



**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

TRABALHO FINAL DE CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Qualidade de vida da pessoa com Doença Inflamatória Intestinal

Ana Rita Rocha Nunes

Pedro António Ferreirinha do Nascimento

Data

junho 2026





**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Qualidade de vida da pessoa com Doença Inflamatória Intestinal

Ana Rita Rocha Nunes Nº 20220914

Pedro António Ferreirinha do Nascimento Nº 20211312

Orientador

Professor Ezequiel Martins Carrondo

Trabalho Final de Curso apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Ezequiel Martins Carrondo do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

junho, 2026

Composição do júri

Presidente do júri

Doutora Sandra Cristina Mendes Batista

Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Arguente

Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Orientador

Doutor Ezequiel Martins Carrondo

Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Agradecimentos

A conclusão deste trabalho descreve o término da nossa formação acadêmica, mas ao mesmo tempo uma jornada de crescimento tanto a nível pessoal como profissional. Com isto, é com enorme vontade e prazer que agradecemos a todos aqueles que nos ajudaram durante este percurso.

Em primeiro lugar, agradecemos aos nossos pais, por todo o amor, apoio incondicional e incentivo ao longo de toda a nossa jornada acadêmica. Sem vocês, nada disso seria possível.

Aos nossos irmãos, obrigado pela paciência, pelas palavras de encorajamento e por estarem sempre ao nosso lado, mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos nossos amigos, que direta ou indiretamente nos ajudaram, seja com ideias, seja com apoio emocional ou simplesmente com a presença amiga de sempre. Vocês tornaram essa caminhada mais leve e especial.

Reconhecer também todo o corpo docente da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias que nos acompanhou durante estes quatro anos do curso de Licenciatura em Enfermagem, por todas as horas focadas nos ensinamentos para a nossa formação enquanto futuros profissionais.

Por fim, ao nosso Professor Doutor Ezequiel Martins Carrondo pela orientação, pela dedicação e por todos os ensinamentos compartilhados. Seu apoio foi fundamental para que pudéssemos concluir este trabalho com sucesso.

A todos, nosso muito obrigado!

Resumo

A Doença Inflamatória Intestinal é uma condição crónica que afeta o trato gastrointestinal e que inclui a Doença de Crohn e a Colite Ulcerosa. Embora o seu diagnóstico possa ocorrer em qualquer faixa etária, a Doença Inflamatória Intestinal é diagnosticada frequentemente em adultos jovens. Estima-se, que em Portugal, cerca de 25.000 pessoas estejam diagnosticadas com esta patologia. A qualidade de vida é um termo subjetivo, sendo definido como a perceção que a pessoa tem em relação à sua vida. Considera os fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais. O enfermeiro desempenha um papel fundamental no acompanhamento destas pessoas, contribuindo para a promoção da adaptação da doença, para o desenvolvimento de estratégias de autocuidado e para a melhoria da qualidade de vida.

Este trabalho consiste numa revisão narrativa da literatura. O objetivo geral é analisar o impacto da DII na qualidade de vida da pessoa, com base na evidência científica disponível.

A pesquisa bibliográfica foi realizada através do método “População, Conceito e Contexto”, tendo sido consultadas as bases de dados “B-on”, “PubMed” e “SciELO”. Foram selecionados 18 estudos devido à sua pertinência e relevância para o estudo.

Os resultados desta revisão indicam que os domínios da qualidade de vida mais afetados são os sintomas sistémicos, seguidos dos sintomas intestinais, aspetos emocionais e sociais. Os principais fatores que impactam negativamente a qualidade de vida incluem a fadiga persistente (mesmo em remissão), a dor abdominal, a incontinência fecal, a ansiedade/depressão, o estigma, o desemprego, o baixo nível de escolaridade e o atraso no diagnóstico. As intervenções de enfermagem eficazes centram-se na gestão de sintomas, educação alimentar individualizada, apoio psicossocial (técnicas de relaxamento, grupos de apoio) e modelos de cuidados contínuos (ex.: baseados no *Chronic Illness Trajectory Model*), que melhoram o autocuidado, reduzem a ansiedade e a depressão e aumentam a qualidade de vida.

Conclui-se que a Doença Inflamatória Intestinal compromete profundamente a qualidade de vida, mas o enfermeiro, através de uma prática holística e informada, capacita a pessoa para o autocuidado, podendo promover o bem-estar e a autonomia. Recomenda-se a avaliação sistemática da qualidade de vida nas consultas de acompanhamento.

Palavras-chave

Doença Inflamatória Intestinal, Enfermagem, Qualidade de vida

Abstract

Inflammatory Bowel Disease is a chronic condition affecting the gastrointestinal tract that includes Crohn's disease and ulcerative colitis. Although diagnosis can occur at any age, Inflammatory Bowel Disease is frequently diagnosed in young adults. It is estimated that approximately 25,000 people in Portugal have been diagnosed with this condition. Quality of life is a subjective term defined as an individual's perception of their own life; it encompasses physical, psychological, social, and environmental factors. Nurses play a fundamental role in the care of these individuals, contributing to the promotion of adaptation to the disease, the development of self-care strategies, and the improvement of quality of life.

This study consists of a narrative literature review. Its general objective is to analyze the impact of Inflammatory Bowel Disease on an individual's quality of life, based on available scientific evidence. The literature review was conducted using the "Population, Concept, and Context" method, with searches performed in the "B-on," "PubMed," and "SciELO" databases. Eighteen studies were selected based on their pertinence and relevance to the research.

The results of this review indicate that the quality-of-life domains most affected are systemic symptoms, followed by intestinal symptoms, as well as emotional and social aspects. Key factors negatively impacting quality of life include persistent fatigue (even during remission), abdominal pain, fecal incontinence, anxiety/depression, stigma, unemployment, low educational attainment, and delayed diagnosis. Effective nursing interventions focus on symptom management, individualized dietary education, psychosocial support (e.g., relaxation techniques, support groups), and continuous care models (such as those based on the Chronic Illness Trajectory Model); these interventions improve self-care, reduce anxiety and depression, and enhance quality of life.

It is concluded that Inflammatory Bowel Disease profoundly compromises quality of life; however, through holistic and informed practice, nurses empower individuals to engage in self-care, thereby promoting well-being and autonomy. Systematic assessment of quality of life during follow-up consultations is recommended.

Keywords

Inflammatory Bowel Disease, Nursing, Quality of Life

Índice geral

1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico	3
2.1. Doença Inflamatória Intestinal	3
2.1.1. Doença de Crohn e Colite Ulcerosa	3
2.1.2. Epidemiologia	4
2.1.3. Manifestações e Sintomas da Doença Inflamatória Intestinal	5
2.1.4. Tratamento	5
2.2. Qualidade de vida	6
2.3. Teoria de Dorothea Orem	8
2.4. Intervenções de enfermagem	10
3. Metodologia:	12
4. Resultados e discussão	15
4.1. Domínios da QV mais afetados pela DII	15
4.2. Principais fatores que afetam a QV	16
4.2.1. Sintomas da DII	16
4.2.2. Aspetos psicossociais e emocionais	19
4.2.3. Outros fatores:	20
4.3. Intervenções de Enfermagem para a promoção da QV	22
4.3.1. Gestão de sintomas	23
4.3.2. Apoio a nível psicossocial	24
4.3.3. Modelos de cuidados	25
4.3.4. Teoria de Orem	26
5. Implicações para a prática e futuras investigações	27
6. Conclusão	29
Referências bibliográficas:	31
Apêndices	35
Apêndice A: Quadro Síntese de artigos	36

Índice de figuras

Figura 1 – Resultados de pesquisa e processo de seleção e inclusão	14
---	-----------

Índice de tabelas

Tabela 1 - Quadro síntese dos artigos.....	36
---	----

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APA – *American Psychological Association*

CITM – *Chronic Illness Trajectory Model*

CU – Colite Ulcerosa

DC – Doença de Crohn

DII – Doença Inflamatória Intestinal

ESALD – Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias

IBDQ – *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*

MEI – Manifestações Extraintestinais

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCC – População, Conceito e Contexto

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

QV – Qualidade de vida

QVRS – Qualidade de vida relacionada com a saúde

SIBDQ – *Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*

1. Introdução

A presente revisão narrativa surge como parte integrante da Unidade Curricular Estágio VI, realizada no 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco. Foi elaborada pelos estudantes Ana Rita Nunes e Pedro Nascimento, sob a orientação pedagógica do Professor Doutor Ezequiel Martins Carrondo.

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) é uma condição crónica que afeta o trato gastrointestinal e que inclui a Doença de Crohn (DC) e a Colite Ulcerosa (CU). Embora o seu diagnóstico possa ocorrer em qualquer faixa etária, a DII é diagnosticada frequentemente em adultos jovens (Gil & Fernandes, 2019). Estima-se, que em Portugal, cerca de 25.000 pessoas estejam diagnosticadas com esta patologia (Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, 2025).

Ambas as patologias se caracterizam por apresentar períodos de remissão e exacerbação, podendo apresentar sintomas como diarreia, dor abdominal e sangramento retal (Magalhães et al., 2023). Para além destas manifestações intestinais, a DII pode apresentar sintomas extraintestinais e sistémicas, levando a inúmeros tratamentos prolongados e hospitalizações (Gil & Fernandes, 2019). Atualmente, a DII não dispõe de uma cura definitiva, pelo que o tratamento desta doença visa diminuir os sintomas e possibilitar uma melhor qualidade de vida (QV) das pessoas (Fonseca, 2024).

Para além do impacto a nível físico, a DII pode ter um impacto significativo no bem-estar psicológico, social e emocional da pessoa, condicionando a sua QV (Gil & Fernandes, 2019). A imprevisibilidade da doença, a necessidade de realizar consultas e exames para monitorizar o estado da doença, os efeitos adversos dos tratamentos e a fadiga persistente, são alguns exemplos de fatores que contribuem para o comprometimento da QV (Fonseca, 2024).

Neste sentido, o enfermeiro desempenha um papel fundamental no acompanhamento destas pessoas, contribuindo para a promoção da adaptação da doença, para o desenvolvimento de estratégias de autocuidado e para a melhoria da QV. Através da educação para a saúde, do apoio emocional e da promoção da autonomia da pessoa, o enfermeiro pode influenciar positivamente o modo como a pessoa lida com a doença e com as suas implicações no dia a dia.

Este tema torna-se relevante uma vez que a crescente prevalência de DII em Portugal, sobretudo em adultos jovens, exige reconhecimento do seu impacto na QV. Além disso, cuidar de uma pessoa com DII implica desenvolver competências de educação para a saúde, apoio emocional e promoção do autocuidado, que são pilares essenciais para a prática da enfermagem.

Assim surgiu a seguinte questão de revisão: “Qual o impacto da Doença Inflamatória Intestinal na qualidade de vida da pessoa?”

O objetivo geral deste trabalho consiste em analisar o impacto da DII na QV da pessoa, com base na evidência científica disponível.

Para tal, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as dimensões da QV mais afetadas pelas DII;
- Descrever os principais fatores relacionados com a doença que impactam na QV das pessoas;
- Identificar intervenções de enfermagem que contribuem para uma melhor QV na pessoa com DII.

A estrutura do trabalho encontra-se organizada em 6 capítulos principais: Introdução, Enquadramento Teórico, Metodologia, Resultados e Discussão, Implicações para a prática e futuras investigações e Conclusão. Na introdução é realizada uma pequena contextualização do tema e a sua pertinência, bem como a definição dos objetivos; no enquadramento teórico, este encontra-se dividido por tópicos, onde se abordam as DII, a epidemiologia, as manifestações clínicas, o tratamento, a QV, a Teoria de Dorothea Orem e Intervenções de enfermagem; na metodologia é explicado qual o método de pesquisa utilizado; os resultados e discussão, este também é dividido em tópicos, nomeadamente os domínios da QV mais afetados pela DII, principais fatores que afetam a QV e intervenções de enfermagem. Por fim a conclusão que compreende um resumo dos resultados.

O presente trabalho segue as normas de formatação de trabalhos finais da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (ESALD) e as referências bibliográficas estão apresentadas segundo as normas da *American Psychological Association* (APA) 7ª Edição.

2. Enquadramento Teórico

Neste capítulo iremos apresentar um breve enquadramento teórico do tema, importante para a compreensão do estudo e assim ajudar a responder à questão de revisão.

