



UNICEPLAC
CENTRO UNIVERSITÁRIO

Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC
Curso de Medicina
Trabalho de Conclusão de Curso

Impactos da pandemia por COVID-19 em pacientes com Doença de Crohn

Gama-DF
2022

**GABRIEL INÁCIO BATISTA DIA
GIOVANNA DE ALMEIDA PINTO**

**Impactos da pandemia por COVID-19 em pacientes com Doença de
Crohn**

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Medicina pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Orientador: Prof. Esp. Jobe Petter

Gama-DF
2022

**GABRIEL INÁCIO BATISTA DIAS
GIOVANNA DE ALMEIDA PINTO**

Impactos da pandemia por COVID-19 em pacientes com Doença de Crohn

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Medicina pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Gama-DF, 27 de outubro de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Esp. Jobe Petter
Orientador

Prof. Me. Alessandro Ricardo Caruso da Cunha
Examinador

Prof. Me. Marco Antonio Alves Cunha
Examinador

Impactos da pandemia por COVID-19 em pacientes com Doença de Crohn

Gabriel Inácio Batista Dias¹
Giovanna de Almeida Pinto²

Resumo:

A doença de Crohn é uma doença inflamatória crônica das camadas da parede intestinal que pode acometer desde a boca até o ânus. O quadro clínico é caracterizado por períodos de doença ativa com sintomas gastrointestinais, dores abdominais, perda ponderal e sangramento retal, dependendo da região acometida e períodos de remissão. O tratamento da doença consiste em acompanhamento regular do quadro clínico do paciente, uso de corticosteroides e imunossupressores. Contudo, a pandemia por COVID-19 impactou diretamente na continuidade da assistência aos portadores da doença de Crohn, implicando em diminuição da frequência de consultas necessárias ao tratamento adequado e, acarretando aumento do número de exacerbações da fase aguda da doença, aumento de sintomas e evolução da doença.

Palavras-chave: Doença de Crohn; Sintomas; Tratamento; COVID-19.

Summary:

Crohn's disease is a chronic inflammatory disease of the layers of the intestinal wall that can affect from the mouth to the anus. The patient's clinical is characterized by periods of active disease with gastrointestinal symptoms, abdominal pain, weight loss, and rectal bleeding, depending on the affected region and periods of remission. The treatment of the disease consists on regular monitoring of the patient's clinical condition, use of corticosteroids and immunosuppressants. However, the COVID-19 pandemic directly impacted on the decrease in the frequency of medical care in patients with Crohn's disease for adequate treatment, resulting in an increase of the number of exacerbations of the acute phase of the disease, increase in symptoms and disease progression.

Descriptors: Crohn's Disease; Symptoms; Treatment; COVID-19.

¹ Graduando do Curso de Medicina, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.
E-mail: gabriel.inacio2597@gmail.com .

² Graduanda do Curso de Medicina, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.
E-mail: giovannaalm24@gmail.com .

1. INTRODUÇÃO

COVID-19 é uma infecção respiratória aguda, podendo ser assintomática em pacientes hígidos, até fatal em indivíduos com fator de risco, como idosos e pacientes com doenças prévias. Ademais, é uma doença altamente contagiosa e de disseminação global, transmitida através de gotículas respiratórias ou por contato direto com objetos e superfícies contaminadas. O agente etiológico da COVID-19 é o SARS-CoV2, um vírus de RNA da família *Coronaviridae*. Devido sua alta taxa de transmissão e mortalidade, o isolamento durante a pandemia foi uma medida necessária. Esse isolamento prejudicou a saúde mental; dificultou o diagnóstico e tratamento de pacientes com doenças prévias, como indivíduos com Doença de Crohn (DC), pois indivíduos com essa comorbidade são imunossuprimidos devido a doença e os medicamentos utilizados (RUBIN et al., 2020) e frequentemente apresentam exacerbações (PAPACOSTA et al., 2017; ROMANO JUNIOR; ERRANTE, 2016).

