

## Processo de Enfermagem em paciente com Doença de Crohn

### Nursing Process in a patient with Crohn's Disease

### Proceso de enfermería en un paciente con Enfermedad de Crohn

DOI: 10.5281/zenodo.14748868

Recebido: 07 jan 2025

Aprovado: 15 jan 2025

#### **Maria Victória Pereira Veloso**

Graduanda em Enfermagem

Instituição de formação: Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

Endereço: Teresina – Piauí, Brasil

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0002-2857-6506>

E-mail: [mavipveloso@gmail.com](mailto:mavipveloso@gmail.com)

#### **Michele Cabral Lima**

Graduanda em Enfermagem

Instituição de formação: Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

Endereço: Teresina – Piauí, Brasil

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0009-5691-0824>

E-mail: [xmcabral7@gmail.com](mailto:xmcabral7@gmail.com)

#### **Fabiana Batista Ribeiro**

Graduanda em Enfermagem

Instituição de formação: Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

Endereço: Teresina – Piauí, Brasil

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0007-1709-6562>

E-mail: [fabianabatistaa98@gmail.com](mailto:fabianabatistaa98@gmail.com)

#### **Maria Eduarda Soares Frota**

Graduanda em Enfermagem

Instituição de formação: Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

Endereço: Teresina – Piauí, Brasil

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-5015-9971>

E-mail: [mariaeduardasoft@live.com](mailto:mariaeduardasoft@live.com)

## RESUMO

**Introdução:** A Doença de Crohn (DC) trata-se de uma doença inflamatória intestinal (DII), subaguda e crônica da parede do trato gastrointestinal, que acomete comumente a parte inferior do intestino delgado (íleo) e intestino grosso (cólon). Nesse sentido, o enfermeiro exerce seu papel de cuidador na Doença de Crohn, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado na clínica médica de um hospital público de referência no Piauí. A coleta de dados foi baseada na revisão do prontuário, na anamnese e no exame físico completo. **Resultados e Discussão:** Paciente do sexo feminino, 17 anos, portadora de Doença de Crohn, apresentava desequilíbrios nutricionais e gastrointestinais, risco de sangramento, dor aguda, eliminação urinária prejudicada, bem como uma comunicação verbal prejudicada, conforto social prejudicado e conhecimento deficiente, entre outros. A etapa de evolução de enfermagem forneceu dados para análise das respostas da paciente às intervenções. **Conclusão:** evidencia-se a importância da equipe de enfermagem

no cuidado sistematizado de pacientes com a Doença de Crohn, enfatizando a necessidade de a equipe estar atenta às especificidades clínicas da doença.

**Palavras-chave:** Processo de Enfermagem. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Doença de Crohn.

## ABSTRACT

**Introduction:** Crohn's disease (CD) is a subacute and chronic inflammatory bowel disease (IBD) of the gastrointestinal tract wall, which commonly affects the lower part of the small intestine (ileum) and large intestine (colon). In this sense, the nurse exercises his role as caregiver in Crohn's Disease, through the Systematization of Nursing Care. **Methodology:** This is a descriptive study, an experience report, carried out in the medical clinic of a public reference hospital in Piauí. Data collection was based on medical record review, anamnesis and complete physical examination. **Results and Discussion:** Female patient, 17 years old, with Crohn's disease, presented nutritional and gastrointestinal imbalances, risk of bleeding, acute pain, impaired urinary elimination, as well as impaired verbal communication, impaired social comfort and poor knowledge, among others. The nursing evolution stage provided data for analyzing the patient's responses to interventions. **Conclusion:** the importance of the nursing team in the systematic care of patients with Crohn's Disease is evident, emphasizing the need for the team to be attentive to the clinical specificities of the disease.