2.1. Doença Inflamatória Intestinal

A DII é uma condição crónica que afeta o trato gastrointestinal, sendo caracterizada por crises inflamatórias recorrentes. Inclui duas principais doenças, a DC e a CU, que, apesar de partilharem sintomas como a diarreia, dor abdominal e sangramento retal, diferem na localização e extensão da área afetada (Fonseca, 2024; Magalhães et al., 2023).

Não existe uma causa conhecida para as DII, pelo que se acredita que seja resultado de uma interação de vários fatores (multifatorial), sendo eles a suscetibilidade genética, fatores ambientais, que incluem alimentação ou infeções anteriores, resposta imunitária desequilibrada e alterações a nível do microbioma intestinal (Serviço Nacional de Saúde, 2026a, 2026b).

2.1.1. Doença de Crohn e Colite Ulcerosa

A DC é uma doença inflamatória intestinal marcada por períodos de remissão e exacerbação da doença. Pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, desde a cavidade oral, até à região perianal, embora tenha maior incidência no íleo terminal (Fonseca, 2024; Magalhães et al., 2023). Além disso, apresenta-se de forma segmentar, ou seja, as áreas inflamadas não aparecem de forma contínua ao longo do intestino, mas sim, de forma alternada, com regiões de intestino saudável (Vieira et al., 2025).

A DC também é caracterizada por afetar todas as camadas da parede intestinal (mucosa, submucosa, muscular externa e serosa) e não apenas a superfície interna do intestino (Fonseca, 2024; Magalhães et al., 2023). Nas áreas afetadas pela inflamação é frequente observar inchaço da mucosa intestinal, rubor e úlceras superficiais. Em casos mais graves, podem surgir fístulas e estenose, ou seja, o estreitamento parcial ou total do intestino, oclusão intestinal, abscessos e risco aumentado de cancro do cólon (Serviço Nacional de Saúde, 2026b; Vieira et al., 2025).

Já a CU, distingue-se da DC, por afetar exclusivamente o reto e o cólon. O processo inflamatório inicia-se, normalmente, no reto, avançando a partir daí, pelo intestino grosso, de forma contínua. Afeta apenas a mucosa do intestino, sem atingir as camadas mais profundas da parede intestinal (Fonseca, 2024; Vieira et al., 2025). Nas áreas afetadas pode-se observar erupções e/ou úlceras e inchaço (Vieira et al., 2025). Em casos mais graves, pode ocorrer hemorragias abundantes e repetidas, inflamação do cólon e aumento do risco do cancro do cólon (Serviço Nacional de Saúde, 2026a).

2.1.2. Epidemiologia

Compreender a epidemiologia da DII é fundamental para contextualizar a urgência na abordagem da QV.

Segundo estudos epidemiológicos realizados nos últimos anos, existem cada vez mais casos da DII na população mundial. O maior relacionamento associado é às mudanças do estilo de vida das pessoas, nomeadamente dieta alimentar, tabagismo, sedentarismo e stress. O diagnóstico, na maioria dos casos, também tem vindo a ser realizado numa fase mais precoce da doença graças ao avanço das técnicas e exames complementares de diagnóstico. A DII não afeta especificamente uma população, podendo afetar qualquer pessoa dependendo da idade, género, nacionalidade e/ou estatuto económico (Gil & Fernandes, 2019).

Nos últimos anos, Portugal tem assistido a uma evolução significativa nos indicadores epidemiológicos, aproximando-se dos padrões registados nos países da Europa Central e do Norte, onde a prevalência é historicamente mais elevada (Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, 2025).

Estima-se que a DII afeta cerca de 25 mil pessoas, sobretudo adultos jovens, 25% dos quais em idade pediátrica, uma incidência que tem vindo a crescer (Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, 2025). Estima-se que a prevalência da DII em Portugal seja de 150 a cada 100.000 habitantes, com possibilidade de aumentar devido às alterações dos estilos de vida da população. Neste contexto, Portugal ocupa uma posição intermédia na tabela europeia, situando-se entre os países de alta e baixa prevalência (Gil & Fernandes, 2019).

O diagnóstico destas doenças ainda demora, em média, dois anos, e persistem dificuldades no acesso atempado a consultas de Gastrenterologia e a exames como colonoscopias ou ressonâncias magnéticas. Além disso, apesar dos avanços significativos no tratamento, sobretudo com os fármacos biológicos, subsistem dificuldades no acesso aos cuidados, o que agrava o impacto na QV dos doentes e nos serviços de saúde (Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, 2025).

2.1.3. Manifestações e Sintomas da Doença Inflamatória Intestinal

Os sintomas da DII podem variar consoante a localização da inflamação e a gravidade da doença, podendo também se manifestar em sintomas intestinais, extraintestinais e sistêmicos (Gil & Fernandes, 2019; Magalhães et al., 2023).

Apesar de partilharem sintomas semelhantes, a DC e a CU, tem as suas especificações. Em relação à DC, os sintomas intestinais mais comuns são: dores abdominais, tipo cólica, ao nível do quadrante inferior direito; diarreia, fezes contendo muco e/ou pus, raramente com sangue (Lunardi et al., 2024; Phipps et al., 2004). Já a CU, os seus sintomas são: diarreia; fezes com sangue, muco e/ou pus e cólicas abdominais presentes antes da dejeção (Oliveira et al., 2021; Phipps et al., 2004).

A nível dos sintomas sistêmicos, estes são partilhados por ambas as patologias e incluem: fadiga, perda de peso, associados à má absorção intestinal; febre, sendo esta menos frequente e sendo associada ao processo inflamatório da doença, e anemia ferropénica devido à má absorção do ferro e pela hemorragia crónica da mucosa (Oliveira et al., 2021; Phipps et al., 2004).

Para além das manifestações intestinais e sistêmicas, a DII, pode apresentar manifestações extraintestinais (MEI), uma vez que esta pode afetar outros sistemas de órgãos, para além do sistema intestinal. Estas podem ocorrer entre 21% a 41% dos doentes com DII (Gantzias, 2022).

A MEI mais comum é a músculo-esqueléticas, com prevalência que variam entre os 9% e os 53% (Gantzias, 2022). Dentro destas manifestações, a mais comum é a artrite, que se caracteriza pela inflamação das articulações (Phipps et al., 2004). Outra MEI são as dermatológicas, que incluem o eritema nodoso, que se caracteriza pelo aparecimento de nódulos avermelhados e dolorosos, normalmente a nível dos membros inferiores, e o pioderma gangrenoso, que se caracteriza pelo aparecimento, inicialmente, de lesões eritematosas e dolorosas, que evolui para úlceras, devido à necrose da pele (Lunardi et al., 2024; Gantzias, 2022). A nível ocular, estas incluem a uveíte, ou seja, a inflamação da úvea, e a episclerite, que é a inflamação benigna e autolimitada da episclera (Lunardi et al., 2024; Gantzias, 2022). Por fim, as MEI hepatobiliares, incluem a colelitíase, fígado gordo, cirrose e colangite (Phipps et al., 2004).

2.1.4. Tratamento

O tratamento da DII depende do tipo da doença e a sua extensão, podendo ser farmacológico e/ou cirúrgico. Com os tratamentos, os objetivos passam por tentar suprimir crises inflamatórias que possam aparecer, afastar qualquer resposta imune que não seja benéfica ao corpo e proporcionar repouso à pessoa e ao

intestino para facilitar a cicatrização. As pessoas que seguem o regime terapêutico de forma cuidadosa têm períodos mais longos de melhoria do seu estado de saúde (Smeltzer et al., 2011; Matos e Figueiredo, 2013).

A nível do tratamento farmacológico, o uso de outros fármacos atuam também como alívio de sintomas, tal como medicamentos antidiarreicos, antiespasmódicos ou medicamentos que influenciam positivamente na absorção alimentar. O uso de medicamentos imunossupressores é atualmente o tratamento mais eficaz, sendo aconselhado à pessoa que inicia o tratamento, ajudando a evitar lesões no tubo digestivo e consequentemente evitar perder a função intestinal (Matos e Figueiredo, 2013).

Ao longo dos anos e com o avançar da medicina, têm existido mudanças no tratamento da DII, como o uso de medicamentos imunomoduladores e o uso de terapia biológica numa fase precoce da doença com o objetivo de transformar a direção da doença (Palmela Torres e Cravo, 2015).

O tratamento cirúrgico aparece quando o tratamento farmacológico não é efetivo. Em casos “de se verificar deterioração contínua do intestino, hemorragia intensa, perfuração, formação de estenoses e, nalguns casos, neoplasia do cólon.” (Gil, 2017, p39). Usualmente, a cirurgia eleita é a proctocolectomia com ileostomia, mas em algumas situações em que a gravidade é maior, mais frequente em DC, a cirurgia realizada é a colectomia total e ileostomia (Matos e Figueiredo, 2013).

O tratamento é longo até se conseguir obter os resultados esperados. O objetivo primordial é o aumento da QV das pessoas, sendo também importante o controlo de sintomas e o equilíbrio nutricional (Fróes, 2012).

Na DII as suas complicações afetam diretamente alterações na ingestão alimentar, através da diminuição da ingestão alimentar devido aos sintomas associados à doença e/ou pelas alterações na absorção dos nutrientes. O estado nutricional da respetiva pessoa influencia diretamente a gravidade da doença tendo como consequência desnutrição, podendo ser necessário a pessoa ser hospitalizada para correção do seu estado geral recorrendo à terapia endovenosa (Matos e Figueiredo, 2013).

2.2. Qualidade de vida

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a QV é definida pela “perceção que a pessoa tem da sua posição na vida, no contexto cultural e dos sistemas de valores em que vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization, 1998, p.3). Esta definição mostra que a QV é subjetiva tendo em consideração fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais (World Health Organization, 1998).

Ainda segundo a OMS, a QV apresenta 6 domínios sendo eles:

- Domínio Físico que inclui a dor e o desconforto, a energia e a fadiga, o sono e o repouso;
- Domínio Psicológico que abrange os sentimentos positivos e negativos, o pensamento, a aprendizagem, a memória e concentração, a autoestima, a imagem corporal e aparência;
- Nível de Independência que se encontra relacionada com a mobilidade, as atividades da vida diária, a dependência de medicamentos ou tratamentos e a capacidade de trabalhar;
- Relações sociais, ou seja, as relações pessoais, o suporte social e a atividade sexual;
- Ambientais que abrange a segurança física e a proteção, o ambiente doméstico, os recursos financeiros, os cuidados de saúde e a assistência social, as oportunidades para adquirir novas informações e competências, a participação e oportunidades para atividades lúdicas e de lazer e por fim o ambiente físico e transporte;
- Espiritualidade, religião e crenças (World Health Organization, 1998, p. 19).

A qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) corresponde a um conceito mais específico da QV centrando-se no impacto que a saúde, a doença e os tratamentos exercem sobre a vida da pessoa (World Health Organization, 1998). Enquanto a QV engloba múltiplas dimensões da existência humana, a QVRS avalia particularmente a forma como a saúde influencia o funcionamento físico, psicológico e social do indivíduo. Este conceito tem vindo a assumir crescente relevância na área da saúde, uma vez que permite compreender não apenas os resultados clínicos das intervenções, mas também a perceção da pessoa relativamente ao seu bem-estar e capacidade funcional.

Nas doenças crónicas, como a DII, a avaliação da QVRS torna-se especialmente importante. O controlo clínico da doença nem sempre corresponde a uma melhoria da perceção de saúde da pessoa, podendo persistir sintomas físicos, limitações funcionais ou dificuldades emocionais que comprometem o bem-estar geral. Desta forma, a avaliação da QV constitui um importante indicador complementar aos parâmetros clínicos tradicionalmente utilizados na monitorização da doença (Fonseca, 2024).

Os sintomas da DII, afetam o domínio físico e o nível de independência. A diarreia, a urgência fecal, as dores abdominais, a fadiga, são exemplos de sintomas que comprometem o bem-estar geral destas pessoas. A nível psicológico, esta pode ser comprometida pela imprevisibilidade da doença, pelo medo de novas

crises e hospitalizações e possíveis complicações (Pilon et al., 2025). As limitações impostas pela doença, como as restrições alimentares e os sintomas da doença, podem condicionar a participação em eventos e atividades sociais, o desempenho profissional e as relações interpessoais, afetando a parte social da pessoa (Giacometti, 2018; Pilon et al., 2025). Por fim o acesso aos cuidados de saúde, a rede de suporte, sejam eles, amigos, familiares e/ou grupos de apoio, e o acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, também pode influenciar. A falta destes recursos, pode comprometer a adesão ao tratamento, agravar a saúde mental e reduzir assim a QV (Pilon et al., 2025).