A doença de Crohn é definida por uma inflamação transmural e crônica do intestino, caracterizada por períodos de surtos (PAPACOSTA et al., 2017; ROMANO JUNIOR; ERRANTE, 2016). Ainda não se sabe as causas dessa doença, mesmo sendo uma das principais enfermidades das Doenças Inflamatórias Intestinais, uma das hipóteses é o fator genético. (ROMANO JUNIOR; ERRANTE, 2016) As alterações causadas por essa doença são variadas e podem acometer desde o intestino (principal órgão afetado) até a cavidade oral e anal. Porém, as regiões mais comumente afetadas são as regiões ileal, ileocecal, a pesar de ser comum a apresentação de leões perianais (PAPACOSTA et al., 2017; ROMANO JUNIOR; ERRANTE, 2016; SANTOS; UTIYAMA, 2011). Ademais, na DC, as áreas com inflamação estão alternadas com áreas saudáveis, e nelas observa-se reações granulomatosas não caseificantes (ROMANO JUNIOR; ERRANTE, 2016; SANTOS; UTIYAMA, 2011).

O quadro clínico da doença varia de acordo com o local afetado, porém perpassa por uma apresentação clínica quase exclusivamente por sintomas no trato gastrointestinal (DE et al., 2011). Quando o intestino é acometido, os sintomas mais comuns são diarreia, dor abdominal e desinteria (CARMO ROMANO JUNIOR; RUGGERO ERRANTE, 2016) . Quando ocorre acometimento do íleo, afeta a absorção de vitamina B12, ocasionando anemia megaloblástica. Quando há acometimento dessa região associada à presença de abscesso e estenose pode ocorrer uma suboclusão ou até oclusão intestinal levando a um quadro de abdome agudo obstrutivo (CARMO ROMANO JUNIOR; RUGGERO ERRANTE, 2016; HABR-GAMA et al., 2011). Ademais, uma das apresentações típicas da DC é a presença estenose e fístula com abscesso perianal (HABR-GAMA et al., 2011).

O diagnóstico da doença de Crohn ocorre pela história clínica, exame físico e exames complementares. Porém, devido a um extenso e variado quadro de sintomas e a semelhança com a retocolite, o diagnóstico da DC se torna mais difícil de ser realizado. Dessa forma, deve-se levar em conta exames complementares para confirmação do diagnóstico. Entre eles, a ileocolonosopia com biopsia (um dos principais exames de escolha), hemograma, os métodos de imagem e marcadores sorológicos que podem corroborar para o diagnóstico da doença (ROMANO JUNIOR; ERRANTE, 2016).

No exame clínico, a história do paciente apresenta sintomas discutidos anteriormente e histórico familiar, a principal dificuldade diagnóstica é quando o indivíduo apresenta quadros atípicos e o diagnóstico da doença depende de exames complementares.

Alguns outros exames como hemograma, proteína C reativa (auxilia no prognóstico e controle da doença), albumina sérica, exame parasitológico de fezes e coprocultura são importantes (HABR-GAMA et al., 2011; ROMANO JUNIOR; ERRANTE, 2016). Ao hemograma, as alterações mais evidentes são anemia, devido a má absorção de cobalamina, e leucocitose. Também pode ocorrer eosinofilia, indicando infecção parasitária de importância no diagnóstico diferencial (ROMANO JUNIOR; ERRANTE, 2016). Os marcadores sorológicos de anticorpos (ASCA e ANCA), uso isolado como ferramenta diagnóstica, apenas auxiliam, no diagnóstico diferencial entre doença de Crohn e a retocolite ulcerativa (ROMANO JUNIOR; ERRANTE, 2016). Ademais, a avaliação das fezes dos indivíduos é importante para confirmação diagnóstica (ROMANO JUNIOR; ERRANTE, 2016).

Já os exames de imagem são essenciais para o diagnóstico da DC (HABR-GAMA et al., 2011), principalmente a endoscopia e colonoscopia. Além de serem usados para o diagnóstico, também são usados para a visualização de complicações relacionadas a doença como: fístulas internas, estenoses, obstrução intestinal, perfurações intestinais, situações de massas, abscessos ou fístulas (HABR-GAMA et al., 2011; SANTOS; UTIYAMA, 2011). Atualmente, os exames de imagem mais usados são o êntero-tc ou êntero RNM (os dois com contraste oral mais venoso) (HABR-GAMA et al., 2011; SANTOS; UTIYAMA, 2011).

