica seja adotada em outros casos específicos como em terapia medicamentosa sem sucesso.



Figura 4- Ilustração de fistulas perineal complexa na doença de crohn

Fonte: <http://www.mdsaude.com/2009/10/doenca-de-crohn-retocolite-ulcerativa.html#ixzz12Ali4hpK>

O tratamento clínico inicial é feito baseado na gravidade e no quadro apresentado pelo paciente, podendo haver combinação de várias drogas, a toxicidade das drogas é relevante na decisão terapêutica, inicialmente é introduzido com drogas conhecida, com intuito de introduzir os mais potentes e mais tóxicos aos poucos na medida em que haja agravo do quadro clínico aminossalicilatos, corticóides, antibióticos e imunoduladores, e o infliximab (AVELAR, 2008).

Os aminossalicilatos – sulfassalazina não são absorvidos no cólon, e têm efeito terapêutico local por ação intraluminal, tem sido utilizado com sucesso nos agentes isolados, em ataques leves e moderados da colite ulcerativa e na colite de crohn, estes fármacos inibem a ação do ácido fólico, o qual se recomenda a suplementação (KEMPER, 2005).

Segundo Nettina (2003) os corticosteróides têm a ação de diminuir a inflamação causada pela doença, pode ser administrada por via oral, endovenosa, supositórios, enema de retenção ou espuma, dependendo da gravidade da doença.

Segundo Kemper (2005) Os imunoduladores vão causar um bloqueio da proliferação, ativação ou mecanismo efetor dos linfócitos, a azatioprina é efetiva no tratamento da doença de crohn ativa e na manutenção da remissão, esse fármaco é administrado nos paciente com a doença ativa e que não respondem aos efeitos dos corticosteróides.

(...)O infliximab é um anticorpo monoclonal quimérico com atividade antifator de necrose tumoral. A utilidade deste novo fármaco na doença de Crohn foi estudada em pacientes com agudizações moderadas a graves, fístulas e como terapia de manutenção¹¹. Em um estudo com 40 pacientes retratados com infliximab, 10 apresentaram efeitos indesejáveis, sendo 6 considerados graves, devendo haver cautela na readministração de infliximab (BRASIL,2002).

O uso de antibióticos no tratamento da doença de crohn vai controlar o crescimento bacteriano ou obstrução no intestino delgado, os antibióticos e o metronidazol vão reduzir a má absorção, a distensão gasosa e a distensão gasosa e a flatulência, no entanto em algumas literaturas, a certa divergência em fazer o uso do antibiótico no tratamento primário da doença de crohn (SANTOS JÚNIOR, 1999).

5.3 Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico da doença de Crohn é indicado quando há complicações como a doença perianal, a drenagem de abscessos, também as operações de fistulotomia ou drenagem por seton em casos sintomáticos, é indicada a proctectomia nos casos de supuração importante associados à retenção grave e incontinência anal (ARAÚJO et al., 2008).

Segundo Santos Junior (2000) em muitos aspectos da doença deve ser considerada a terapêutica cirúrgica melhor para minimizar as dificuldades, há entanto considerações que são alteradas se houver algum risco para o paciente ou ameaça de morte, porém o tratamento de urgência é a cirurgia.

O tratamento cirúrgico não é considerado uma alternativa de cura para o paciente, porque mesmo após a cirurgia no pós-operatório, que o leve a outras

incisões cirúrgicas, isso acontece em 30% a 60%, podendo leva ao desenvolvimento da síndrome do intestino curto (SETSUKO BABA et al., 2008).

O tratamento cirúrgico de colectomia subtotal e a ileorretoanastomose são introduzidos com a finalidade de reduzir as complicações e na preservação do reto. Na doença de crohn faz ressecção mais extensa devido à reincidência ser menor (VIEIRA et al 2006).

Santos Júnior (2008) mencionam que a parte mais distal do intestino pode apresentar massa palpável inflamatória por causa da doença de crohn e apresentar abscesso que evolue o retroperitônio, no tratamento cirúrgico e retirado parte do segmento afetado.

Segundo Cruz (2008) a obstrução intestinal total ou parcial é um das principais indicações cirúrgicas, a obstrução parcial crônica è mais comum que a aguda total, a obstrução parcial está relacionada às causas inflamatória aguda e edema de parede, ela pode ser tratada de forma conservadora, já as obstruções causadas por estenoses não têm melhora no tratamento clínico o que leva direto para o tratamento cirúrgico.