No contexto da DII, os instrumentos específicos de avaliação da QV assumem especial relevância. O *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a QV destes doentes. Este questionário permite analisar o impacto da doença nos sintomas intestinais, sintomas sistémicos, aspetos emocionais e aspetos sociais. Posteriormente, foi desenvolvida uma versão reduzida, denominada *Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (SIBDQ), que mantém a capacidade de avaliação da QV, apresentando uma aplicação mais simples e rápida.

A escolha do instrumento de medida deve ser orientada pelos objetivos da avaliação e pelo contexto clínico ou de investigação. Enquanto o IBDQ original permite uma análise detalhada e diferenciada dos quatro domínios, o SIBDQ revela-se particularmente útil na prática clínica diária, onde a rapidez e a simplicidade são essenciais para monitorizar a evolução da QVRS ao longo do tempo.

2.3. Teoria de Dorothea Orem

As teorias de enfermagem têm evoluído num percurso com grande riqueza concetual, que deve ser apropriado pelos enfermeiros. Para ser útil, uma teoria deve ser significativa, relevante e compreensível, uma vez que esta é definida como uma explicação sistemática de um acontecimento em que os componentes e os conceitos são identificados, são propostas relações entre eles e realizadas previsões (Queirós et al., 2014).

Estes modelos criam mecanismos pelos quais os enfermeiros se podem orientar para a realização das suas intervenções, favorecendo um modo de pensar sistemático sobre a enfermagem e a prática. Para além disso, os enfermeiros percebem o que estão a fazer e serão capazes de o explicar aos outros. Ou seja, a teoria em enfermagem leva à autonomia profissional, orientando as práticas, o ensino e a investigação da profissão (Queirós et al., 2014).

Uma das teorias reconhecidas como referência para a prática da enfermagem é a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, ou Teoria Geral do Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem (Tomey & Alligood, 2004).

Para Orem, o autocuidado é o conceito principal da sua teoria. Ela descreve o autocuidado como a prática das atividades que auxiliam as pessoas no aperfeiçoamento e amadurecimento ao longo do tempo, com o objetivo de preservar a vida e o funcionamento saudável, dando continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal (Tomey & Alligood, 2004).

Além disso, Orem considera a sua teoria como uma teoria geral composta por três teorias relacionadas: a teoria do autocuidado, em que é descrito como e porque é que as pessoas cuidam de si; a teoria do déficit do autocuidado, que explica e descreve porque é que as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que devem ser criadas e mantidas para que a enfermagem se concretize (Tomey & Alligood, 2004).

Orem identificou três tipos de requisitos de autocuidado, que são objetivos que devem ser atingidos através de ações que a pessoa deve realizar para garantir o seu bem-estar (Queirós et al., 2014). Os requisitos universais são aqueles que são comuns a todas as pessoas; os requisitos de desenvolvimento são aqueles que vão promover o desenvolvimento da vida e a maturação; e os requisitos de desvio de saúde, que surgem em situações de doença e que exigem cuidados específicos relacionados com a patologia ou tratamento (Queirós et al., 2014). No contexto da DII, os requisitos de desvio de saúde são os mais relevantes, uma vez que o doente necessita de aprender a gerir os sintomas, cumprir o esquema terapêutico e vigiar complicações e efeitos adversos da medicação.

Quando o indivíduo não consegue satisfazer os requisitos de autocuidado, é necessária a intervenção de um agente de autocuidado terapêutico, ou seja, uma pessoa adulta, que ajuda o indivíduo a fazer aquilo que ele não é capaz de fazer sozinho (Queirós et al., 2014).

Para responder a estes défices, Orem propõe três tipos de sistemas de enfermagem. O primeiro sistema, o sistema totalmente compensatório, em que a enfermagem substitui por completo a pessoa no seu autocuidado; o sistema parcialmente compensatório, em que o indivíduo necessita da ajuda da enfermagem para aquilo que ele não é capaz de realizar sozinho; e o sistema apoio-educativo, em que a pessoa consegue realizar o seu autocuidado sozinho, necessitando apenas da enfermagem, para supervisão e ensino (Queirós et al., 2014). Neste último sistema é onde se enquadra a maioria das intervenções de enfermagem dirigidas à promoção da QV do doente com DII em contexto ambulatorio.

Por fim, Orem descreve cinco métodos que os enfermeiros podem usar, quando cuidam das pessoas, podendo usar esses métodos de forma isolada ou combinada,

sendo eles: “executar ou agir, substituindo-a naquilo que ela não é capaz de fazer; orientar e encaminhar; dar apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento; e ensinar.” (Queirós et al., 2014, p.5).

2.4. Intervenções de enfermagem

A educação para a saúde tem vindo a assumir uma importância crescente na sociedade ao longo dos últimos anos. Desempenha um papel fundamental na promoção da saúde, ao fornecer à população conhecimentos, competências e informação que permitem a adoção de decisões mais saudáveis e a modificação de comportamentos de risco (Gil & Fernandes, 2019).

O enfermeiro faz parte de uma equipa multidisciplinar, que em conjunto devem encaminhar a pessoa, a família ou a comunidade a ter escolhas com o intuito de conseguir obter ganhos na saúde e com isso aumentar a sua QV. O papel do enfermeiro começa na identificação das necessidades de aprendizagem da pessoa, família ou comunidade. A realização de um programa de educação para a saúde tem de ser ativo e flexível, pois por vezes é necessário existirem alterações em torno de novas necessidades ou situações que aparecem no quotidiano (Gil & Fernandes, 2019).

Devido às alterações demográficas entre o envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas, tendo em conta também o contexto socioeconómico e político, contribuem para que os cuidados de enfermagem evoluam com o objetivo de atender às novas necessidades das pessoas. Com isto, o enfermeiro presta cuidados de forma holística ajudando a reconhecer, verbalizar e encontrar a maneira mais segura e competente de responder à sua condição de saúde e consequentemente gerir de forma ativa a sua doença (Gil & Fernandes, 2019).

Os cuidados de enfermagem prestados na comunidade devem ser sempre suportados por evidência científica, de forma que a investigação tem um papel importante sobre as necessidades das pessoas, as intervenções que devem de ser prestadas e na facilitação de indicar a melhor forma de promover a saúde, prevenir a doença e prestar cuidados nas diferentes áreas de atuação à pessoa/família, seja ela ao longo do ciclo de vida e/ou em diferentes contextos. Os enfermeiros devem elaborar dinâmicas e oferecer suporte das iniciativas estratégicas nos programas de melhoria da QV de modo a criar um ambiente terapêutico protegido e ativo (Gil & Fernandes, 2019).

A equipa de enfermagem tem como responsabilidade proporcionar as informações necessárias assegurando que existe adesão ao regime terapêutico estabelecido tal como o seguimento coerente das indicações proferidas

relacionadas com a dieta, exercício físico, com o objetivo de desenvolver hábitos de vida saudáveis (Gil & Fernandes, 2019).

O enfermeiro tem o dever de ser o elo de ligação entre o médico, o utente e a restante equipa multidisciplinar, fazendo um trabalho unido podendo dar possibilidade à pessoa com DII de escolha nas decisões fazendo uma avaliação correta podendo assim melhorar a sua QV. A pessoa com DII é incluída num grupo com necessidades específicas e que necessitam de acompanhamento, garantido que existem os cuidados de saúde competentes e a participação nos programas e projetos de intervenção, pretendendo assim enaltecer a sua capacitação a nível individual, familiar e na comunidade (Gil & Fernandes, 2019).

3. Metodologia:

A metodologia tem como principal objetivo explicar a forma, as técnicas utilizadas e consequentemente obter respostas e/ou resultados para os objetivos que foram inicialmente delineados, descrevendo um processo lógico que permitiu realizar a investigação (Fortin et. al., 2009).

Para a realização deste trabalho, procedeu-se a uma revisão narrativa da literatura. A revisão narrativa da literatura “caracteriza-se como sendo uma revisão apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado tópico ou assunto, identificando e resumindo o que foi publicado anteriormente, sob uma perspetiva teórica ou contextual.” (Néné & Sequeira, 2022, p. 247). Desta forma, o objetivo geral de uma revisão narrativa da literatura é de oferecer ao leitor uma síntese narrativa de estudos, publicações e artigos que sejam relevantes para uma determinada área em estudo (Néné & Sequeira, 2022).

Para orientar a revisão narrativa da literatura, foi formulada uma questão de revisão, recorrendo à estratégia metodológica PCC (População, Conceito e Contexto) (Apóstolo, 2017). Assim sendo, a população (P) corresponde à pessoa adulta com doença inflamatória intestinal; o conceito (C) corresponde ao impacto na qualidade de vida destes doentes; e o contexto (C) corresponde à doença crónica em fase de exacerbação e remissão. Assim, através desta estratégia metodológica foi formulada a seguinte questão de revisão: Qual o impacto da Doença Inflamatória Intestinal na qualidade de vida da pessoa?”

O objetivo geral deste trabalho consiste em analisar o impacto da DII na QV da pessoa, com base na evidência científica disponível.

Para tal, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as dimensões da QV mais afetadas pelas DII;
- Descrever os principais fatores relacionados com a doença que impactam na QV das pessoas;
- Identificar intervenções de enfermagem que contribuem para uma melhor QV na pessoa com DII.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em diversas bases de dados científicos, nomeadamente “B-on”, “PubMed” e “SciELO”. Os termos utilizados foram “Doenças Inflamatórias Intestinais” (ou Inflammatory Bowel Diseases), “Doença de Crohn” (ou Crohn's disease), “Colite Ulcerosa” (ou Ulcerative Colitis), “Qualidade de Vida” (ou Quality of life), “Cuidados de Enfermagem” (ou Nursing Care) e “Intervenções de Enfermagem” (ou Nursing Interventions). Estes termos foram utilizados em

português e em inglês, tendo sido combinados entre si, através dos operadores booleanos “AND” e “OR”, resultando na frase booleana: ("Doenças Inflamatórias Intestinais" OR "Inflammatory Bowel Diseases" OR "Doença de Crohn" OR "Crohn's disease" OR "Colite Ulcerosa" OR "Ulcerative Colitis") AND ("Qualidade de Vida" OR "Quality of life") AND (“Cuidados de Enfermagem” OR “Nursing Care” OR “Intervenções de Enfermagem OR Nursing Interventions”).

Os critérios de inclusão adotados foram: publicações entre 2016 e 2026 (estudos primários, revisões narrativas da literatura...), redigidas em português, inglês ou em espanhol, que estivessem disponíveis na íntegra e com acesso aberto, que abordassem a qualidade de vida de pessoas adultas com doença inflamatória intestinal. Foram excluídos artigos que abordassem o tema em idades pediátricas.