Classificar a DC é importante para escolha do melhor tratamento. Para classificar, é levado em consideração os dados clínicos, laboratoriais e endoscópicos (SANTOS; UTIYAMA, 2011; ZATERKA; EISIG, 2016). A classificação de Montreal- Crohn segue os critérios do paciente em relação à idade de início dos sintomas, à extensão da doença e o fenótipo da doença. A DC também é classificada quanto à gravidade, sendo dividida entre leve a moderada, moderada a grave e grave a fulminante (ZATERKA; EISIG, 2016).

Os principais objetivos no tratamento da doença de Crohn, são: diminuir os períodos de exacerbação da doença, e remissão dos sinais e sintomas da doença, garantindo uma melhora da qualidade da vida do paciente; preservação funcional do intestino; prevenção e tratamento de quaisquer complicações (PAPACOSTA et al., 2017). As principais escolhas terapêuticas baseiam-se no tratamento farmacológico, não farmacológico e cirúrgico (ROMANO JUNIOR; ERRANTE, 2016). O tratamento farmacológico é definido por meio do grau de gravidade da doença, visando controlar a inflamação e a cirurgia só é indicada em casos graves da doença (HABR-GAMA et al., 2011; ROMANO JUNIOR; ERRANTE, 2016).

Sabe-se que a DC é uma doença que possui vários picos de sintomas, logo, o paciente sempre deve ter um acompanhamento ambulatorial que vise evitar essas exacerbações (RUBIN et al., 2020). Porém, como se sabe, a pandemia por COVID-19 fez com que a população tivesse receio de ir ao hospital. Dessa forma, diversos pacientes com DC deixaram de se tratar e perderam sua qualidade de vida com episódios de piora da doença (RUBIN et al., 2020).

Face ao exposto, este estudo tem por objetivo analisar a doença de Crohn, bem como compreender os prejuízos causados pela pandemia por COVID-19 e os desafios enfrentados pelos pacientes no tratamento e acompanhamento da doença.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

As doenças inflamatórias intestinais precisam de atenção especial à anamnese, contemplando os sintomas, a duração, possíveis intolerâncias alimentares, uso de medicações (antibióticos e anti-inflamatórios não esteroidais), tabagismo e histórico familiar. É importante questionar e anotar na história da doença atual sobre manifestações extraintestinais e perianais, como a presença de fístulas, fissuras anais, e abscessos perianais (FERNANDES et al., 2009).

No exame físico deve-se avaliar o estado geral, hidratação das mucosas e o estado nutricional pois são frequentes as alterações relacionadas à anemia e a desnutrição. Sinais de resposta inflamatória sistêmica podem estar presentes em casos mais graves. No exame do abdome, é importante observar a presença de cicatrizes e se existe dor à palpação. (ABCD – Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn)

A fisiopatologia da Doença de Crohn envolve um processo inflamatório que pode acometer o mesentério próximo ao íleo terminal levando à identificação de tumoração em quadrante inferior direito (FERNANDES et al., 2009). No exame da região perianal, é importante observar a presença de fissuras, fístulas e abscessos, muito relevantes para o diagnóstico da doença. Dessa forma, a detecção dessas alterações auxilia na escolha do

tratamento. As fístulas perianais estão presentes em cerca de 10% dos pacientes com DC, podendo acometer até 40% dos pacientes ao longo do curso da doença (PAPACOSTA et al., 2017; SANTOS; UTIYAMA, 2011). As fístulas são achadas clínicos que muitas vezes precedem o surgimento de outros sintomas e evidenciam o processo infamatório em vias áreas do intestino (PAPACOSTA *et al.*, 2017; SANTOS; UTIYAMA, 2011).

Durante a avaliação da Doença de Crohn, deve-se considerar a localização, a extensão, o comportamento e também as possíveis manifestações extraintestinais (PAPACOSTA et al., 2017; SANTOS; UTIYAMA, 2011).