As intervenções cirúrgicas das fístulas são freqüentemente indicadas, a ressecção fica limitada às complicações ao cólon, associadas com o intestino grosso raramente cicatrizam com a derivação intestinal, ocasionalmente se o processo inflamatório for extenso ou intenso a retirada em bloco é aconselhável (SANTO JR, 2000).

As cirurgias de fístulas representam o maior número de incisões cirúrgicas, e também na reincidência cirúrgica por perfurações pode evoluir para deiscência de anastomose no pós cirúrgico o que causa a morte de vários pacientes (SETSUKO BABA et al., 2008).

A ostomia é uma abertura causada por uma incisão cirúrgica para tratamento de varias doença, algumas podem ser temporárias ou permanentes, no caso da doença de crohn, é designada no tratamento de estenose grave e obstrução intestinal também inclui a perda da função esfinteriana.

5.4 Tratamento nutricional

Depois de vários anos da doença em curso e exacerbação os pacientes vão perdendo a função do trato intestinal, com isso comprometem o estado nutricional do

paciente, isso é freqüente, mais também existem vários outros fatores que contribuem para a deficiência nutricional, a avaliação nutricional é muito importante, verificar a ocorrência da perda de peso, que pode ser mascarada pelo uso de corticosteróide, e pela retenção de líquidos (CUPPARI et al. 2005).

Segundo Rodrigues et al. (2008) o objetivo do tratamento nutricional é recuperar ou manter o estado nutricional e manter o suporte necessário de nutrientes aliviando os sintomas, pode reduzir as intervenções cirúrgicas diminuir a atividade da doença e amenizar as complicações do pós-operatório, o tratamento nutricional vai de acordo com as características e a sua evolução.

Burgos et al. (2008) mencionam que os pacientes necessitam de atenção especial quanto no início do diagnóstico da doença, a avaliação do estado nutricional permite detectar a desnutrição precoce e um melhor reconhecimento dos pacientes em risco o que implica no tratamento nutricional adequado, os dados dietéticos, exames físicos, antropométricas e exames bioquímicos devem ser analisados em conjunto para um diagnóstico nutricional preciso, no entanto há dificuldade em reconhecer o estágio dessa deficiência nas doenças crônicas, sendo difícil discriminar alterações dos parâmetros induzidos pela doença ou pela desnutrição pregressa do paciente.

A desnutrição protéico-energética vem sendo comum entre as doenças inflamatórias intestinais, assim como a carência de micronutrientes, dentre os fatores que levam à desnutrição, está a diminuição da ingestão de alimentos, a má absorção e o aumento de perdas gastrintestinal e as necessidades nutricionais aumentadas, as alterações nutricionais dependem da gravidade que a doença se manifesta, a desnutrição agrava o prognóstico do paciente e reduz a competência imunológica e aumenta as infecções (BURGOS et al., 2008).

Segundo Leão (2003) não há um padrão dietético para ser cumprido, mais tem alguns cuidados que devem ser seguidos. Alguns exemplos são de doces e frutas em compota com um alto grau de açúcar que exacerbam a atividade da doença em algumas pessoas, a refeição nesses pacientes deve ser freqüente e em pequeno volume.

De acordo com Burgos et al. (2008) a introdução nutricional em pacientes quando precoce pode assegurar a qualidade de vida ao pacientes portador das doenças inflamatórias, em crianças e adolescentes possibilita a recuperação do crescimento normal, mais quando introduzido produtos nutricionais, é necessário

observar a composição e a biodisponibilidade dos seus nutrientes para um tratamento eficaz.

O tratamento na fase aguda da doença consiste na reposição de líquidos por via endovenosa e também na dieta líquida restrita, no caso da doença estar avançada ou caso mais grave ou quando a existência de fistula pode ser administrada a nutrição parenteral total sem ingestão oral por semanas para o repouso do intestino e promover a cicatrização (MOORE, 2002).

O suporte enteral na fase aguda tem sido empregado para melhorar do estado nutricional, a nutrição enteral requer a mínima ação enzimática para hidrolise dos nutrientes e na absorção, já na forma polimérica são apresentados às formas mais complexas, no processo normal de digestão, com hidrolise em moléculas menores para a afetiva absorção intestinal (CUPPARI et al., 2005).