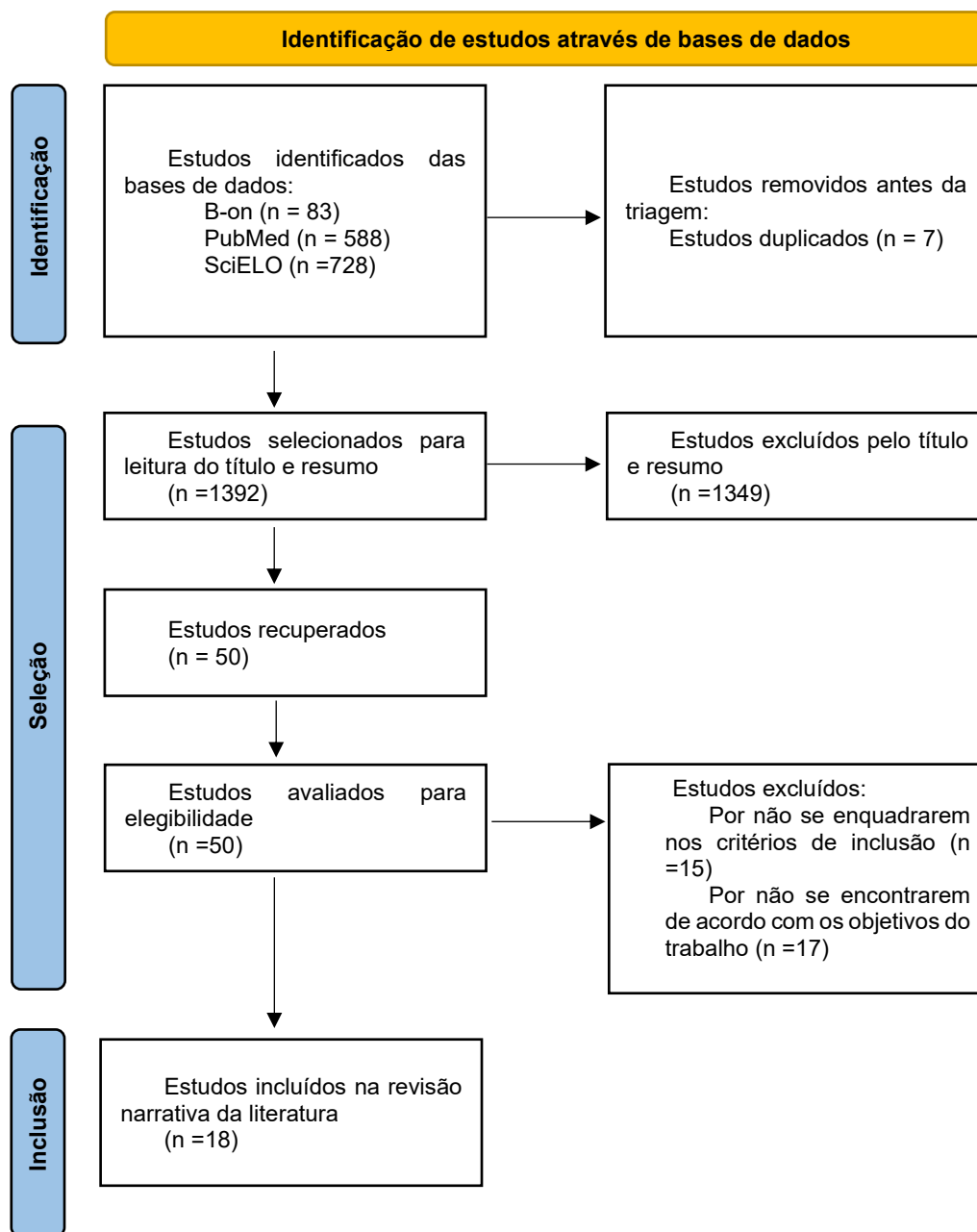
Assim, foi possível eleger 18 artigos, para revisão, e que apresentavam os critérios de inclusão inicialmente estabelecidos.

Através da pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados “PubMed”, “B-on” e “SciELO”, foi possível identificar 1399 estudos, sendo 588 artigos do “PubMed”, 83 da “B-on” e 728 do “SciELO”. Inicialmente foram excluídos 7 artigos duplicados, ficando com um total de 1392 artigos.

A seleção dos artigos ocorreu em duas fases. Na primeira fase, foi realizada uma leitura dos títulos e resumos dos 1392 artigos encontrados, com o objetivo de verificar a pertinência do tema. Após a análise foram selecionados 50 artigos para uma análise integral dos mesmos.

Na segunda fase, procedeu-se à leitura integral dos artigos elegíveis, para análise do conteúdo e extração de informação relevante para os objetivos da revisão. Assim, foram excluídos 32 artigos, sendo que 17 não se enquadravam nos objetivos da revisão e 15 não estavam de acordo com os critérios de inclusão, ficando com um total de 18 estudos.

A organização do processo de seleção e extração de dados encontra-se sintetizado no fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) apresentado a seguir.

Figura 1 – Resultados de pesquisa e processo de seleção e inclusão

Adaptado de [Page MJ, et al. BMJ 2021;372:n71.doi:10.1136/bmj.n71.]

Com base nos estudos selecionados, foi elaborada uma tabela, por ordem cronológica decrescente, das publicações mais recentes, para as mais antigas, que se encontra em apêndice (Apêndice A).

4. Resultados e discussão

No presente capítulo procedemos à análise e discussão dos principais achados dos estudos selecionados, organizando-os em três tópicos: domínios da QV mais afetados pela DII; principais fatores que afetam a QV; Intervenções de Enfermagem para a promoção da QV.

4.1. Domínios da QV mais afetados pela DII

A avaliação da QV das pessoas com DII é realizada através de questionários como o IBDQ ou a sua versão reduzida o SIBDQ, que avaliam determinados domínios que são afetados pela doença, mesmo em remissão. Estes domínios são os “Sintomas intestinais”, os “Sintomas sistémicos”, os “Aspetos sociais” e os “Aspetos emocionais” (Heldt & Córdova, 2025).

É importante referir que estes domínios avaliados pelo IBDQ/SIBDQ, se alinham como os domínios da QV definidos pela OMS. Assim, os “Sintomas intestinais” e os “Sintomas sistémicos” correspondem ao domínio físico e nível de independência. Os “Aspetos sociais”, referem-se às relações sociais e os “Aspetos emocionais” ao domínio psicológico.

A literatura demonstra que a DII afeta significativamente todos estes domínios, embora o impacto da doença, possa variar nos diferentes estudos. De forma geral, os sintomas sistémicos é os que surgem entre os domínios mais comprometidos, seguidos pelos sintomas intestinais, aspetos emocionais e os aspetos sociais.

Kim et al. (2025) conduziram um estudo de 1020 participantes, onde verificaram que tanto na avaliação inicial como no seguimento, os itens relacionados com o domínio do “Sintomas sistémicos”, foram os que apresentaram pontuações mais baixas no SIBDQ, indicando um grande impacto negativo neste domínio. Num outro estudo, também se conclui que este mesmo domínio foi o mais afetado, numa amostra de 80 participantes (Parra-Izquierdo et al., 2023). O mesmo estudo, conclui também que os domínios dos “Aspetos sociais” e “Aspetos emocionais”, foram os que obtiveram melhores resultados (Parra-Izquierdo et al., 2023).

Por outro lado, Dornelas et al. (2025), numa amostra de 18 doentes, concluíram que os “Sintomas Intestinais” e os “Aspetos sociais”, foram os dois domínios que se associaram a pior QV. Contrariamente Gil & Fernandes (2019), ao aplicarem o IBDQ numa amostra de 38 pessoas, verificaram que o domínio “Sintomas sistémicos” foi o mais afetado, seguido de “Aspetos Emocionais” e “Sintomas Intestinais”. Ao contrário do que foi observado em Dornelas et al (2025), no estudo de Gil & Fernandes (2019), o domínio “Aspetos Sociais” foi o que apresentou

melhor QV. Heldt & Córdova (2025), corroboram parcialmente os achados de Gil & Fernandes (2019), concluindo no seu estudo, que o domínio “Sintomas sistêmicos” era o que apresentava pior QV, indo de encontro com o estudo de Kim et al (2025) e Parra-Izquierdo et al (2023).

Esta discrepância, pode estar relacionada com as características da amostra, como por exemplo, o tamanho da amostra, proporção de pessoas com DC/CU, gravidade da doença; com fatores culturais e de suporte social ou da fase em que se encontrava a doença no momento da avaliação (remissão vs exacerbação).

4.2. Principais fatores que afetam a QV

A QV da pessoa com DII é influenciada por diversos fatores que vão além da atividade inflamatória da doença. A literatura demonstra que os sintomas físicos, os sintomas psicológicos e emocionais, bem como outros aspetos, interagem entre si e vão contribuir para a forma como cada um lida com a doença. Desta forma, compreender os fatores que estão associados a pior QV é importante para orientar as intervenções centradas nas necessidades das pessoas e promover a sua autonomia e capacidade de autocuidado e consequentemente, promovendo a QV.

4.2.1. Sintomas da DII

A fadiga é considerada um dos sintomas mais prevalentes e incapacitantes nas pessoas com DII, sendo frequentemente apontada como um dos principais fatores responsáveis pela diminuição da QV (Giri et al., 2025; Kim et al., 2025). A fadiga é caracterizada como “uma sensação de cansaço contínuo com períodos de falta repentina e avassaladora de energia que interfere no desempenho das atividades diárias e não é suficientemente melhorada com repouso adequado” (Billones et al., 2021, citado em Giri et al., 2025, p.2).

A literatura demonstra que a fadiga está presente tanto nos períodos de exacerbação da doença, como nos períodos de remissão. Kim et al (2025) relatam que 80% das pessoas com DII em fase ativa da doença e metade das pessoas em fase de remissão, apresentam fadiga significativa, que compromete a QV. Resultados semelhante foram encontrados em Giri et al. (2025), que indicam que até 86% das pessoas são afetadas pela fadiga e que 41% a 46% das pessoas com a doença em remissão, também são afetadas pela fadiga.

A persistência deste sintoma durante as fases de remissão da doença, constitui um aspeto importante. Embora a remissão seja geralmente associada à melhoria dos sintomas, estes resultados, sugerem que nem sempre é um sinónimo de bem-estar-geral.

O impacto negativo da fadiga na QV é amplamente documentada nas evidências científicas. Diversos estudos demonstram que níveis mais elevados de fadiga estão associados a piores pontuações nos instrumentos de avaliação da QV, como o IBDQ ou o SIBDQ (Roukas et al, 2025; Stroie et al, 2022). Kim et al. (2025), no seu estudo, onde se avaliou a percepção da QV das pessoas com DII, através do SIBDQ, no primeiro mês de acompanhamento e ao fim de 3 anos, o item relacionado com a fadiga (“sentir-se fatigado e cansado”), foi o que apresentou pontuações mais baixas, destacando este sintoma como uma grande preocupação para esta população.

Os fatores de risco para a fadiga são múltiplos. Giri et al (2025), descrevem vários fatores que podem estar relacionados com a fadiga na DII, sendo eles: a atividade inflamatória, com libertação de citocinas pró-inflamatórias, que atravessam a barreira hematoencefálica e afetam o sistema nervoso central; a anemia e as deficiências nutricionais, nomeadamente do ferro, vitamina B12, folato e vitamina D; as comorbilidades psicológicas, com destaque para a ansiedade e a depressão; os distúrbios do sono; e a perda progressiva da massa, força e função muscular. Estes fatores podem atuar de forma isolada ou combinada, podendo assim explicar a elevada prevalência e impacto persistente na QV.

Apesar da sua elevada prevalência e impacto, a fadiga é frequentemente negligenciada e subdiagnosticada pelos profissionais de saúde (Stroie et al.,2022). A tendência para privilegiar os indicadores clínicos e laboratoriais da atividade da doença, pode levar à desvalorização dos sintomas subjetivos, que são muitas vezes incapacitantes. Neste sentido, Kim et al, (2025), sublinha a importância de se ter uma abordagem holística no tratamento da DII, tornando-se fundamental os profissionais de saúde integrarem a avaliação sistemática da fadiga nos cuidados prestados às pessoas com DII.

Outro fator muito prevalente e com grande impacto na QV é a dor. Sendo a dor uma “experiência subjetiva e autorrelato pelo paciente” (Wils et al.,2022, p.2), é importante compreender como ela afeta então a QV. Os mesmos autores afirmam que até 60% das pessoas com DII, podem apresentar dor abdominal, em qualquer momento da sua vida, independentemente da atividade da doença (Wils et al., 2022). Esta dado reforça que a dor pode ocorrer tanto nos períodos de exacerbação como nas fases de remissão da doença.

Por norma a dor abdominal é a mais frequente e comum nas pessoas com DII, no entanto, podem surgir dores articulares, dores lombares e outras queixas musculoesqueléticas, relacionadas com as MEI da DII (Zeitz et al., 2016). Esta ideia, reforça que a dor é uma experiência complexa e, em muitos casos, persistente ao longo do percurso da doença.

Um estudo suíço com 1.263 participantes, verificou que 71% dos participantes relataram dores, e que 52% conviviam com este sintoma há mais de cinco anos, sugerindo um padrão de cronicidade (Zeitz et al., 2016). Resultados semelhantes

foram encontrados no estudo de Dornelas et al. (2025) que identificaram que 94% dos participantes apresentavam dores abdominais.

Contudo a prevalência das dores, pode relacionar-se com a atividade da doença, a gravidade clínica e a eficácia dos tratamentos instituídos. No seu estudo, Lopes et al. (2017) observaram que apenas 19% dos participantes da sua amostra relataram dores abdominais, o que não está de acordo com dados anteriores. Lopes et al. (2017) esclarecem que este número, pode ser justificado pelo facto de os participantes deste estudo, realizarem medicação adequada à sua condição clínica incluindo medicação biológica e imunomoduladores, sugerindo então, que um adequado controlo farmacológico pode contribuir para reduzir a dor, não a eliminando por completo.