**Keywords:** Nursing Process. Systematization of Nursing Care. Crohn's disease.

## RESUMEN

**Introducción:** La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) subaguda y crónica de la pared del tracto gastrointestinal, que comúnmente afecta la parte inferior del intestino delgado (íleon) y el intestino grueso (colon). En este sentido, el enfermero ejerce su rol de cuidador en la Enfermedad de Crohn, a través de la Sistematización de los Cuidados de Enfermería. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo, relato de experiencia, realizado en la clínica médica de un hospital público de referencia en Piauí. La recolección de datos se basó en la revisión de la historia clínica, la anamnesis y el examen físico completo. **Resultados y Discusión:** Paciente femenina de 17 años, con enfermedad de Crohn, presentó desequilibrios nutricionales y gastrointestinales, riesgo de sangrado, dolor agudo, alteración de la eliminación urinaria, así como alteración de la comunicación verbal, deterioro del confort social y escaso conocimiento, entre otros. La etapa de evolución de enfermería proporcionó datos para analizar las respuestas del paciente a las intervenciones. **Conclusión:** es evidente la importancia del equipo de enfermería en el cuidado sistemático del paciente con Enfermedad de Crohn, destacando la necesidad de que el equipo esté atento a las especificidades clínicas de la enfermedad.

**Palabras clave:** Proceso de enfermería. Sistematización de la Atención de Enfermería. La enfermedad de Crohn.

## 1. INTRODUÇÃO

A Doença de Crohn (DC) trata-se de uma doença inflamatória intestinal (DII), subaguda e crônica da parede do trato gastrointestinal, que acomete comumente a parte inferior do intestino delgado (íleo) e intestino grosso (cólon), apesar da possibilidade de ocorrer em qualquer segmento do trato GI. Ademais, caracteriza-se por períodos de remissão e exacerbação, por alterações imunológicas, e pela propensão ao desenvolvimento de estenose intestinal, fístulas, sangramentos, obstruções e neoplasia (Lopes *et al.*, 2019).

A fisiopatologia da DC inicia com edema e espessamento da mucosa, seguida de ulcerações na mucosa inflamada. Esse processo de ulceração ocorre de forma segmentar e assume uma aparência de “paralelepípedos”, ou seja, caracteriza-se por possuir segmentos saudáveis que separam os segmentos

inflamados. Dessa forma, com a progressão da doença, ocorre também o espessamento da parede intestinal e a formação de tecido fibroso, acarretando o estreitamento do lúmen intestinal (Brunner e Suddart, 2020).

A etiologia da inflamação é desconhecida, no entanto, sabe-se que é multifatorial, ocorrendo em indivíduos predispostos geneticamente. Além disso, sua incidência varia de acordo com fatores exógenos e endógenos - que causam um estado crônico de desregulação imune da mucosa intestinal -, fatores ambientais e hábitos de vida - tabagismo, por exemplo -. Desse modo, esses fatores podem desregular o equilíbrio entre os antígenos e a resposta imune da mucosa intestinal e ampliando e perpetuando a reação de inflamação (Papacosta *et al.*, 2017).

A Doença de Crohn apresenta-se nas formas: inflamatória, fistulosa e fibroestenossante. Nesse contexto, a sintomatologia clássica é comumente formada por dor abdominal - geralmente no quadrante inferior direito ou em região epigástrica -, diarreia, perda de peso - devido à má absorção dos nutrientes -, febre e fístulas, podendo estar presentes também fadiga, oclusão intestinal, anorexia, sangue nas fezes e abdome agudo (Trindade, Morcerf, Espasandín, 2019).

Nesse sentido, o enfermeiro exerce seu papel de cuidador na Doença de Crohn, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem, uma vez que trata-se da metodologia científica de trabalho que organiza a operacionalização do Processo de Enfermagem, garantindo a utilização de bases e conhecimentos científicos que orientem a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem, de modo a fornecer a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados, e a manutenção da saúde e melhora de agravos (Martinelli, 2018).

Dessa forma, considerando a imersão no estudo sobre a patologia e as condições da paciente, justifica-se a realização deste, uma vez que trata-se de uma metodologia que possibilita adquirir conhecimento por intermédio da pesquisa, bem como, permite a análise de patologias, de quadros clínicos e do paciente de forma científica e holística, a partir da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem durante o processo de investigação do caso.