A doença na fase crônica é administrada uma dieta hipolípida que pode ser prescrita na estatorréia crônica que compromete o íleo, o auto teor de proteínas na dieta promove a regeneração do intestino e também repõe perdas, no caso de estenose, uma dieta com restrição de fibras que elimina as sementes é recomendada para reduzir as obstruções do intestino (MOORE, 2002).

A nutrição enteral é uma modalidade terapêutica aplicada a pacientes que possuem enfermidades que os impossibilitam de receber alimentos por via oral ou de atingir suas necessidades nutricionais por esta via. Para evitar ou ainda minimizar os efeitos deletérios da desnutrição, estes pacientes consomem os alimentos através de sondas nasogástricas ou entéricas posicionadas em porções específicas do sistema digestório. Para os pacientes em Terapia Nutricional Enteral que recebem alta hospitalar e necessitam manter esta modalidade terapêutica, manipulando em seu domicílio a dieta artesanal, é difícil a manutenção desta terapia” (ZABAN NOVAES, NovaeS, 2009, P.145).

Elia et al. (2007) menciona que o IMC é muito importante para avaliar o estado nutricional principalmente quando associado os outros indicadores, assim sem distinguir o peso associado ao músculo ou a gordura corporal, ele é capaz de subdiagnosticar pacientes com desnutrição.

6 QUALIDADES DE VIDA E CUIDADOS PSICOLÓGICOS. HUMANIZAÇÃO E ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM

6.1 Qualidade de vida e cuidados psicológicos

O distúrbio emocional em pacientes doentes causa vários tipos de emoções, e também exerce um efeito nocivo permanente no corpo, sendo assim muitas queixas físicas apresentadas pelo doente estão relacionadas com o seu psicológico

diante a vida. A colite ulcerativa e a doença de crohn são causadas por um mecanismo psicossomático, as emoções interferem no curso das doenças mesmo não sendo causada por distúrbios (ANTHIKAD, 2005).

Em pacientes com doença inflamatória intestinal sem duvida os distúrbios emocionais interferem na qualidade de vida do paciente e contribuem para a exacerbação dos sintomas e a gravidade dos processos inflamatórios da doença (SANTOS JÚNIOR, 1999).

O medo é um sinal de perigo é proporcional a intensidade da doença acometida. Também a ansiedade é um sinal que vai afetar diretamente a auto-estima do paciente, a doença de crohn age provocando grandes transformações no organismo o que faz com que o paciente reduza sua auto-estima desencadeando uma fase complicada na doença (ANTHIKAD, 2005).

Sarlo, Barreto e Domingues (1999) mencionam que a auto-estima é também muito afetada, o paciente começa a se sentir diferentes das outras pessoas e às vezes inferior por causa da doença, essa baixa auto-estima começa a refletir nos relacionamentos, pois sentem culpados em não proporcionar felicidade aos parceiros, sentem solitários por ter de encarar sozinhos os problemas relacionados com a doença.

(...) Os distúrbios emocionais contribuem para a cronicidade e gravidade da doença dos processos inflamatórios da doença de crohn, a harmonia mental, o estresse, os impactos psicossociais e a fisiologia do trato gastrointestinal envolve plexos enervados nas paredes intestinais e a neuroendócrina do sistema nervoso entérico com suas conexões autonômicas espinais com o sistema nervoso central. A nodulação sistema nervoso central e trato gastrointestinal ocorrem mediados, via neurotransmissores, por varias substâncias (vip, trh, cck, 5-ht, substância p e as encefalinas), com ação na atividade integrativa da função gastrointestinal e do comportamento humano (PONTES et al.,2004).

A Não adesão tem grau de concordância no comportamento de uma pessoa em relação às orientações do medico ou outro profissional da saúde, o baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e também a sua qualidade de vida, constituído de consequencias pessoais, sociais e econômicas (DEWULF, et al; 2007).

Segundo Sarlo et al. (2008) a doença de crohn interfere em diferentes formas na vida das pessoas, ao terem conhecimento do seu diagnóstico, a maioria vivem intensa desorganização emocional visto que haverá grandes mudanças no estilo de vida por se tratar de uma doença crônica, o que implica em fazer dietas no tratamento, fazer uso de medicações para resto da vida, conviver com o incomodo

físico e social, o indivíduo sofre com perdas nas relações sociais, no trabalho e no lazer, além de ameaças na aparência, nesse caso a família tem um importante papel junto com o paciente que é buscar a aceitação da doença.