O impacto negativo da dor na QV é discutido por alguns autores. Roukas et al. (2025), concluíram que a dor era o sintoma associado à maior redução na QV tendo sido observada uma relação evidente entre a gravidade da dor e a diminuição da QV. Zeitz et al. (2016) corroboram estes dados, visto que neste estudo foi possível verificar que a QV era significativamente menor nas pessoas que apresentavam dor comparando com aqueles que não tinham dores. Lopes et al. (2017), concluíram, que apesar de no seu estudo, haver uma pequena percentagem de pessoas com dor, esta, também se relacionava com uma QV inferior, o que está de acordo com outros estudos.

Apesar da prevalência e impacto, a dor, frequentemente é subdiagnosticada e subtratada na prática clínica. Zeitz et al. (2016) revelaram que um quarto dos doentes não recebiam qualquer tratamento para o controlo da dor. Este dado torna-se preocupante se considerarmos que neste mesmo estudo, metade dos doentes sofria com dores há mais de 5 anos. Wils et al., (2022) corrobora esta ideia, acrescentando que tratamentos específicos para a dor na DII são escassos.

Além da dor e da fadiga, as alterações intestinais são outros fatores que podem impactar a QV destas pessoas. Estes sintomas, muitas vezes percebidos como embaraçosos ou estigmatizantes, afetam profundamente a vida diária, a autonomia e a participação social. Este grupo de sintomas inclui a diarreia, a urgência intestinal, a incontinência, flatulência e distensão abdominal.

Evidências científicas demonstram que as alterações do intestino são sintomas específicos da DII, com prevalência mesmo em fases de remissão. Dornelas et al. (2025) verificou que 39% dos 18 doentes, apresentaram mais de quatro episódios de diarreia por dia, e que metade apresentavam diarreia intermitente, estando associado a pior QV. Kim et al. (2025), identificam que a “frequência de evacuações” na CU e “número de episódios de diarreia por dia”, na DC, se correlacionavam negativamente com a QV. No mesmo estudo, a flatulência em doentes com CU, teve impacto negativo, também na QV, comparando com os doentes com DC.

Para além das limitações físicas associadas, as alterações intestinais distinguem-se dos outros sintomas, pela sua natureza imprevisível e socialmente constrangedora. O receio de necessitar de uma casa de banho por perto e não ter nenhuma, a preocupação com os episódios de incontinência ou a dificuldade em controlar os sintomas em ambientes públicos, pode gerar sentimentos de insegurança e ansiedade. Muitas pessoas passam a planear as suas atividades em função do acesso a casas de banho, limitando as deslocações, viagens ou participação de eventos. Gil & Fernandes (2019) identificaram que o “receio de não encontrar uma casa de banho por perto”, foi o item do IBDQ com média mais elevada, traduzindo-se num impacto negativo na QV.

A incontinência intestinal é uma das alterações ao nível do intestino, que é vista, frequentemente como um tabu. Esta pode ser entendida como a falta de controlo sobre a passagem de muco, gases e fezes. Ilisar et al. (2025) revelam que dos 96 participantes, 88,5% relataram ter incontinência intestinal, no entanto, a maioria referiu que nem o médico nem o enfermeiro, questionaram sobre a incontinência. Já Roukas et al. (2025) revelam que mais de metade dos participantes relataram incontinência intestinal na última semana, estando também relacionado com a perceção mais baixa de QV.

Os vários estudos mostram que estes três sintomas, muitas das vezes andam de “mãos dadas”, e que são os sintomas mais prevalentes e debilitantes. Mesmo em fases de remissão, estes sintomas comprometem o bem-estar físico, emocional e social, da pessoa com DII.

4.2.2. Aspetos psicossociais e emocionais

Os aspetos psicossociais e emocionais constituem também uma dimensão fundamental e determinante na QV da pessoa com DII. Viver com uma doença crónica e imprevisível, exige um processo contínuo de adaptação. A incerteza relacionada com a evolução da doença, a possibilidade de novas crises, a necessidade de exames e consultas frequente e os receios de complicações futuras, pode desencadear sofrimento psicológico significativo, mesmo em fases de remissão.

A evidência demonstra uma elevada prevalência destes sintomas nestas pessoas. No estudo de Larussa et al. (2020), dos 202 participantes, 45% mostravam ter sinais de ansiedade e/ou depressão, enquanto no estudo de Stroe et al. (2022), 33% dos participantes apresentavam sintomas de ansiedade e 16,5% de depressão. Em ambos os estudos, a ansiedade e/ou depressão, foram um fator para uma QV menor. Resultados semelhantes foram evidenciados por Roukas et al. (2025), onde, numa amostra de 8486 participantes, verificaram associações significativas entre a presença de ansiedade moderada a grave e a depressão, com a redução da QV.

Larussa et al. (2020) explicam que este fator pode estar relacionado com a presença de medos e stress, relacionados com a dor, com os exames de diagnóstico, consultas e hospitalizações frequentes, o que vai de encontro com Pilon et al (2025), que acrescenta que a imprevisibilidade da doença e as possíveis complicações, podem comprometer a saúde mental e, conseqüentemente, a QV. Gil & Fernandes (2019), corroboram estes achados, uma vez que a imprevisibilidade da doença, o medo de novas crises, a urgência fecal e o receio de não encontrar uma casa de banho por perto, foram os itens do IBDQ com pior QV, gerando um estado de alerta e ansiedade constante.

O impacto psicossocial da DII, estende-se à vida relacional, social e laboral. A maioria das pessoas considera que a doença tem um impacto negativo nas suas atividades sociais e que influencia no desempenho laboral (Larussa et al.,2020).

Kim et al. (2017), num estudo com 599 participantes, verificaram que 61% dos doentes referiram que a DII os impediu de fazer/manter amizades e que 47% terminaram relacionamentos devido à doença. Estes dados são ainda mais preocupantes quando se considera que a DII é diagnosticada predominantemente em jovens adultos, numa fase crítica para a formação de redes de suporte social e para o estabelecimento de carreiras profissionais.

O estigma associado à DII é um dos principais mediadores deste impacto relacional. Doenças que afetam a função intestinal são frequentemente vistas como tabu, levando a que os doentes interiorizem sentimentos de vergonha e culpa. O estudo de Kim et al. (2017) também revelou que 46% dos inquiridos tinham recebido comentários injustos ou sofrido discriminação no trabalho devido à sua doença. O absentismo é comum, contribuindo para a insegurança financeira, perda de progressão na carreira e, em casos extremos, desemprego e reforma por invalidez.

4.2.3. Outros fatores:

Para além dos sintomas e das variáveis psicológicas, a QV na DII é impactada por um conjunto de fatores sociodemográficos, clínicos e contextuais que, embora nem sempre sejam passíveis de intervenção direta pelo enfermeiro, devem ser conhecidos e considerados na avaliação holística da pessoa. Estes fatores ajudam a explicar a variabilidade da QV entre doentes com gravidade clínica semelhante e orientam a individualização dos planos de cuidados.

A atividade da doença é um dos aspetos que mais pesa na QV, mas o seu efeito não se resume apenas aos sintomas mais evidentes. Estudos como os de Kim et al. (2024) e Stroie et al. (2022) mostram que, quando a doença está ativa (medida por exames como a calprotectina fecal), a QV é pior. No entanto, mesmo quando a doença está controlada e sem sintomas, a QV pode continuar baixa. Larussa et al. (2020) e Parra-Izquierdo et al. (2023) verificaram que muitas pessoas em remissão

ainda assim têm uma vida com menos qualidade, o que sugere que o histórico da doença e a forma como cada um reage ao tratamento também contam muito.

A relação com os tratamentos, sobretudo os medicamentos biológicos, é ambígua. Roukas et al. (2025) e Kim et al. (2017) associam o uso de biológicos a uma pior QV, provavelmente porque estes medicamentos são usados nos casos mais graves. Stroie et al. (2022) vão mais longe e mostram que quem precisa de vários biológicos diferentes, porque os anteriores deixaram de fazer efeito, tem uma QV pior, o que revela uma doença mais difícil de tratar. Já a cirurgia tem um impacto contraditório. Embora seja muitas vezes um sinal de doença grave, Parra-Izquierdo et al. (2023) e Larussa et al. (2020) descobriram que os doentes operados também têm pior QV, possivelmente por medo de a doença voltar, ou por sequelas como a incontinência fecal (Ilsar et al., 2024) ou a necessidade de usar uma bolsa de ostomia.

As pessoas com DII são todas diferentes, e fatores como idade, sexo e condições de vida influenciam muito a QV. O sexo feminino aparece repetidamente como um fator de risco. Parra-Izquierdo et al. (2023) e Heldt & Córdova (2025) viram que as mulheres são maioria nas suas amostras, e Stroie et al. (2022) e Kim et al. (2017) notaram que as mulheres têm pior bem-estar, talvez por sentirem mais os sintomas, por terem mais papéis sociais para gerir ou por preocupações específicas como a fertilidade e a gravidez.

A escolaridade e a situação profissional também contam muito. Kim et al. (2017) e Lopes et al. (2016) mostraram que quem tem pouca escolaridade tem pior QV, o que pode dever-se ao facto, de estas pessoas terem menos conhecimentos sobre a doença e mais dificuldades em lidar com o sistema de saúde.

O impacto no trabalho é enorme. Roukas et al. (2025) mostram que ficar desempregado por causa da doença leva a uma queda grande na QV. Kim et al. (2017) e Larussa et al. (2020) relatam que uma alta percentagem de doentes (62-74%) sente que a doença atrapalha o seu desempenho profissional e social, causando faltas ao trabalho, discriminação e perda de rendimentos.

Outros fatores, como fumar (Roukas et al., 2025; Parra-Izquierdo et al., 2023) e o peso corporal (Roukas et al., 2025), também influenciam a QV de quem fuma e quem está muito acima ou abaixo do peso costuma ter piores resultados. O apoio social, nomeadamente viver acompanhado (Roukas et al., 2025; Larussa et al., 2020), aparece como um fator protetor, ou seja, ajuda a reduzir o impacto negativo da doença.

A relação com os profissionais de saúde e a perceção da qualidade dos cuidados também são importantes, mas nem sempre funcionam bem. Embora Larussa et al. (2020) tenha encontrado uma satisfação elevada dos doentes com o seu gastroenterologista (84%), apenas 66% sentiam que o impacto da DII na sua vida diária era discutido em consulta. Esta falha na comunicação fica ainda mais clara em Ilsar et al. (2024): apesar de 88,5% dos doentes sofrerem de incontinência

fecal, apenas 14,7% foram questionados sobre o problema pelo médico ou enfermeiro. É um dado preocupante e sugere que sintomas considerados tabus ou "menores" são muitas vezes ignorados. O acesso a cuidados especializados também é um problema: Heldt & Córdova (2025) referem que 62,1% dos doentes brasileiros não têm fácil acesso a um especialista em DII.

Aspetos do dia a dia, como o sono e a alimentação, são áreas críticas. A má qualidade do sono é um fator que, por si só, piora a fadiga e a QV como mostraram Giri et al. (2025) e Larussa et al. (2020). A inflamação, as dores noturnas e as perturbações do sono formam um ciclo vicioso que aumenta o cansaço e o mal-estar geral. Na alimentação, o problema vai além do estado nutricional. A desnutrição, a perda de massa muscular e a falta de micronutrientes, como o ferro e a vitamina B12, são muitas vezes ignoradas e contribuem para a fadiga e fraqueza. Além disso, o medo de comer e a restrição alimentar, por receio de desencadear sintomas, prejudicam a QV e a ingestão de nutrientes essenciais, como discutido por Giri et al. (2025) e Stroie et al. (2022).

Por último, o atraso no diagnóstico compromete a QV a longo prazo. Kim et al. (2017) verificou que 41% dos doentes demoraram mais de seis meses a procurar um hospital após o início dos sintomas, e 25% esperaram mais de um ano por um diagnóstico definitivo. Este período de incerteza e de doença não tratada pode levar a mais complicações, mais cirurgias e um pior prognóstico, fixando uma QV mais baixa logo desde o início da doença.

4.3. Intervenções de Enfermagem para a promoção da QV

Atualmente, existem vários estudos que demonstram que as intervenções de enfermagem são fundamentais para ajudar na melhoria da QV das pessoas com DII, promovendo o autocuidado, a gestão dos sintomas, a mudança para estilos de vida saudáveis, o suporte emocional, entre outros (Lima et al., 2024).