No estudo atual, a paciente encontrava-se internada, inicialmente, para investigação de doenças no estômago e duodeno. No entanto, após uma avaliação clínica detalhada e uma sequência de exames laboratoriais e de imagem, incluindo exames de sangue (hemograma completo, dosagem de cálcio, creatinina, magnésio, potássio e ureia), vídeo colonoscopia, endoscopia digestiva alta, teste de calprotectina fecal e enterorressonância magnética, foi concluído o diagnóstico de Doença de Crohn.

O objetivo deste estudo é demonstrar o desenvolvimento do processo de enfermagem em paciente com Doença de Crohn, além de analisar a patologia e a paciente por meio da utilização do Processo de Enfermagem.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. O cenário do estudo foi a Clínica Médica de um hospital público de referência no Piauí. A pesquisa foi realizada do dia 03 de maio ao dia 17 do mesmo mês, durante a internação da paciente na Clínica Médica.

O material utilizado para o desenvolvimento da pesquisa e do estudo foi baseado na revisão do prontuário de atendimento da paciente e na avaliação clínica do paciente fundamentada na SAE. De forma inicial foi realizada uma análise minuciosa do prontuário da paciente para a coleta de dados sociodemográficos e pessoais, o histórico de saúde, a hipótese diagnóstica, os medicamentos em uso e os exames realizados.

Por conseguinte, foi realizada a anamnese completa da paciente, por intermédio da averiguação de sinais vitais e realização do exame físico completo céfalo-caudal, os quais forneceram dados suficientes para a construção do caso e desenvolvimento da assistência de enfermagem. Após a avaliação do paciente foram elencados os Diagnósticos de Enfermagem e foi elaborado um plano assistencial com a determinação dos resultados esperados, para os quais foram utilizados, respectivamente, *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), *Nursing Interventions Classification* (NIC) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 Avaliação de Enfermagem

Paciente do sexo feminino, 17 anos, católica, estudante do Ensino Fundamental, sem barreiras na comunicação, déficits e transtornos mentais. Paciente nega comorbidades, alergias, tratamentos anteriores e história familiar de doenças gastrointestinais.

Paciente regulada inicialmente no em um hospital público, em seguida em uma Unidade Mista de Saúde, queixando-se de dor abdominal intensa e diarreia com hematoquezia. Refere que os episódios diarréicos iniciaram há 1 ano e que há 5 meses surgiu a hematoquezia. Refere ainda alguns episódios de melena, associado a perda ponderal que não se sabe quantificar.

Na admissão em um hospital público de referência do Estado a paciente apresentava-se consciente (Glasgow 15), orientada, fásica, colaborativa e calma, pesando 58kg e sem dor. Eupnéica (SpO2 97%), normotensa (100x80 mmHg), normocárdica (88 bpm) e afebril (36,5 °C). Couro cabeludo íntegro, face e

nariz simétricos, pupilas isocóricas e fotorreagentes, olhos, ouvidos e boca sem anormalidades. AC: BNF, RR, em 2T, sem ruídos. AP: MV+ sem RA. Abdome flácido, sem presença de cicatrizes, sem abaulamentos e/ou herniações, sem visceromegalias palpáveis, indolor à palpação e sem ruídos hidroaéreos. Nutrição enteral por VO, com boa aceitação da dieta e eliminações intestinais diarréicas. Paciente deambula sem auxílio, com mobilidade e tônus muscular nos 4 segmentos e não apresenta riscos de queda. Pele íntegra, hidratada, acianótica e hipocorada, com AVP pérvio em MSD. Diurese espontânea e dentro dos padrões fisiológicos e sono satisfatório.