A classificação de Montreal busca unificar esses dados e, mesmo não levando em conta as manifestações extraintestinais, permite a avaliação do comprometimento do trato gastrointestinal alto e também sua associação com outros locais do órgão. Vale ressaltar que a doença perianal também foi adicionada à classificação, permitindo identificar pacientes com este envolvimento (SATSANGI, 2006).

Nesse contexto, a classificação de Montreal leva em conta: a idade do paciente no momento do diagnóstico, a localização do acometimento (ileal, colônica, ileocolônica ou restrita ao TGI superior) e também o comportamento (não penetrante, estenosante, penetrante e doença perianal).(DK; RW; LH; GL; WK; FK;Sung JJ , 2008)

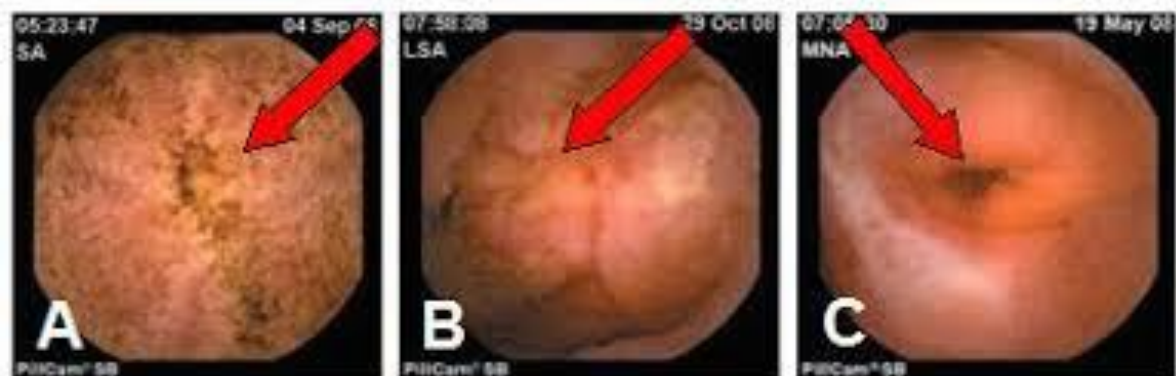
Achados laboratoriais podem ajudar no diagnóstico da DC entre eles incluem: o hemograma, pode identificar plaquetose e anemia. Geralmente o padrão da anemia é misto entre a doença crônica, gerada pela deficiência de ferro e pela deficiência de vitamina B12 (causada pela dificuldade na absorção no íleo, frequente em pacientes portadores da DC). (BVSMS, 2009)

Provas de atividade infamatória devem ser solicitadas para avaliação da resposta imune do organismo dentre elas: proteína C-reativa (PCR), velocidade de hemossedimentação (VHS), alfa-1-glicoproteína ácida (HABR-GAMA et al., 2011). Os testes microbiológicos também devem ser solicitados para o diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais e doenças infecciosas, pesquisa das toxinas A e B do *Clostridium difcile*, *Campylobacter sp.* e *E. coli*, os germes mais prevalentes em infecções do trato gastrointestinal (FERNANDES et al., 2009).

A sorologia para pesquisa de anticorpos anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) e anticorpos anti-citoplasma perinuclear de neutrófilos (pANCA), possuem uma sensibilidade de 83% e especificidade de 93% na DC.(HABR-GAMA et al., 2011)

Os achados endoscópicos são os principais fatores para fechar o diagnóstico da DC, a colonoscopia é fundamental para o conhecimento da localização do processo inflamatório que é visível pelo exame em cerca de 80% dos casos (HABR-GAMA et al., 2011). Em geral caracteriza-se por lesões descontínuas, úlceras profundas e longitudinais, com tendência a não acometer o reto. No geral observa-se acometimento de cólon (20%), íleo terminal (30%) e ileocolônico (30%) dos casos. Após a confirmação diagnóstica de DC por meio de colonoscopia, é recomendado a avaliação do intestino por meio de exames de imagem para conhecer a extensão da doença antes do início do tratamento (HABR-GAMA et al., 2011).