O estresse é um fator emocional que aumenta a atividade da doença de crohn e gera simultaneamente a doença, quando já estabelecida, vai provocar os sintomas o que faz com que o estado do paciente venha a se agravar, o estresse está ligado a própria enfermidade e as complicações (ANTHIKAD, 2005).

(...) O medo é um sentimento comum para o portador de uma doença crônica, que pode ser manifestado de diversas maneiras”. Entre elas está o medo da incapacidade e da piora do quadro clínico, o que também pode gerar ansiedade. O medo é um “sentimento de grande inquietação ante a noção de um perigo real ou imaginário, de uma ameaça O paciente começa a ter medo de sentir dores ou de piorar o estado geral, e se sente inseguro com seu estado atual de saúde”. Muitas vezes, enfrenta os seus medos e os supera, outras acaba por aceitá-lo e alterar sua vida em decorrência dele. Além das dificuldades emocionais, existem alterações físicas, que prejudicam o convívio social. Uma, em especial, foi muito relatada e é muito comum para o portador de DC: o emagrecimento. Pessoa, não raramente, sente-se muito diferente das outras e até mesmo algumas vezes excluída. “Isso ocorre porque todo ser humano constrói, ao longo de sua vida, uma imagem de seu próprio corpo, que se ajusta aos costumes, ao ambiente em que vive e que atende às suas necessidades para se sentir situado em seu próprio mundo (SARLO, 2008).

A qualidade de vida do paciente se inicia com tratamento no qual reduz a remissão e as complicações trazidas pela doença, o estado psicológico e emocional do paciente conseqüentemente se estabiliza e ele aceita melhor a doença e passa a ter uma vida melhor (SARLO et al., 2008).

6.2 Humanização

O conceito de humanização designa o respeito da vida humana e enfatiza as dimensões éticas em relação ao paciente e o profissional, a noção de humanização começou a surgir nos anos 90, veio para orientar e assegurar os direitos humanos e promover a humanização (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

A humanização se caracteriza pela reorganização do capitalismo multinacional e a globalização econômica, onde desabaram os ideais utópicos políticos e éticos, na metade do século XX começaram a mostrar para a sociedade

os humanos, bioética, proteção ambiental e cidadania o que vem ganhando espaço entre as pessoas em uma nova realidade (RIOS, 2009).

Segundo Oliveira, Collet e Vieira (2006) humanizar é garantir a palavra, a dignidade e a ética, é o mesmo que compartilhar com o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo para serem humanizadas elas precisam ser reconhecidas, sem diálogo a humanização fica inexistente.

A humanização tem o papel de criar grupos nos hospitais, os grupos têm como tarefa difundir todos os benefícios da assistência humanizada, fazer pesquisas para levantar as falhas nas instituições, promovendo mudanças que beneficie os profissionais de saúde e promover uma melhor comunicação com os usuários. Humanização favorece a não violência e favorece a comunicação (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

(...) Sua fundamentação deísta, transcendente e ultraterrena, teológica e metafísica, com suas limitações moralizantes e piedosas, a ética e a organização social implícitas nesse Cristianismo primordial foram uma contribuição irreversível ao conceito de Humanidade e à prática da Humanização (OLIVEIRA; COLLETE; VIEIRA, 2006).

Os profissionais de enfermagem devem tratar o outro como humano, fazendo o melhor, respeitá-lo e acompanhar sua enfermidade de perto, se necessário promover mudanças no tratamento. Para o processo de humanização se estabelecer, os médicos, diretores, enfermeiros e pacientes devem estar envolvidos, o âmbito hospitalar para a família e o paciente é um lugar que ameniza o sofrimento e diminui a tensão vivida por eles durante o tratamento. Um dos fatores importantes para o atendimento humanizado é a adesão dos voluntários aos hospitais. (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006).

6.1 Assistência humanizada de enfermagem

O enfermeiro que presta uma assistência de qualidade ao paciente garante um tratamento digno e promove o seu bem estar, ajudando-o a ter uma qualidade de vida melhor e se interagir com a doença.

A ação de enfermagem ao portador de doença de crohn tem como objetivo entender os sintomas físicos que levam ao impacto psicológico, oferecer apoio e

expressar simpatia de forma que o paciente aceite a doença e confie na assistência prestada, contribuindo para melhora (SARLO et al. 2008).