### 3.2. Diagnósticos de Enfermagem e Planejamento de Enfermagem

<b>DE: Risco de infecção relacionado à exposição ambiental aumentada a patógenos, por procedimento invasivo</b>	
<p><b>Intervenções de enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar troca do AVP a cada 96h;</li> <li>- Monitorar sinais flogísticos na inserção;</li> <li>- Manter curativo oclusivo;</li> </ul>	<p><b>Resultados esperados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle de risco para processos infecciosos.</li> </ul>
<b>DE: Nutrição desequilibrada relacionada a diminuição da ingestão oral, evidenciada por aversão a alimento relatada pela paciente</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar aceitação da dieta;</li> <li>- Solicitar serviço de nutrição e estimular o paciente a conversar sobre as preferências alimentares com o nutricionista;</li> <li>- Ensinar e reforçar conceitos e importância de uma boa nutrição com o paciente.</li> </ul>	<p><b>Resultados esperados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente terá ajustes na dieta ofertada, de acordo com as possibilidades, e terá melhor aceitação da dieta.</li> <li>- Paciente atenderá às exigências nutricionais</li> </ul>
<b>DE: Diarréia relacionada à doenças gastrointestinais evidenciada por evacuações moles ou líquidas</b>	
<p><b>Intervenções de enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar e registrar a frequência e consistência das fezes;</li> <li>- Orientar paciente quanto à ingestão de líquidos;</li> <li>- Administrar anticolinérgicos, conforme prescrição médica;</li> <li>- Orientar o paciente/familiares sobre registro da cor, volume, frequência e consistência das fezes.</li> <li>- Orientar o paciente para que notifique a enfermagem a cada episódio de diarreia</li> </ul>	<p><b>Resultados esperados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espera-se uma avaliação precisa da frequência de episódios diarréicos e atuação multiprofissional, em casos de permanência do quadro;</li> <li>- Paciente evitará desidratação e desequilíbrio hidroeletrólítico, a partir da ingestão oral de líquidos;</li> <li>- Paciente terá melhora no quadro diarréico e redução da cólica abdominal;</li> </ul>
<b>DE: Risco de sangramento relacionado à condição gastrintestinal, evidenciado pela suscetibilidade à redução no volume de sangue</b>	