Lima et al. (2024) destaca a importância de os cuidados de enfermagem serem individualizados, atendendo às necessidades de cada utente durante as diferentes fases da doença. Considerando o papel fundamental da enfermagem neste processo, é importante que esta, incentive as pessoas diagnosticadas com DII, a adotarem práticas de autocuidado e a fornecerem informações relevantes sobre a doença, tratamento, alimentação e saúde mental (Lima et al., 2024).

A *scoping review* conduzida por Khatoon & Saha (2024) analisou 20 artigos e concluiu que os cuidados de enfermagem que incluem a gestão dos sintomas da DII, educação para a saúde, apoio emocional e psicológico e acompanhamento contínuo, são fundamentais para capacitar as pessoas.

4.3.1. Gestão de sintomas

A gestão dos sintomas da DII, nomeadamente a dor, a fadiga e a incontinência intestinal, são muito importantes, visto que estes sintomas apresentam grande impacto na QV. Como refere o estudo de Fawson et al (2021), os sintomas não ocorrem de forma isolada, mas sim interligados, pelo que ao “tratar” de um sintoma da DII, pode melhorar os outros sintomas.

No que toca à gestão da fadiga, os enfermeiros têm um papel fundamental através da educação para a saúde. Segundo Khatoon & Saha (2024), as intervenções eficazes incluem o desenvolvimento de sessões de planeamento com as pessoas a fim de desenvolver e identificar estratégias para gerir os sintomas da DII, como exercício físico, hábitos de sono e alimentação saudável. Um outro estudo, que tinha como objetivo compreender as estratégias que as pessoas com DII utilizavam para gerir os sintomas, conclui que o exercício físico era benéfico, visto que os participantes relataram sentirem-se com mais energia após uma corrida ou caminhada, em vez de cansados (Fawson et al., 2021). No entanto, também é fundamental descansar, pelo que os participantes deste estudo relataram que dormir as horas necessárias era importante para gerir a fadiga, bem como se permitirem a descansar durante o dia, fazendo pausas regulares e reconhecendo os seus limites (Fawson et al., 2021).

Na gestão da dor, Fawson et al (2021), identificaram algumas estratégias usadas pelos participantes, como se manter ativo; o uso de selos de morfina de libertação lenta e o uso de fontes de calor externas como bolsas de água quente, ou almofadas térmicas. No geral, os participantes deste estudo evitavam a toma de medicação de forma regular, uma vez que tinham o receio de criar dependência da analgesia e medo dos possíveis efeitos colaterais.

No que toca à incontinência intestinal, Fawson et al (2021) constataram que os participantes tinham sempre por perto um *kit* de emergência, com roupa extra e toalhetas. Para eles, era uma estratégia que reduzia a ansiedade face a este sintoma. Outros participantes relataram a importância de conhecer antecipadamente a localização das casas de banho dos locais que iam frequentar, e outros relataram andar sempre com medicação antidiarreica (Fawson et al., 2021). Estas estratégias, são exemplos de comportamentos de autocuidado que o enfermeiro pode ajudar a desenvolver junto de pessoas com DII.

Quizhpi & León, (2024), destacam a importância do enfermeiro na educação alimentar e nutricional. Estes explicam que as intervenções de enfermagem na educação alimentar e nutricional devem ter como objetivo, melhorar os sintomas e corrigir as deficiências nutricionais (ferro, vitamina B12, vitamina D). A alimentação nas pessoas com DII, pode relacionar-se com o agravamento de sintomas, como dores abdominais e alterações a nível intestinal. No estudo de Fawson et al (2021), os participantes relataram que a dieta e a hidratação são muito importantes e que descobrir que alimentos “pioravam” ou “melhoravam” os sintomas era fundamental.

No entanto não existe uma dieta “padrão” para estas pessoas, visto, que alguns conseguiam comer/beber leite e os seus derivados, alimentos temperados ou carboidratos, sem “nenhuma consequência”, e para outros, estes alimentos podiam desencadear o agravamento dos sintomas (Fawson et al., 2021). Sendo assim, o enfermeiro deve sempre individualizar o plano alimentar dos seus utentes, explicando que existe alimentos que podem ser melhor ou pior tolerados e ajudá-los nessa identificação, recorrendo, sempre que necessário, ao nutricionista.

4.3.2. Apoio a nível psicossocial

Além dos sintomas físicos, o bem-estar psicológico também fica comprometido, manifestando-se por ansiedade, depressão, estigmatização e isolamento social. Algumas pessoas podem mesmo passar por um período de negação no processo de diagnóstico da doença (Richard et al., 2020, citado em Khatoon & Saha, 2024).

A recomendação de envolver a família no momento do diagnóstico, defendida por Khatoon & Saha (2024), é um pilar fundamental. Na prática, o enfermeiro deve não apenas informar sobre os sintomas, mas também avaliar a dinâmica familiar e eventuais crenças disfuncionais sobre a doença. O envolvimento precoce da família pode reduzir sentimentos de culpa e sobrecarga, prevenindo o isolamento da pessoa. Contudo, é necessário equilíbrio: o respeito pela autonomia e privacidade da pessoa deve ser prioritário, especialmente quando esta manifesta negação como mecanismo de defesa (Richard et al., 2020). O enfermeiro competente reconhece a negação como uma fase adaptativa, não a confrontando de imediato, mas criando um espaço seguro para que o doente expresse os seus medos.

Khatoon & Saha (2024) sublinham que a confiança, empatia e comunicação permitem superar o desamparo. Na discussão dos resultados, salienta-se que estas não são qualidades abstratas, mas competências operacionalizáveis: escuta ativa, validação emocional, partilha de decisões e definição conjunta de pequenas metas de autocuidado. Por exemplo, um enfermeiro que pergunta “O que é mais difícil para si neste momento?” e ajusta o plano de cuidados com base na resposta está a promover a participação ativa. Estudos mostram que esta abordagem reduz a perceção de desamparo aprendido, comum em doenças prolongadas.

Lidar com o stress e a ansiedade no dia a dia é complexo, pelo que os enfermeiros devem orientar os utentes para a prática de técnicas de relaxamento como o *mindfulness*, a meditação, a ioga. Fawson et al. (2021) indicam *mindfulness*, meditação e ioga como estratégias eficazes. Na prática de enfermagem, estas técnicas podem ser integradas de forma breve e adaptada ao contexto hospitalar ou comunitário. O enfermeiro pode ensinar exercícios de respiração diafragmática de 2-3 minutos antes de procedimentos que gerem ansiedade, ou disponibilizar gravações guiadas de *mindfulness* para uso diário. A discussão dos resultados deve reconhecer que nem todos os doentes aderem a

estas práticas, uma vez que os fatores culturais, cognitivos ou de mobilidade podem limitar a sua aplicação. Cabe ao enfermeiro avaliar a aceitabilidade e adaptar, propondo alternativas como relaxamento muscular progressivo ou atividades rítmicas (ex.: caminhada consciente).

Os grupos de apoio, presenciais ou *online*, são apontados como redutores do isolamento e promotores de partilha de experiências (Fawson et al., 2021). Na discussão, é relevante problematizar que o enfermeiro assume um papel de facilitador: identificar recursos existentes na comunidade, motivar o doente a participar e, quando estes não existem, colaborar com equipas multidisciplinares para os criar (ex.: grupos de psicoeducação em centros de saúde). Contudo, há barreiras como a falta de literacia digital em pessoas idosas ou o receio de exposição. O enfermeiro pode, então, iniciar com encontros individuais ou pequenos grupos temáticos, utilizando a conversa terapêutica como primeiro passo para quebrar o isolamento.

4.3.3. Modelos de cuidados

Para além dos cuidados de enfermagem focados nos sintomas ou no suporte emocional e psicológico, de forma isolada, os estudos mostram que os modelos de cuidados de enfermagem estruturados que ajudam a garantir a continuidade dos cuidados são também eficazes.

Um exemplo de um estudo é o estudo de Shi & Geng (2024), que teve como objetivo explorar os efeitos das intervenções de enfermagem baseadas no *Chronic Illness Trajectory Model* (CITM), na ansiedade, depressão, QV, adesão à medicação e adesão à dieta em pessoas com DII, numa amostra de 112 pessoas. O CITM foi proposto inicialmente por Corbin e Strauss na década de 1990. Este modelo defende que as “intervenções de enfermagem devem ser adaptadas aos diferentes estágios da trajetória de uma doença crónica para prevenir complicações, controlar sintomas, estabilizar estados psicológicos e melhorar a qualidade de vida” (Shi & Geng, 2024, p.2580). Neste estudo, o grupo experimental, para além dos cuidados de enfermagem de rotina, receberam cuidados de enfermagem baseadas no CITM, que incluía, sessões educativas sobre a doença, medicação e nutrição; monitorização e gestão de sintomas; apoio psicológico; exercícios funcionais e de comunicação; e por fim, após a alta clínica, telefonemas quinzenais, para apoio ao utente. Os resultados obtidos ao fim de 3 meses, mostraram que o grupo experimental apresentou uma pontuação mais alta no IBDQ, traduzindo-se numa melhor QV, níveis mais baixos de ansiedade e depressão e melhores capacidades de autocuidado, comparativamente ao grupo de observação, que só receberam os cuidados de enfermagem de rotina (Shi & Geng, 2024).

No mesmo contexto, o estudo de Xu et al (2023), teve como objetivo explorar os efeitos dos cuidados de enfermagem contínuos em 97 pessoas com DII, após 6 meses de seguimento. Estes cuidados de enfermagem iniciavam-se ainda durante o período de internamento, através da avaliação inicial, avaliação dos sintomas, exames laboratoriais, para elaborar os diagnósticos de enfermagem e garantir cuidados personalizados; ensinamentos sobre a doença, tratamento, nutrição, entre outros, para promover o desenvolvimento de comportamentos saudáveis. Além disso, receberam apoio psicológico, com a finalidade de estabelecer confiança no tratamento e reabilitação. Após a alta, foi realizado acompanhamento contínuo, através de telefonemas, grupos no WeChat e consultas no ambulatório, no primeiro, terceiro e sexto mês após a alta hospitalar; ensinamentos sobre identificação e monitorização de sintomas; ensinamentos sobre atividade física; orientações sobre medicação e os seus efeitos secundários; apoio psicológico e social e envolvimento familiar. Através destes cuidados, foi possível reduzir a incerteza em relação à doença, ajudar a adotar estilos de vida saudáveis, melhorar a qualidade do sono e a QV (Xu et al., 2023).

Os resultados apresentados por Shi & Geng (2024) e Xu et al. (2023) demonstram que os modelos estruturados de cuidados de enfermagem, baseados na continuidade e na adaptação à trajetória da doença crónica, produzem ganhos significativos na QV, ansiedade, depressão e capacidades de autocuidado em pessoas com doença inflamatória intestinal DII.

4.3.4. Teoria de Orem

A Teoria do Défice de Autocuidado de Orem apresenta especial relevância na abordagem da pessoa com DII, uma vez que esta doença exige uma participação ativa do indivíduo na gestão da sua saúde. O controlo dos sintomas, a adesão ao regime terapêutico, a vigilância de sinais de agravamento e a adoção de hábitos alimentares adequados são exemplos de atividades de autocuidado necessárias para minimizar o impacto da doença.

Neste contexto, o enfermeiro assume um papel fundamental na capacitação da pessoa para desenvolver conhecimentos e competências que lhe permitam gerir a sua condição de forma autónoma. Através da educação para a saúde, do apoio emocional e do acompanhamento contínuo, é possível promover a adesão ao tratamento e a adaptação à doença crónica.

Desta forma, a aplicação da teoria de Orem contribui para o fortalecimento da capacidade de autocuidado da pessoa com DII, favorecendo uma melhor gestão da doença e promovendo ganhos em saúde e qualidade de vida.

5. Implicações para a prática e futuras investigações

Os resultados desta revisão narrativa demonstram que a DII tem um impacto significativo na QV, afetando diversos domínios, nomeadamente os domínios físico, emocional, social e psicológico. Neste contexto, torna-se essencial que os cuidados de enfermagem sejam orientados para uma abordagem holística, centrada na pessoa e nas suas necessidades individuais, reconhecendo que o controlo da doença nem sempre corresponde a uma perceção positiva da qualidade de vida.

Os estudos analisados reforçam a importância da avaliação sistemática da qualidade de vida durante as consultas de acompanhamento. Para além da monitorização dos parâmetros clínicos e da atividade inflamatória da doença, os enfermeiros devem valorizar a identificação de sintomas frequentemente subvalorizados, como a fadiga, a dor persistente, a incontinência intestinal, as alterações do sono e o sofrimento emocional. A integração de instrumentos de avaliação da qualidade de vida, como o IBDQ ou o SIBDQ, pode constituir uma estratégia útil para identificar de forma precoce as necessidades específicas e orientar intervenções individualizadas.