Figura - Enteroscopia por cápsula



A. Edema vilositário (seta).

B. Úlcera (seta).

E. Estenose (seta).

Fonte: COSTA-SILVA L, *et al.* Enterografia por tomografia computadorizada: experiência inicial na avaliação das doenças do intestino delgado. *Radiol Bras.* 2010; 43(5): 303-308.

A tomografia computadorizada é mais indicada na fase aguda da DC, que permite verificar anormalidades na parede do intestino como úlceras, fistulas, espessamentos, estenoses e abscessos (HABR-GAMA et al., 2011). Auxilia no direcionamento de punções e também no planejamento pré-operatório, e dada sua grande visibilidade com reconstruções tridimensionais fornecem uma visão semelhante a colonoscopia, entretanto sua principal desvantagem é a impossibilidade de coleta de material para exame histológico. (HABR-GAMA et al., 2011)

A radiografia contrastada é uma técnica complementar que oferece uma visão morfológica do intestino. Para a realização deste procedimento o paciente ingere contraste a base de bário sendo submetido a uma série radiografias à medida que o bário percorre o interior do intestino delgado, possibilitando uma boa visualização de suas estruturas. (HABR-GAMA et al., 2011)

A ultrassonografia (USG) transabdominal é um exame de alta especificidade, baixo custo e rapidez na maioria dos serviços de saúde. Esse exame possibilita verificar a presença

de lesões extraintestinais na doença de Crohn, como abscessos, além de conseguir avaliar a espessura da mucosa, se for realizada com preparo prévio adequado (macroglucol), que se correlacionam com a atividade – endoscópica da doença. Entretanto, a qualidade do exame depende da experiência e do treinamento do executor. (HABR-GAMA et al., 2011)

A imunização nos pacientes que utilizam drogas com potencial imunossupressor no tratamento de patologias é restrita a vacinas com vírus inativo. Assim se enquadram os portadores da doença de Crohn. Por outro lado, o uso de vacinas com vírus vivo deve ser evitado (ZATERKA; EISIG, 2016).

A rotina de vacinação indicada para pacientes com DC inclui: Meningococo Tríplice (tétano, difteria, coqueluche), HPV (human papiloma vírus), Influenza (vacina trivalente inativada), Pneumococo, Hepatites A e B. Todas essas possuem vírus inativos. Logo, as vacinas com vírus vivos são contraindicadas: Influenza intranasal, MMR (sarampo, rubéola, caxumba), Poliomielite oral, Tuberculose (BCG), Herpes zóster (varicela) e febre amarela (ZATERKA; EISIG, 2016b).

A COVID-19 possui alguns imunizantes encontrados no território brasileiro, dentre eles a vacina da Pfizer/BioNTech, que utiliza biotecnologia: o mRNA (RNA mensageiro)(PFIZER, 2020) CoronaVac, que utiliza o vírus inativado em sua composição (Instituto Butantan, 2020) e a AstraZeneca/Oxford, que utiliza o chamado “vetor viral”. (World Health Organization, 2021)

Na vacina contra a COVID-19 do laboratório Pfizer, o RNA mensageiro é o nome dado ao material genético, responsável por sensibilizar o organismo sobre quais proteínas devem ser produzidas. Ou seja, após a aplicação da vacina todas as proteínas presentes no organismo receberam, uma “mensagem” contendo um código para que o organismo traduza e inicie a produção de uma proteína específica, ao qual o indivíduo foi exposto. A partir disso, foi desenvolvida uma vacina contendo uma quantidade suficiente de “mensagens” para que o corpo seja capaz de produzir as proteínas “Spike”, responsável por formar a coroa do coronavírus (MG, [s.d.]).

Assim, ao estimular a produção dessas proteínas “Spike”, o sistema imunológico passa a produzir anticorpos que reconhecem proteínas, e assim geram uma ativação da resposta imune que combaterá coronavírus. Ao ser exposto ao vírus, após a imunização completa (duas doses e tempo adequado após a segunda dose), o organismo será capaz de reconhecer o vírus e já possuirá o anticorpo específico, combatendo a infecção de maneira mais precoce e eficaz (BRASIL, 2017).