<p><b>Intervenções de enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar frequência, quantidade, cor e aspecto das fezes;</li> <li>- Orientar paciente quanto à diferença entre melena e hematoquezia;</li> <li>- Orientar paciente a comunicar à equipe, se houver sangue nas fezes;</li> <li>- Monitorar hemodinâmica da paciente.</li> <li>- Reavaliar o plano de exercícios se persistirem os sintomas de baixa tolerância aos exercícios.</li> </ul>	<p><b>Resultados esperados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente saberá referir de forma correta a presença de sangue nas fezes;</li> <li>- Equipe multiprofissional terá conhecimento adequado relativo às perdas sanguíneas da paciente.</li> </ul>
<p><b>DE: Dor aguda relacionada à cólica abdominal, evidenciada por relato de dor da paciente</b></p>	
<p><b>Intervenções de enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar dor;</li> <li>- Administrar analgésico, conforme prescrição médica;</li> <li>- Promover conforto ao paciente;</li> </ul>	<p><b>Resultados esperados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente terá melhora da dor em 2 horas;</li> <li>- Paciente ficará confortável e reduzirá esforço, favorecendo o descanso;</li> </ul>
<p><b>DE: Integridade da membrana mucosa oral prejudicada associada à língua saburrosa, evidenciada por lesão na cavidade oral</b></p>	
<p><b>Intervenções de enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar paciente quanto à higiene oral;</li> <li>- Incentivar ingestão oral de líquidos;</li> <li>- Avaliar lesão da cavidade oral;</li> </ul>	<p><b>Resultados esperados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A paciente verbalizará que compreende a importância das práticas de higiene;</li> <li>- A paciente apresentará melhoras quanto a sua higiene oral em 2 dias;</li> </ul>
<p><b>DE: Comunicação verbal prejudicada relacionada a barreiras psicológicas, evidenciada por vontade diminuída para participar em interação social e dificuldade para manter comunicação</b></p>	
<p><b>Intervenções de enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auxiliar paciente a aumentar a percepção dos pontos fortes e as limitações na comunicação com os outros;</li> <li>- Solicitar e esperar a comunicação verbal;</li> <li>- Solicitar apoio psicológico;</li> <li>- Promover diálogo amigável com o paciente e falar de forma clara e objetiva;</li> </ul>	<p><b>Resultados esperados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente compreenderá suas limitações na comunicação com os outros e poderá desenvolver novas habilidades de comunicação;</li> <li>- Paciente se sentirá mais confortável para conversas com os profissionais.</li> </ul>
<p><b>DE: Conforto social prejudicado, relacionado à privacidade insuficiente, evidenciado por expressão de medo</b></p>	
<p><b>Intervenções de enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assegurar privacidade do paciente (ex: utilização de biombos);</li> <li>- Solicitar apoio psicológico;</li> <li>- Reduzir sensações de apreensão, tensão ou desconforto.</li> </ul>	<p><b>Resultados esperados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente se sentirá mais segura com a manutenção da privacidade e com o entendimento da função profissional de todos que a circundam</li> </ul>
<p><b>DE: Volume de líquidos deficiente relacionado à ingestão insuficiente de líquidos, evidenciado por concentração urinária aumentada, turgor da língua diminuído e turgor da pele alterado</b></p>	
<p><b>Intervenções de enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar o estado de hidratação;</li> </ul>	<p><b>Resultados esperados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente apresentará melhora no turgor da língua</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar ingestão oral de líquidos;</li> <li>- Orientar paciente a distribuir a ingestão de líquidos ao longo das 24 horas, conforme apropriado.</li> </ul>	<p>e da pele;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocorrerá a diluição da urina;</li> <li>- Paciente terá conhecimento de como distribuir a ingestão hídrica necessária durante o dia.</li> </ul>
<p><b>DE: Conforto prejudicado relacionado à percepção de falta de tranquilidade e alívio nas dimensões ambientais do hospital, evidenciado pela expressão de descontentamento da paciente ao precisar utilizar os aparelhos sanitários</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>Intervenções de enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitar serviço de limpeza para higienização adequada dos aparelhos sanitários;</li> <li>- Manipular o ambiente ao redor da paciente para promover conforto;</li> <li>- Orientar paciente quanto à necessidade de realizar as eliminações fecais;</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Resultados esperados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente se sentirá confortável para utilizar o aparelho sanitário.</li> </ul>
<p><b>DE: Eliminação urinária prejudicada relacionada à disúria, evidenciada por relato da paciente</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>Intervenções de enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, consistência, odor, volume e cor.</li> <li>- Ensinar ao paciente os sinais e os sintomas de infecção do trato urinário e genitais.</li> <li>- Solicitar avaliação médica para determinar a causa da disúria.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Resultados esperados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Será possível o controle do débito urinário, comparando com a interferência da disúria no processo de micção;</li> <li>- Paciente saberá reconhecer sinais e sintomas de infecções urinárias e genitais.</li> </ul>
<p><b>DE: Risco de integridade da pele prejudicada, relacionado à atrito em superfícies e secreção vaginal, evidenciado por prurido vaginal</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>Intervenções de enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar paciente quanto à higiene íntima;</li> <li>- Solicitar avaliação médica para determinar causa da doença e tratamento adequado;</li> <li>- Monitorar cor, odor, aspecto e quantidade das secreções vaginais</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Resultados esperados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Com a higiene íntima adequada a paciente evitará umidade e proliferação de patógenos em região íntima.</li> <li>- Com o monitoramento será possível obter possíveis hipóteses diagnósticas e orientar com clareza as condutas a serem tomadas.</li> </ul>
<p><b>DE: Nutrição desequilibrada, relacionada à ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada, evidenciada pela saciedade imediatamente após a ingestão de alimentos</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>Intervenções de enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitar serviço de nutrição para realizar ajustes na dieta;</li> <li>- Investigar quais alimentos promovem a saciedade precoce;</li> <li>- Administrar antiácidos, conforme prescrição médica e necessidade da paciente.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Resultados esperados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planeja-se o ajuste da dieta e o conhecimento sobre quais alimentos favorecem o processo de dispepsia;</li> <li>- Paciente terá melhora do quadro de indigestão.</li> </ul>
<p><b>DE: Conhecimento deficiente, relacionado à ausência de aquisição de informações relativas sobre a doença e o diagnóstico evidenciado por informações imprecisas sobre um assunto</b></p>	