Segundo Nettina (2003) entre a ação de enfermagem está incluída estimular o paciente a uma alimentação adequada, oferecer os alimentos em pequena quantidade, e fazer com que o paciente participe de grupos e aumente o conhecimento sobre a doença.

A enfermagem deve estar atenta quanto ao peso do paciente, o mesmo deve ser pesado diariamente, e observar sinais de desidratação e fornecer ingestão hídrica e monitorar alterações também questionar com paciente sobre o tipo de alimentação que tem sido ingerido (NETTINA, 2003).

Os profissionais de enfermagem devem estar atentos às complicações, os pacientes ostomizados com doença de Crohn, devem ser orientados a procurar ajuda com os profissionais de saúde, no caso de notar qualquer sinal diferente, a prevenção e o auto cuidado precocemente podem evitar complicações futuras, no entanto as ações de enfermagem e as orientações se tornam necessárias (CARVALHO, et al. 2005).

Segundo Leite, Nunes e Beltram (2008) o enfermeiro deve estar atento para sinais de edema. No caso de edema pode resultar em necrose decorrente da compressão e da diminuição da irrigação no local, a ação do enfermeiro é identificar as causas e as complicações.

Segundo Gomes (2007) a enfermagem tem caráter assistencial, e deve estar atenta aos pacientes que fazem uso de corticóides, observando os efeitos adversos, e há sangramento gastrointestinal e hiperglicemia, sendo que os corticóides mascaram os sinais de infecção, observar se há febre, dor e distensão abdominal. A enfermagem deve realizar o exame físico há procura de fezes na genitália e presença de fístulas enterovaginais.

A ostomia é uma abertura causada por uma incisão cirúrgica, para tratamento de várias doenças, algumas podem ser temporárias ou permanentes no caso da doença de Crohn, é designada no tratamento de estenose grave e obstrução intestinal, também inclui a perda da função esfinteriana. Os cuidados de enfermagem iniciam no pré-operatório, no preparo do paciente antes de ser conduzido à sala de cirurgia, no pós-operatório destaca-se a troca das bolsas,

a limpeza diária do local cirúrgico, verificar sinais de infecção, orientar o paciente quanto ao auto cuidado após a alta hospitalar, também orientar a família onde conseguir material para a troca das bolsas (TOSATO; ZIMMERMANN, 2000).

Segundo Carvalho et al. (2005) os profissionais de saúde trabalham em defesa da vida garantindo o direito à saúde, e enfrentando muitos desafios principalmente em países como o Brasil onde o sistema é falho e observa-se várias desigualdades sociais, e econômicas. Ao questionar sobre a humanização o pensamento é de facilitar os desafios vivenciados no momento.

Bedin, Ribeiro e Barreto (2004) ressalta que o paciente tem o direito a obter todas as informações sobre o seu tratamento e procedimentos que será submetido também que sua integridade física e psicológica seja preservada, e sua etnia cristã seja respeitada por parte dos profissionais.

De acordo com Mansett (2001) com o passar do tempo permite-se a institucionalidade na medicina e as transformação dos hospitais em empresas, com isso os pacientes que eram tratados como pacientes passaram a ser tratados como clientes, o que alia com os avanços tecnológicos, além do cuidado individualizado, isso faz com que o enfermeiro seja valorizado visando à qualidade do relacionamento interpessoal com os pacientes.

A humanização deve também fazer parte na filosofia de enfermagem, o ambiente, as matérias e os avanços tecnológicos não devem significar mais que a essência humana, isso irá conduzir o pensamento e as ações dentro da equipe. O enfermeiro deve construir uma realidade mais humana perante o doente (VILA; ROSSI, 2002).

Alguns enfermeiros têm como pensamento que a melhora das enfermidades dependem das técnicas, e executá-las sem questionamento. No entanto, os que acreditam a uma assistência deve ser prestada com solidariedade para uma melhor valorização do ser humano, fazem que humanização seja o alicerce da profissão de enfermagem (LEITE, 2008).

(...) O contato direto com seres humanos coloca o profissional diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e frustrações. Se ele não tomar contato com esses fenômenos correrá o risco de desenvolver mecanismos rígidos de defesa, que podem prejudicá-lo tanto no âmbito profissional quanto no pessoal. Os profissionais da saúde submetem-se, em sua atividade, a tensões provenientes de várias fontes: contato freqüente com a dor e o sofrimento, com pacientes terminais, receio de cometer erros, contato com pacientes difíceis. (OLIVEIRA; COLLETE; VIEIRA, 2006).