A vacina da Pfizer garante que não existe a possibilidade de causar a própria COVID-19, pois ela não contém o vírus, apenas o material genético específico (RNA mensageiro) para a produção da proteína, que é injetado via vacinal (BRASIL, 2022).

A CoronaVac foi uma vacina criada por meio de uma tecnologia molecular já muito utilizada em outros imunizantes, tais como: vacinas da gripe, poliomielite, hepatite e da meningite, ou seja, composta por vírus inativado (MG, [s.d.]). A vacina possui partes do novo coronavírus que permitem o reconhecimento do vírus pelo sistema imune, não possui partes responsáveis por causar a doença, tornando-a mais segura para ser aplicada. Sendo assim, a imunização consiste na capacidade de sensibilização prévia do organismo, tornando-o capaz de inativar o coronavírus em uma possível contaminação, ou seja, inviabilizando a capacidade viral de multiplicação e infecção de células humanas. (Instituto Butantan, 2020)

Assim que a vacina é aplicada, o sistema imunológico dá início à produção de anticorpos. No entanto, esse processo demanda um certo tempo até que o organismo fique imune contra o coronavírus (MG, [s.d.]). Além disso, deve-se atentar a tomada da dose de reforço, que garante uma resposta eficiente contra uma possível infecção pelo coronavírus, por meio do ajuste da quantidade de anticorpos (BRASIL, 2022). Dessa forma, o esquema vacinal é composto por duas doses, necessariamente do mesmo laboratório, com intervalo entre duas a quatro (4) semanas entre as aplicações. A vacinação com a CoronaVac está indicada somente às pessoas a partir de 18 anos (MG, [s.d.]).

Por outro lado, a vacina britânica Oxford-AstraZeneca utiliza uma tecnologia biomolecular baseada no chamado “vetor viral”, utilizando uma modificação no vírus para estimular a produção de anticorpos pelo sistema imunológico (World Health Organization, 2021)

Durante a fabricação da vacina, uma espécie de vírus enfraquecido (adenovírus ChAdOx1), causador comum de gripe em chimpanzés, após ser modificado para não se multiplicar, carrega parte do material genético do SARS-CoV-2 responsável pela produção de uma proteína (“Spike”) que auxilia o vírus da COVID-19 a invadir as células humanas.

Ou seja, após a vacinação, o adenovírus produz a proteína Spike, já demonstrando ao sistema imunológico que as partículas que possuem essa proteína devem ser combatidas (MG, [s.d.]).

Após a imunização adequada (2 doses do mesmo fabricante e com intervalo de 12 semanas entre as aplicações) o sistema imune do organismo torna-se capaz de reconhecer e atacar rapidamente o coronavírus, caso seja infectado (MG, [s.d.]).

A vacinação com a vacina britânica está indicada somente às pessoas a partir de 18 anos (MG, [s.d.]).

É notório que as vacinas com vírus vivos são contraindicadas para os pacientes imunossuprimidos, incluindo os portadores da DC (PAPACOSTA et al., 2017; SANTOS; UTIYAMA, 2011)., entretanto as vacinas contra o Sars-CoV -2 citadas anteriormente não se encaixam nesse grupo. Contudo, os pacientes com DC devem se vacinar, inclusive no protocolo de vacinação contra a COVID-19 no Distrito Federal prevê a inclusão de pacientes com doenças intestinais inflamatórias como preferencial para o recebimento da vacina .(SES-DF ,2021).