<b>Intervenções de enfermagem:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar paciente sobre seu diagnóstico e sobre a doença;</li><li>- Orientar sobre estratégias de enfrentamento do diagnóstico;</li><li>- Solicitar apoio psicológico;</li></ul>	<b>Resultados esperados:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Paciente entenderá sobre seu quadro clínico e diagnóstico e terá melhora no processo de enfrentamento da doença.</li></ul>
---	---

Fonte: Autoria própria.

### 3.3 Implementação e Evolução De Enfermagem

Diante da determinação dos Diagnósticos de Enfermagem e do Planejamento de Enfermagem, as intervenções propostas, elencadas de acordo com as necessidades da paciente, foram apresentadas à equipe multidisciplinar, a qual foi responsável pela implementação. Por fim, foi realizada a evolução de enfermagem, cuja devolutiva subsidiou a avaliação das respostas da paciente às intervenções realizadas.

## 4. CONCLUSÃO

Diante do exposto no estudo de caso, evidencia-se a importância da equipe de enfermagem no cuidado sistematizado de pacientes com a Doença de Crohn, enfatizando a necessidade de a equipe estar atenta às especificidades clínicas da doença. No entanto, além da objetividade e cientificidade, destaca-se também a imprescindibilidade do olhar humanizado às demandas do paciente, tanto relativas às manifestações clínicas, quanto às manifestações emocionais decorrentes do entendimento e aceitação do processo patológico, bem como o medo e a ansiedade relacionados ao futuro e às novas condições de vida.

Ademais, além da importância do entendimento geral e aprofundamento sobre a Doença de Crohn, a realização do estudo apresenta-se como de grande relevância no processo de aprendizagem e na formação acadêmica, uma vez que permite a aplicabilidade do processo de enfermagem, do cuidado humanizado e do atendimento global do paciente, além da aplicação dos conhecimentos teóricos na prática e o aprofundamento na atuação da enfermagem no cuidado.



## REFERÊNCIAS

- Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – I 2021-2023**. Porto Alegre: Artmed, 2021.
- Brunner & Suddarth - **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica** - 2 Vols, 14a edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2020.
- Bulechek, G. M. *et al.* **Classificação das Intervenções de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- JOHNSON M. *et al.* **Ligações NANDA - NOC - NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade**. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- LOPES, Antonia Mauryane *et al.* Diagnósticos e atividades de enfermagem para o cuidado ao paciente com Doença de Crohn. **Rev. enferm. UFPI**, p. 45-51, 2019.
- MARTINELLI, C. L. Análise da qualidade de vida de um indivíduo portador da doença de Crohn após prescrição de enfermagem [Graduação em Enfermagem]. **Espirito Santo (Brasil): Católica de Vitória Centro Universitário**, 2018.
- PAPACOSTA, N. G.; NUNES, G. M.; PACHECO, R. J.; CARDOSO, M. V.; GUEDES, V. R. DOENÇA DE CROHN: UM ARTIGO DE REVISÃO. **Revista de Patologia do Tocantins**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 25–35, 2017. DOI: 10.20873/uft.2446-6492.2017v4n2p25. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/3614>. Acesso em: 19 jun. 2023.
- TRINDADE, Marcel; MORCERF, Cely Carlyne Pontes; ESPASANDIN, Viviane Lozano. Terapia biológica na doença de Crohn: quando iniciar?. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 17, n. 1, p. 41-46, 2019.