A educação para a saúde continua a assumir um papel central na prática de enfermagem junto da pessoa com DII. A capacitação para o autocuidado, sustentada nos princípios da Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, permite promover a autonomia da pessoa na gestão da sua condição de saúde. Neste sentido, é importante que os enfermeiros desenvolvam intervenções direcionadas para a adesão terapêutica, gestão dos sintomas, alimentação adequada, prática de exercício físico, gestão do stress e reconhecimento precoce de sinais de exacerbação da doença.

Os resultados desta revisão destacam igualmente a necessidade de reforçar o apoio psicológico e emocional prestado a estas pessoas. A elevada prevalência de ansiedade, depressão, medo de recaídas e sentimentos de estigma demonstra que a intervenção de enfermagem deve ir além dos aspetos físicos da doença. A criação de espaços de escuta ativa, o encaminhamento para apoio especializado quando necessário e a promoção de grupos de apoio podem contribuir para uma melhor adaptação à doença e para a melhoria da QV.

Importa ainda salientar a relevância da continuidade dos cuidados e da articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde. O enfermeiro assume um papel privilegiado enquanto elemento de ligação entre a pessoa, a família e a equipa multidisciplinar, promovendo uma abordagem integrada e centrada na pessoa ao longo de todo o percurso da doença.

Relativamente à investigação futura, verificou-se que continuam a existir áreas que necessitam de maior aprofundamento científico. Apesar do crescente interesse

pela QV na DII, são ainda escassos os estudos que avaliam especificamente o impacto das intervenções de enfermagem na melhoria dos resultados reportados pelas pessoas. Assim, recomenda-se a realização de estudos que analisem a eficácia de programas de educação para a saúde, intervenções de apoio psicossocial e modelos de acompanhamento liderados por enfermeiros.

Seria igualmente pertinente desenvolver investigações que explorem a experiência vivida pelas pessoas com DII, permitindo compreender de forma mais aprofundada as dificuldades enfrentadas no quotidiano e as estratégias utilizadas para lidar com a doença. Por fim, sugere-se a realização de estudos que permitam acompanhar a evolução da QV ao longo do tempo e identificar fatores protetores que favoreçam uma melhor adaptação à doença.

Em síntese, os resultados desta revisão reforçam a necessidade de uma prática de enfermagem baseada na evidência, centrada na promoção do autocuidado, na capacitação da pessoa e na avaliação contínua da QV, contribuindo para cuidados mais humanizados, individualizados e orientados para o bem-estar da pessoa com DII

6. Conclusão

A DII constitui um crescente problema de saúde pública e com um grande impacto na vida das pessoas. A DII é uma condição crónica, que afeta o trato gastrointestinal, sendo caracterizada por períodos de exacerbação da doença e fases de remissão. Afeta principalmente adultos jovens, acabando por apresentar um grande impacto na vida dos mesmos. Apesar de o tratamento ser direcionado para o controlo dos sintomas, o impacto da DII compromete não só o bem-estar físico, mas também o bem-estar psicológico, emocional e social.

Neste sentido, compreender o impacto da DII na QV da pessoa revelou-se fundamental para adequar os cuidados de enfermagem às necessidades desta população.

A evidência demonstrou que a QV é significativamente comprometida, afetando todos os domínios. No entanto, sintomas sistémicos são os que surge entre os domínios mais comprometidos, seguidos pelos sintomas intestinais, aspetos emocionais e os aspetos sociais.

Apesar de a QV ser subjetiva, a verdade é que existe um conjunto de fatores que pode comprometer a QV das pessoas com DII, e que são transversais à maioria destes doentes. Os sintomas da DII, nomeadamente a fadiga, a dor e as alterações intestinais, são os fatores mais prevalentes que interferem diretamente na perceção de QV. Além deles, outros fatores como a história de cirurgia prévia, a necessidade de múltiplos tratamentos biológicos (refletindo doença mais grave), a má qualidade do sono, as deficiências nutricionais e o comportamento alimentar restritivo, bem como fatores sociodemográficos (sexo feminino, baixo nível de escolaridade, desemprego, viver sozinho) e a demora no diagnóstico também surgem como fatores determinantes, agravando ainda mais a perceção de QV.

Para tal é importante o enfermeiro estar consciente destes fatores, para que possa prestar cuidados de enfermagem e implementar intervenções de enfermagem, que possam promover a autonomia e fortalecer a capacidade de autocuidado. Nos estudos analisados, foi possível perceber que muitas das vezes, estes fatores não eram discutidos nas consultas, comprometendo os cuidados. Neste contexto, a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem oferece um quadro teórico essencial: ao identificar os requisitos de desvio de saúde (gestão de sintomas, adesão terapêutica, vigilância de complicações), o enfermeiro atua como agente de autocuidado terapêutico, utilizando métodos de ajuda como o ensino, o apoio psicológico e a orientação. Os resultados desta revisão revelam que intervenções de enfermagem como a gestão dos sintomas, a educação alimentar individualizada, o apoio psicológico e modelos de cuidados contínuos, melhoram significativamente a QV, reduzem a ansiedade e a depressão e promovem o autocuidado.

No entanto, importa reconhecer as limitações deste estudo. A escassez de estudos relevantes relacionados com o tema e que estavam de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos, tornou-se um desafio significativo, dificultando uma análise mais aprofundada sobre o tema. No entanto, os resultados obtidos permitiram responder à questão inicialmente formulada, assim como, alcançar os objetivos definidos para o trabalho.

Em suma, a DII compromete profundamente a QV das pessoas que com ela vivem, mas o enfermeiro, através de uma prática informada, holística e centrada no autocuidado, pode fazer a diferença na promoção do bem-estar e da autonomia.

Referências bibliográficas:

Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Dornelas, T. A., Vasconcelos, A. J., Lanna, G. P., Gomes, J. L. Gouvêa, N. B., Santos, V. L., & Guimarães, Y. F. (2025). Qualidade de vida em pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório Ciências Médicas de Minas Gerais. *Research, Society and Development*, 14(5), e1114548657. <https://doi.org/10.33448/rsd-v14i5.48657>

Fawson, S., Dibley, L., Smith, K., Batista, J., Artom, M., Windgassen, S., Syred, J., Moss-Morris, R., & Norton, C. (2021). Developing an Online Program for Self-Management of Fatigue, Pain, and Urgency in Inflammatory Bowel Disease: Patients' Needs and Wants. *Digestive Diseases and Sciences*, 67(7), 2813–2826. <https://doi.org/10.1007/s10620-021-07109-9>

Fonseca, I. G. da. (2024). *O desafio da regulação emocional e qualidade de vida nas doenças inflamatórias intestinais* [Iscte - Instituto Universitário de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10071/33665>

Fortin, M. F., Côté, J. e Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Loures: Lusodidacta

Fróes, B.S. (2012). Tratamento convencional na doença inflamatória intestinal. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, UERJ, 27-32.

Gantzias, J. A. (2022). *Mestrado Integrado em Medicina Doença Inflamatória Intestinal: Manifestações Extraintestinais*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/141714/2/567943.pdf>

Giacometti, J. F. (2018). *Fatores que influenciam a qualidade de vida em adultos com doenças inflamatórias intestinais: uma revisão integrativa* [Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Escola de Enfermagem]. <http://hdl.handle.net/10183/234653>

Gil, L. M. & Fernandes, I. M. (2019). Quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2019(23), 89–98. <https://doi.org/10.12707/RIV19048>

Gil, L. M. (2017). *Qualidade de vida da pessoa com “Doença Inflamatória Intestinal”* [IPG - Escola Superior de Saúde]. <https://bdigital.ipg.pt/dspace/handle/10314/3991>

Giri, S., Harindranath, S., Kulkarni, A., Sahoo, J. K., Joshi, H., Nath, P., & Sahu, M. K. (2025). Fatigue in inflammatory bowel disease: Prevalence, risk factors, assessment, outcomes, and management. *World Journal of Gastrointestinal Pathophysiology*, 16(3). <https://doi.org/10.4291/wjgp.v16.i3.107573>

Heldt, R. A., & Córdova, M. E. (2025). Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes portadores de Doença Inflamatória Intestinal. *RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 19, 1612–1621. <https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/3052>

Ilsar, T., Liebergall-Wischitzer, M., Solnica, A., Zusman, N., Rottenstreich, M., & Katz, L. (2025). Prevalence of faecal incontinence in patients with inflammatory bowel disease: Severity and its relationship with quality of life. *Journal of Advanced Nursing*, 81(2), 860–866. <https://doi.org/10.1111/jan.16263>

Khatoon, J., & Saha, J. K. (2024). *Nursing Care for Inflammatory Bowel Disease: Patient Support and Symptom Management - A Scoping Review*.

Kim, S., Jun, Y. K., Choi, Y., Shin, C. M., Park, Y. S., Kim, N., Lee, D. H., & Yoon, H. (2025). Trends and Factors Related to Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Gut and Liver*, 19(2), 236–242. <https://doi.org/10.5009/gnl240172>

Kim, Y. S., Jung, S.-A., Lee, K.-M., Park, S. J., Kim, T. O., Choi, C. H., Kim, H. G., Moon, W., Moon, C. M., Song, H. K., Na, S.-Y., & Yang, S.-K. (2017). Impact of inflammatory bowel disease on daily life: an online survey by the Korean Association for the Study of Intestinal Diseases. *Intestinal Research*, 15(3), 338. <https://doi.org/10.5217/ir.2017.15.3.338>

Lima, M. A., Ferreira, J. N., Feitosa, A. C., Sales, J. K., Borges, A. M., & Coelho, H. P. (2024). Nursing care for users diagnosed with crohn's disease: an integrative review / Cuidados de enfermagem ao usuário diagnosticado com doença de crohn: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 16, 1–10. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v16.13122>

Lopes, A. M., de Moura, L. N., Machado, R. da S., & Silva, G. R. (2017). Qualidade de vida de pacientes com doença de Crohn. *Enfermeria Global*, 16(3), 337–352. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.266341>

Lunardi, J. F., Rolim, F. B., Dartora, K. N., & Silva, L. Z. (2024). Manifestações clínicas, diagnóstico e prognóstico da doença de Crohn em adultos. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(10), 1777–1792. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p1777-1792>

Magalhães, M. I., Magalhães, I., Andrade, F. J., Dias, I. R., Moraes, L. G., Queiroz, L. C., Rubin, O., Soares, A. L., Rodrigues, R. J., & Fernandes, P. M. (2023). Doença inflamatória intestinal: abordagem e tratamento. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(4), 941–950. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i4.9280>

Matos, L. & Figueiredo, N.P. (2013). *Gastroenterologia fundamental*. Lidel.

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática*. Lidel.

Oliveira, W., Oliveira, L., Fernandes, H., Amaral, G., & Ribeiro, R. (2021). Doença inflamatória intestinal: aspectos clínicos e diagnósticos. *Jnt - facit business and technology journal*, 1, 323–338. <http://revistas.faculdefacit.edu.br>.

Palmela, C., Torres, J. e Cravo, M. (2015). New Trends in Inflammatory Bowel Disease. *GE. Port.J.Gastroenterol*, 22(3), 103-111.

Parra Izquierdo, V., Frías Ordoñez, J. S., Marquez, J. R., Puentes, F. E., Sarmiento, F., Garcia Duperly, R., Vargas, M., Reyes, G., Samper, C., & Barreiro de Acosta, M. (2023). Calidad de vida relacionada con la salud por IBDQ-32 en pacientes colombianos con enfermedad inflamatoria intestinal en remisión: Un estudio de corte transversal. *Revista de Gastroenterología Del Perú*, 43(2), e1513. <https://doi.org/10.47892/rgp.2023.432.1513>

Phipps, W., Sands, J., & Merek, J. (2004). *Enfermagem Médico Cirúrgica. Conceitos e Práticas* (H. Azevedo, L. Leal, N. Diogo, & A. Espada, Trans.; 6º). Lusociência.