De acordo com Farias (2000) a enfermeira tem o papel de promover a assistência sistematizada e também supervisionar a equipe e organizar a unidade de trabalho. Para que as funções atribuídas sejam cumpridas tornando necessária a contratação de uma enfermeira responsável pela SAE, na profissão de enfermagem deve assistir, cuidar e educar.

A humanização e cuidados por parte dos profissionais de enfermagem são muito importantes no tratamento e facilitam a promoção da saúde e do bem-estar bio-psico-sócioespíritual e emocional do paciente. Os cuidados de enfermagem devem ser realizados de forma humana, visando uma assistência de qualidade. O diálogo entre profissional e paciente visa esclarecer dúvidas e minimizando o medo e a ansiedade imposta pela doença (Morais et al. 2009).

O aumento da doença contribui para aproximar os profissionais de enfermagem aos portadores da doença e às ações de enfermagem tanto no âmbito hospitalar como nos grupos de apoio aos portadores de Dc. A presença de enfermeiras tem vários benefícios, com a intervenção da enfermagem as necessidades de consulta medica diminuem em 40% e a permanência hospitalar também é reduzida. A enfermagem deve compreender os desafios enfrentados pelos pacientes, oferecer apoio e expressar simpatia para que o paciente venha aceitar a doença e confiar na assistência prestada e contribuir na melhora da doença (SARLO; BARRETO; DOMINGUES, 2008).

CONCLUSÃO

Ao decorrer deste trabalho conclui-se que a doença de crohn é uma inflamação que pode transformar a vida do paciente acometido, em função do

avanço, diagnóstico e as manifestações clínicas da doença. Os pacientes tendem a manifestar transtornos psicológicos após o diagnóstico, por se tratar de uma doença cuja cura ainda não foi estabelecida. O medo e a baixa auto-estima são a principal causa desses transtornos, os quais se manifestam no convívio diário e também pelas transformações no corpo. Portanto a adesão ao tratamento dessa patologia é de grande importância para evitar a exacerbação e as complicações trazidas por ela.

A enfermagem tem um papel especial ao se tratar da doença de crohn, o cuidado, o tratamento e as orientações buscam a melhorar e prevenir as complicações, orientações que devem ser repassadas ao paciente para um melhor atendimento e recuperação dos mesmos.

Diante deste contexto é importante que os pesquisadores e os acadêmicos de enfermagem se dediquem, em estudos que visem contribuir para um diagnóstico mais precoce e também no tratamento que possam contribuir para encontrar a cura.

REFERÊNCIAS

ANTHIKAD, J. **Psicologia para enfermagem**. Tradução de Fernando Gomes do Nascimento. 1.ed. São Paulo: Reichmann, 2005.

ARAÚJO, S.E. A. et al. **Doença de Crohn Intestinal. Sociedade brasileira de coloproctologia.** P. 8, fev/ 2008. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 24 Abr.2010.

AVELAR, S.O.S. **Infliximabe na doença de crohn.** JUL/2008. Disponível em: <www.scielo.br pdf>. Acesso em: 23 agos.2010.

BEDIN, E. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista eletrônica de enfermagem.** v. 06, n.3, p 400-409, 2004. Disponível em < www.fen.ufg.br em pdf>. Acesso em: 08 set.2010.

BORGES, E, L. Portador de estoma gastrointestinal: perfil de uma clientela. **Rev. Nursing de enfer.** Belo horizonte. P. 17, mar/ 2002. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 13 set.2010.

BRASIL. Ministério da saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas.** Brasília, DF 2002.

BURGOS, M. G. P. A. et al. Doenças inflamatórias intestinais: o que há de novo em terapia nutricional. **Rev. Brasileira nutr clin.** Recife, p. 184-188. Maio/2008. p 184-188. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 16 set.2010.

CARVALHO, A. R. S. et al. **Cuidado e Humanização na enfermagem: Reflexão necessária.** 2 Seminário nacional estados e políticas sociais no Brasil. Cascavel. Out.2005. Disponível em: <www.google.com.br>. Acesso em: 07set. 2010

CREUZ, P. C. **Doença de crohn.** Hospital Geral de Jacarepaguá. 2008. Disponível em:< www.google pdf>. Acesso em: 05 agos. 2010.