O isolamento social foi uma medida adotada pelo governo brasileiro na pandemia da COVID-19, a fim de evitar novos casos de infecção pelo vírus. Assim sendo, parte da população passou a evitar a ida aos serviços de saúde em casos não emergenciais, devido ao grande risco de contaminação pelo Sars-Cov- 2, tendo em vista que a maioria dos pacientes hospitalizados se encontravam com a COVID-19, tornando o ambiente hospitalar foco de grande contaminação.(Codeplan, 2020)

É de amplo conhecimento a prevalência de doenças inflamatórias intestinais (DII) no mundo, que atingem mais de cinco (5) milhões de pessoas, e no Brasil, nos últimos anos, foi observado aumento no número de novos casos, mesmo assim, o tratamento da doença de Crohn ainda é um grande desafio para os gastroenterologistas. (ABCD – Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn)

Pesquisas têm sido realizadas em busca de novos medicamentos capazes de controlar a doença de Crohn, não apenas como alívio dos sintomas. O arsenal terapêutico melhora a cada ano, gerando benefícios aos pacientes. No geral a doença de Crohn pode ser tratada clínica ou cirurgicamente, mas a opção cirúrgica é indicada para complicações ou impossibilidade de obter a remissão com a terapia medicamentosa (HABR-GAMA et al., 2011; ZATERKA; EISIG, 2016). No passado, a meta terapêutica a ser alcançada era a melhora dos sintomas. Nos dias atuais, além da remissão clínica, também se espera a melhora laboratorial, endoscópica e histológica, visando ofertar ao paciente uma melhor qualidade de vida, prevenção de recidivas e impedindo o desenvolvimento de complicações futuras (ZATERKA; EISIG, 2016).

Ademais essas metas podem ser revistas dependendo da gravidade e do estado em que se encontram as alças envolvidas pela doença. Existem regras básicas de tratamento clínico devem ser respeitadas como: a localização da doença, gravidade e a extensão do processo inflamatório, complicações da doença (abscessos, fístulas), presença de doenças coexistentes (hipertensão arterial, diabetes melito, glaucoma) ou manifestações extra intestinais (ZATERKA; EISIG, 2016).

O tratamento geralmente é realizado em dois passos, o primeiro é de indução à remissão, que diz respeito ao combate da doença ativa, logo, visa a redução ou a abolição da sintomatologia do paciente nos períodos de crise da doença. O segundo a manutenção da remissão, objetiva reduzir as recidivas (HABR-GAMA et al., 2011; PAPACOSTA et al., 2017). Com o paciente livre de surtos de agudização, ocorre uma atenuação de sintomas. (ZATERKA; EISIG, 2016)

Dentre os tratamentos mais usados, destacam-se sulfassalazina, mesalazina, corticosteroides (budesonida, prednisona, hidrocortisona etc.), imunossuppressores (6-mercaptopurina, azatioprina, metotrexate etc.) e agentes biológicos (infiximabe, adalimumabe, certolizumabe e vedolizumabe) (HABR-GAMA et al., 2011).

Portanto, estima-se que muitos pacientes deixaram de receber o tratamento adequado pois evitaram o ambiente hospitalar para a realização de consultas de rotina para o acompanhamento de doenças crônicas durante a pandemia. Partindo desse pressuposto, assume-se que o número de exacerbações da doença de Crohn tenha crescido por conta da falha no recebimento do tratamento, pois muitos pacientes já diagnosticados com a Doença de Crohn não frequentaram adequadamente os serviços de saúde por receio da contaminação por COVID-19.

3. METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão narrativa que tem como principal objetivo compreender o impacto da pandemia por COVID-19 em episódios de exacerbação da Doença de Crohn, assim como o motivo de tais exacerbações. Para promover uma atualização sobre dados da pandemia pelo Sars-Cov-2 e conseqüentemente, um maior conhecimento da realidade dos pacientes portadores da doença de Crohn no cenário atual.

Para a seleção dos artigos foi realizada uma busca eletrônica nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), MEDLINE/PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Cochrane, além de buscar diretrizes, recomendações e protocolos da Sociedade Brasileira de Coloproctologia, Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn (ABCD), Crohn's colitis foundation, American Gastroenterological Association (AGA) instituições relevantes na comunidade científica. Foram utilizados os seguintes descritores dos termos MeSH: *“(Crohn's disease)” AND “(coronavirus)” AND “(covid vaccination)” AND “(immunization) AND “(Crohn's disease exacerbations)”*. Os critérios de

elegibilidade foram: artigos publicados na íntegra nos idiomas português e inglês; e, publicação entre 2016 e 2022. A finalidade foi a seleção de artigos que auxiliaram a relação entre as doenças abordadas na pesquisa, priorizando metanálises, revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados para solucionar o questionamento principal do trabalho, seguindo os quesitos: ter entre 18 e 99 anos, possuir Doença de Crohn já diagnosticada, fazer acompanhamento ambulatorial da doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL, M. DA S. **PORTARIA CONJUNTA Nº 14, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017. Portaria** Brasil Ministério da Saúde, , 28 nov. 2017. Disponível em: <www.saude.gov.br/sas,>