Pilon, J. P., Medeiros, R. de O., Parussolo, M. L., Silva, A. O., Losasso, M. R., Osman, N., Camargo, N. C., de Sollis, C., Silva, N. G., Tobase, M. E., Martins, A. C. S., Rocha, L. V., Nunes, I. R., Prieto, G. R., & Carvalho, C. P. (2025). Doença Inflamatória Intestinal: repercussões psicossociais e impacto na qualidade de vida. *Caderno Pedagógico*, 22(8), e17714. <https://doi.org/10.54033/cadpedv22n8-319>

Queirós, P. J., Vidinha, T. S., & Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 157-164. <https://doi.org/10.12707/RIV1408>

Quizhpi, F. E., & León, J. K. (2024). *Intervenciones de enfermería en enfermedad de crohn* [Universidad Católica de Cuenca]. <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/18920>

Rogler, G., Singh, A., Kavanaugh, A., & Rubin, D. T. (2021). Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease: Current Concepts, Treatment, and Implications for Disease Management. In *Gastroenterology* (Vol. 161, Number 4, pp. 1118–1132). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.07.042>

Roukas, C., Miller, L., Cléirigh Büttner, F., Hamborg, T., Stagg, I., Hart, A., Gordeev, V. S., Lindsay, J. O., Norton, C., & Mihaylova, B. (2025). Impact of pain, fatigue and bowel incontinence on the quality of life of people living with inflammatory bowel disease: A UK cross-sectional survey. *United European Gastroenterology Journal*, 13(3), 364–375. <https://doi.org/10.1002/ueg2.12668>

Serviço Nacional de Saúde. (2026a). *Colite Ulcerosa*. SNS 24. <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/doencas/doencas-gastrointestinais/colite-ulcerosa/>

Serviço Nacional de Saúde. (2026b). *Doença de Crohn*. SNS 24. <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/doencas/doencas-gastrointestinais/doenca-de-crohn/>

Shi, X., & Geng, L. (2024). Chronic illness trajectory-based nursing intervention improves the self-care abilities of patients with inflammatory bowel disease. *American Journal of Translational Research*, 16(6), 2579–2588. <https://doi.org/10.62347/QEOO2698>

Smeltzer, C. S., Bare, G. B., Hinkle, L. J. e Cheever, H. K. (2011). *Bruner&Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*. 12 Editora, Guanabara, Koogan LTDA.

Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia. (2025). Vamos falar de DII. Saúde Digestiva. <https://saudedigestiva.pt/vamos-falar-de-dii/>

Stroie, T., Preda, C., Meianu, C., Croitoru, A., Gheorghe, L., Gheorghe, C., & Diclescu, M. (2022). Health-Related Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease in Clinical Remission: What Should We Look For? *Medicina (Lithuania)*, 58(4). <https://doi.org/10.3390/medicina58040486>

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5º Edição). Lusociência.

Vieira, E. P., Freitas, F. M., & Lobo, R. H. (2025). Doenças inflamatória do intestino. *Caderno Pedagógico*, 22(12), e20896. <https://doi.org/10.54033/cadpedv22n12-228>

Wils, P., Caron, B., D'Amico, F., Danese, S., & Peyrin-Biroulet, L. (2022). Abdominal Pain in Inflammatory Bowel Diseases: A Clinical Challenge. In *Journal of Clinical Medicine* (Vol. 11, Number 15). MDPI. <https://doi.org/10.3390/jcm11154269>

World Health Organization. (1998). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4c5cd94a-599e-450f-9141-4a21a7b74849/content>

Xu, C., Xi, W., Wu, C., Liu, L., & Wang, L. (2023). Effects of Continuous Nursing on the Disease Uncertainty, Coping Strategies and Quality of Sleep and Life of Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16, 2071–2080. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S414104>

Zeitz, J., Ak, M., Muller-Mottet, S., Scharl, S., Biedermann, L., Fournier, N., Frei, P., Pittet, V., Scharl, M., Fried, M., Rogler, G., & Vavricka, S. (2016). Pain in IBD patients: Very frequent and frequently insufficiently taken into account. *PLoS ONE*, 11(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156666>

Apêndices

Apêndice A: Quadro Síntese de artigos

Tabela 1 - Quadro síntese dos artigos

Título	Autores/Ano	Tipo de Estudo	Objetivos	Principais Resultados
Qualidade de vida em pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Ambulatório Ciências Médicas de Minas Gerais	(Dornelas et al., 2025)	Estudo observacional, de abordagem quali-quantitativa e delineamento transversal	Avaliar a qualidade de vida de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de DII	A atividade da doença e seus sintomas intestinais e emocionais impactam significativamente a qualidade de vida, reforçando a necessidade de acompanhamento multidisciplinar com suporte psicológico. Estratégias terapêuticas eficazes devem focar tanto no controle clínico da DII quanto na saúde mental dos pacientes.
Prevalence of faecal incontinence in patients with inflammatory bowel disease: Severity and its relationship with quality of life	(Ilsar et al., 2025)	Estudo correlacional descritivo.	Descrever a prevalência de incontinência fecal em pacientes com DII. Avaliar sua gravidade e correlação com a qualidade de vida.	Uma alta proporção de pacientes com doença inflamatória intestinal relatou alterações intestinais e Incontinência, que foi associada à redução da qualidade de vida.

Impact of pain, fatigue and bowel incontinence on the quality of life of people living with inflammatory bowel disease: A UK cross-sectional survey	(Roukas et al., 2025)	Estudo Transversal	Avaliar o impacto desses sintomas na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em pacientes com DII.	Relatamos fortes associações entre sintomas de dor, fadiga, incontinência fecal, ansiedade, depressão e sua gravidade, e a redução da qualidade de vida em pacientes com DII
Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes portadores de Doença Inflamatória Intestinal	(Heldt & Córdova, 2025)	Estudo transversal e quantitativo	Verificar a QV em pacientes com DII	Através desse estudo, pôde-se verificar que a QV dos pacientes com DII é afetada por diversos fatores que comprometem as atividades de vida diária, social e laboral, interferindo no quadro de saúde geral dos mesmos. Assim, pode-se verificar que a QV em indivíduos com DII é um item muito importante na evolução da doença, seja positiva ou negativamente.

Trends and Factors Related to Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease	(Kim et al., 2025)	Estudo prospetivo	Avaliar os fatores que influenciam a QVRS em pacientes com DII.	Problemas relacionados ao trânsito intestinal afetam significativamente QVRS tanto de pacientes com CU quanto com DC. Pacientes com DII apresentaram pontuações mais baixas nos itens do SIBDQ relacionados ao bem-estar geral. Após 3 anos de acompanhamento na clínica de DII, 43% dos pacientes apresentaram melhora significativa na QVRS.
Nursing Care for Inflammatory Bowel Disease: Patient Support and Symptom Management – A Scoping Review	(Khatoon & Saha, 2024)	<i>Scoping Review</i>	Sintetizar as evidências sobre intervenções de enfermagem que melhoram os desfechos dos pacientes e a qualidade de vida.	A análise dos estudos revela estratégias que podem ser implementadas para melhorar a gestão dos sintomas e do bem-estar geral do utente.
Nursing Care for users diagnosed with crohn's disease: na integrative review	(Lima et al., 2024)	Revisão integrativa da literatura	Identificar cuidados de enfermagem direcionados a usuários diagnosticados com a doença de Crohn.	O estudo destaca a importância dos cuidados de enfermagem centrados no bem-estar do usuário, controlo da doença, apoio emocional e estímulo ao autocuidado.

Intervenciones de Enfermería en la Enfermedad de Crohn	(Quizhpi & León, 2024)	Revisão narrativa da literatura	Compreender a intervenção de enfermagem na doença de crohn	As intervenções de enfermagem focam-se na educação ao doente, apoio emocional e promoção de estilos de vida saudável.
Chronic illness trajectory-based nursing intervention improves the self-care abilities of patients with inflammatory bowel disease	(Shi & Geng, 2024)	Análise retrospectiva	Explorar os efeitos das intervenções de enfermagem baseadas no modelo de trajetória de doença crônica (CITM) sobre ansiedade, depressão, qualidade de vida, adesão à medicação e conformidade alimentar entre pacientes com doença inflamatória intestinal	A intervenção de enfermagem baseada no CITM melhora significativamente as habilidades de autocuidado, a qualidade de vida e a adesão à medicação e aos regimes dietéticos em pacientes com DII. Além disso, alivia efetivamente a ansiedade e a depressão, apoiando o manejo abrangente desta doença crônica.
Effects of Continuous Nursing on the Disease Uncertainty, Coping Strategies and Quality of Sleep and Life of Patients with Inflammatory Bowel Disease	(Xu et al., 2023)	Ensaio clínico randomizado controlado	Explorar os efeitos clínicos da enfermagem contínua em pacientes com doença inflamatória intestinal (DII).	Comparado com o cuidado de enfermagem rotineiro, o cuidado de enfermagem contínuo pode reduzir a incerteza da doença em pacientes com DII, ajudá-los a adotar um estilo de enfrentamento ativo, assim

				como melhorar a qualidade do sono e a qualidade de vida, aliviando a dor física e mental e restaurando melhor a saúde.
Calidad de vida relacionada con la salud por IBDQ-32 en pacientes colombianos con enfermedad inflamatoria intestinal en remisión: Un estudio de corte transversal	(Parra – Izquierda et al., 2023)	Estudo de Coorte Transversal	Determinar a percepção da QV, através do questionário IBDQ – 32, em doentes com DII.	Em síntese, observou-se um comprometimento moderado da qualidade de vida de acordo com o IBDQ-32, com pontuações mais baixas na DC, sendo o domínio dos sintomas sistémicos o mais afetado, e melhores resultados nos domínios do funcionamento social e emocional
Health-Related Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease in Clinical Remission: What Should We Look For?	(Stroie et al., 2022)	Estudo observacional transversal	Identificar os fatores associados à menor QV em pacientes com DII em remissão clínica	A exposição a um maior número de agentes biológicos (pacientes que trocaram de biológicos), a presença de fadiga e sintomas de ansiedade comprometem a QVRS de pacientes DII em remissão clínica.
Developing an Online Program for Self-Management	(Fawson et al., 2021)	Estudo qualitativo, exploratório	Entender as estratégias de autogerenciamento de sintomas dos pacientes	Os utentes relataram várias formas de autogestão para os sintomas de fadiga, dor e

of Fatigue, Pain, and Urgency in Inflammatory Bowel Disease: Patients' Needs and Wants				urgência/incontinência relacionadas à DII
The Reality of Patient-Reported Outcomes of Health-Related Quality of Life in an Italian Cohort of Patients with Inflammatory Bowel Disease: Results from a Cross-Sectional Study	(Larussa et al., 2020)	Estudo Transversal	Investigar a realidade dos desfechos relatados pelos pacientes da QRH em uma série de pacientes com DII	Em uma série de pacientes com DII em remissão, a baixa HRQoL esteve significativamente associada à cirurgia, duração da doença, distúrbios do sono, ansiedade/depressão e alta percepção da doença. Embora os pacientes estivessem satisfeitos com a qualidade do atendimento, parece que os profissionais deveriam prestar mais atenção ao estado emocional dos pacientes.
Qualidade de vida da pessoa com doença inflamatória intestinal	(Gil & Fernandes, 2019)	Estudo descritivo-correlacional, transversal e de tipo quantitativo.	Avaliar o nível de qualidade de vida das pessoas com DII e identificar os fatores relacionados com a qualidade de vida.	As pessoas com DII consideram ter uma percepção da qualidade de vida razoável (45,80%), com valores superiores na dimensão "Sintomas sistêmicos" (49,50%) e

				inferiores na dimensão “Aspetos sociais” (36,50%)
Qualidade de vida de pacientes com doença de Crohn	(Lopes et al., 2017)	Estudo descritivo-exploratório transversal	Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com doença de Crohn atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário.	Os pacientes com doença de Crohn apresentam qualidade de vida regular.
Impact of inflammatory bowel disease on daily life: an online survey by the Korean Association for the Study of Intestinal Diseases	(Kim et al. 2017)	Estudo transversal, descritivo e analítico,	Investigar o impacto da doença inflamatória intestinal (DII) na vida diária dos pacientes na Coreia do Sul,	A DII afeta significativamente a vida diária dos pacientes, incluindo trabalho, educação e relacionamentos sociais
Pain in IBD Patients: Very Frequent and Frequently Insufficiently Taken into Account	(Zeitz et al., 2016)	Estudo de Coorte	Avaliar o impacto dor na QV	A prevalência de dor é alta em pacientes com SIBDCS. É um problema crônico para a maioria dos pacientes afetados. Constatou-se que a dor é subtratada na SIBDCS e está significativamente associada à qualidade de vida relacionada à saúde. Portanto, é imprescindível aumentar a conscientização para lidar com essa complicação frequente no curso da DII