CROWFORD, J.M. **O trato gastrintestinal: Patologia estrutural e funcional.** 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

CUPPARI, L. Nutrição em condições clínicas específicas. IN. Cuppari, et al. **Guia da nutrição.** 2.ed. Barueri: manole, 2005. cap.2.

DEWULF, N. L. S. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com doenças inflamatórias intestinais acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário. **Arquivos de Gastroenterologia.** São Paulo, v.44. n.4,p. 01-18 out.dez. 2007. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 20 abr.2010.

ELIA, P. P, et al. Análise descritiva dos perfis social, clínico, laboratorial e antropométrico de pacientes com doenças inflamatórias intestinais, internados no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. **Arquivos de Gastroenterologia**. São Paulo, v.44. n.4. p. 5. out./dez. 2007. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 24 abr.2010.

FARIAS, F. A. C. Criando um ambiente de cuidado na pratica de enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**. são Paulo. v.13, n.1 especial parte1, p. 107-113, 2000. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 20 set.2010.

Figura 1-doença-de-crohnretocoliteulcerativa: acometimento pela colite ulcerativa e pela doença de crohn. Disponível em: <http://www.mdsaude.com>. out.2009. Acesso em: 20 out.2010.

Figura 2 _Doença-de-crohn-retocolite-ulcerativa: ulceração, pseudopólipos, granulomas decorrente da doença de crohn. Disponível em: <http://www.mdsaude.com >. Out.2009. Acesso em: 20 out.2010.

Figura 3-doença-de-crohnretocoliteulcerativa: Lesão com fistula na região suprapúbica doença de crohn. Disponível em: <http://www.mdsaude.com>.out.2009. Acesso em: 20 out.2010.

Figura 4 -doença-de-crohnretocoliteulcerativa: fistulas perineal complexa na doença de crohn: Disponível em: <http://www.mdsaude.com>.out.2009. Acesso em: 20 out.2010.

GOMES, I. L. **Fisiopatologia**. Tradução de Ivan. Ivan Lourenço Gomes. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

GONÇALVES, R. J.et al. Quem "liga" para o psiquismo na escola médica? A experiência da Liga de Saúde Mental da FMB – Unesp. **Rev. Brasileira de educação medica**. Rio de janeiro, v. 33, n.2, p 35-37, abr./jun. 2009. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 05 out.2010.

Kemper, A. **Tratado de medicina interna**. Tradução de Ana. Ana Kemper. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

LANNA, C, C, D. Manifestações Articulares em Pacientes com Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa. **Rev. brasileira reumatologia**. Belo Horizonte, v.46, n.1, p. 46-47, jan. 2006. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 20 ago.2010.

LEAO, L. S. C.S. **DOENÇA DE CROHN**. Manual de nutrição clínica: para atendimento ambulatorio do adulto. Petrópolis, Rio de Janeiro. 2003. Revista eletrônica em pdf. Disponível em: <www.google.br>. Acesso em: 19 ago.2010.

LEITE, R. S. N. **Humanização hospitalar: Análise da literatura sobre atuação da enfermagem**. São Paulo. v. 2. p. 7-8, jul. . Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 18 ago.2010.

MASETTI M. **Boas Misturas**. (T.2001). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2001.

MORAIS, G. S. N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.22, n.3, p. 14, maio. jun. 2009. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 24 abr. 2010.

MOORE, M. C. Nutrição e Dioterapia. Tradução de Anna Clara. Anna Clara Neves Carrapatoso. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

MOTA, E. S. et al. Manifestações extra-intestinais em doença de Crohn e retocolite ulcerativa: prevalência e correlação com o diagnóstico, extensão, atividade, tempo de evolução da doença. **Rev. brasileira colo-proctol**. Rio de Janeiro, v..27, n. 4, p. 10, out.dez. 2007. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 07set. 2010.

MOTA, R. A.et al. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. Psicologia em estudo. Maringá. v.11, n. 2, p 3-5, maio/ ago.2006. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 18 jul.2010.

NETTINA, S. M. **Distúrbios gastrintestinais**. Prática de Enfermagem Tradução José Eduardo. José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2003.