BRASIL, M. DA S. **Coronavírus Brasil**. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 8 jun. 2022.

FERNANDES, M. D. et al. Doença de Crohn metastática sem manifestação clínica intestinal. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 84, n. 6, p. 651–654, dez. 2009.

HABR-GAMA, A. et al. Doença de Crohn intestinal: manejo. **Rev Assoc Med Bras**, v. 57, n. 1, p. 10–13, 2011.

MG, S. **VACINAÇÃO COVID-19: CORONAVAC E ASTRAZENECA/OXFORD**. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/229-vacinacao-coronavac-astrazeneca-oxford>>. Acesso em: 8 jun. 2022.

PAPACOSTA, N. G. et al. DOENÇA DE CROHN. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 4, n. 2, p. 25–35, 20 jun. 2017.

ROMANO JUNIOR, S. C.; ERRANTE, P. R. DOENÇA DE CROHN, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CROHN'S DISEASE, DIAGNOSIS AND TREATMENT. **Atas de Ciências da Saúde**, v. 4, n. 4, p. 31–50, out. 2016.

RUBIN, D. T. et al. AGA Clinical Practice Update on Management of Inflammatory Bowel Disease During the COVID-19 Pandemic: Expert Commentary. **Gastroenterology**, v. 159, n. 1, p. 350–357, 1 jul. 2020.

SANTOS, S. C.; UTIYAMA, S. R. R. **DOENÇA DE CROHN: Uma abordagem Geral**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, nov. 2011.

SATSANGI, J. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. **Gut**, v. 55, n. 6, p. 749–753, 1 jun. 2006.

ZATERKA, S.; EISIG, J. N. **Tratado de Gastroenterologia da Graduação à Pós-graduação 2 a Edição**. 2. ed. [s.l.] 2016, 2016.

ABCD. **Sobre a Doença de Crohn - ABCD**. Disponível em: <<https://www.abcd.org.br/sobre-a-doenca-de-crohn/>>. Acesso em: 8 jun. 2022.

Chow DK, Leong RW, Lai LH, Wong GL, Leung WK, Chan FK, Sung JJ. Changes in Crohn's disease phenotype over time in the Chinese population: validation of the Montreal classification system. *Inflamm Bowel Dis.* 2008;14:536-41.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, B. V. EM S. **Doença de Crohn.** Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/179_doenca_crohn.html#:~:text=A%20doen%C3%A7a%20de%20Crohn%20%C3%A9,qualquer%20parte%20do%20trato%20gastrointestinal.>. Acesso em: 4 dez. 2022.

VACINAS . Pfizer, 2020. Disponível em: <<https://www.pfizer.com.br/sua-saude/vacinacao>> Acesso em 23, setembro, 2022.

VACINA. Instituto Butantan, 2020. Disponível em : <<https://vacinacovid.butantan.gov.br/>> Acesso em 23, setembro, 2022.

The Oxford/AstraZeneca (ChAdOx1-S [recombinant] vaccine) COVID-19 vaccine: what you need to know. World Health Organization, 2021. Disponível em : <<https://who.int/news-room/feature-stories/detail/the-oxford-astrazeneca-covid-19-vaccine-what-you-need-to-know>> . Acesso em 23, setembro, 2022.

COVID-19. SES-DF ,2021. Disponível em : <<https://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em 23, setembro, 2022.

BOLETIM CODEPLAN COVID-19. Codeplan, 2020. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wpcontent/uploads/2020/04/Boletim_Codeplan_n26_14.10.20.pdf> . Acesso em 30, setembro, 2022.