OLIVEIRA, B. R.G. et. al. A Humanização na assistência á saúde. **Rev.latino - Am enfermagem**. Paraná. P.277-284, mar/abr. 2006. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 21 set.2010.

PONTES, R. M.A. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal: tradução para o português e validação do questionário. **Arquivos de**

Gastroenterologia. São Paulo, v.41. n.2, p. 3. abr.jun. 2004. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 24 abr. 2010.

RIOS, I. C. Humanização na saúde prática e reflexão. **Comitê humaniza HC FMUSP.** São Paulo. 2009. P.01-182

RIBEIRO, I. C. T. **Doença de crohn, Etiologia, Patogênese e suas Implicações na Terapêutica.** 2009.t. Faculdade de Ciências da Saúde.Covilhã. (...).

RIOS, I. C. Humanização na saúde prática e reflexão. Comitê humaniza HC FMUSP. São Paulo. 2009. P. 01-182. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 24 AGOS. 2010

RODRIGUES, S. C. Aspectos nutricionais na doença de crohn. **UNIBRASIL.** São Paulo. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 24 abr. 2010. n.1, p. 1-6, jul. 2008. Disponível em: <WWW. Google. com>. Acesso em: 08 jul. 2010.

Smeltzer, S. C. Bare. B. G. BRUNNER E SUDDRTH, **Tratado de enfermagem medico- cirúrgica.** Tradução de José Eduardo. Jose Eduardo de Figueiredo. v.1. 1. ed. P. 1.110. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005.

SANTOS JR, J, C, M. Doença de crohn tratamento. Rev. BRASILEIRA coloproctologia. **Rio de Janeiro** v. 20, n. 1, p. 37-38, jan./mar. 2000. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 13 jun.2010.

SANTOS JR, J.C.M. Doença de crohn aspecto clínico e diagnóstico. **Rev. Brasileira coloproct.** São Paulo, v.19, n4, p. 276-286, out.dez. 1999. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 25 maio. 2010.

SANTOS, I. S. et al. **Doenças inflamatórias intestinais, diagnóstico e tratamento.** 1. ed. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 902-903

SARLO, R. S. BARRETO, C. R. DOMINGUES, T A. M. Compreendendo a vivência do paciente portador de doença de crohn. **Acta Paulista de enfermagem.** São Paulo, v. 21, n.4. p. 630.631. jul.out. 2008. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 24 abr.2010.

SERAFIM, T, S. Sintomas somáticos de depressão em pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática. **Acta paulista de enfermagem.** São Paulo.

v.22, n.3, p. 45, maio/jun. 2009. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 28 set.2010

SETSUKO BABA, R. et al Resultado **do** tratamento das fístulas **enterovesicais** para doença de Crohn. **Rev. Brasileira de Coloproctologia**. Rio de janeiro, v. 28, n.2, p.6, abr./jun.2008. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 24 Abr.2010.

SOUSA, 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. **Arquivo Gastroenterol**. São Paulo, v. 39, n. 2, p. 8. abr./jun. 2002. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 20 Abr.2010.

STEINWRZ, F. Estudo evolutivo de fístula na doença de cronh. **Arquivos de Gastroenterologia**. São Paulo, v.36, n.4, p. 12, out./dez.1999. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 25 maio. 2010.

TEIXEIRA, M. G et al. Manifestações extra-intestinais da doença de crohn, **Revista Brasileira de colo-procotologia**. Rio de janeiro. V.8. n.1. P. 1-8. mar.1988. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 30. agos. 2010.

TOSATO, S, R. **Conhecimento do individuo ostomizado em relação ao auto cuidado**. p..35. 2000. Disponível em: <WWW. Google. com>. Acesso em: 13 set.2010.

VAITSMAN, J. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de janeiro, v.10, n.3, p. 10, jul./set.2005. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 25 maio. 2010.

VIEIRA, O. M. et al. **Clinica cirúrgica1: fundamentos teóricos e práticos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu. 2006.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L.A. O “significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva, muito falado e pouco vivido. **Rev. Latino americana de Enfermagem**. v. 10, n. 02, p. 137-144, 2002.

ZABAN, A. L. S. **Perfil epidemiológico e aspectos econômicos da nutrição enteral domiciliar no distrito federal: uma análise histórica de 2000 a 2005**. Faculdade de Medicina da Escola Superior em Ciências da Saúde. Brasília DF, p.148-149, fev.2009.