



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – CEUB  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE  
CURSO DE NUTRIÇÃO**

**AVALIAÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR E PREVALÊNCIA DE  
DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS EM PACIENTES COM DOENÇAS  
INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS**

**Geovanna Ribeiro Silva**

**Professora orientadora: Ana Lúcia Ribeiro Salomon**

**Brasília, 2021**

**Data de apresentação: 5 de julho de 2021.**

**Local: sala do meet - CEUB.**

**Membros da banca: Dayanne da Costa Maynard e Daniela de Araújo Medeiros  
Dias.**

## RESUMO

As doenças inflamatórias intestinais são doenças crônicas, de caráter autoimune e causa desconhecida que afetam o trato gastrointestinal. As duas principais formas de apresentação são a Doença de Crohn, que pode afetar todas as porções do trato gastrointestinal e a Retocolite Ulcerativa que afeta intestino grosso e reto. Em pacientes acometidos por essas doenças, é comum que apresentem diminuição na ingestão alimentar ou recusa a determinados alimentos e deficiências nutricionais. O presente estudo teve como objetivo principal analisar a ingestão alimentar e a prevalência de deficiências nutricionais em pacientes portadores de doença de Crohn e retocolite ulcerativa. O estudo foi feito por meio de um trabalho de campo do tipo transversal e descritivo e foi desenvolvido via online. Para essa pesquisa, foram recrutadas pessoas brasileiras, com idade entre 20 e 60 anos e que apresentavam diagnóstico confirmado de doença inflamatória intestinal. A coleta de dados ocorreu por meio de um formulário Google online, onde os participantes puderam responder de qualquer lugar que estivessem. Dos 112 pacientes avaliados, 65,2% eram portadores de doença de Crohn e 34,8% de retocolite ulcerativa, a grande maioria deles já apresentou alguma deficiência nutricional após o diagnóstico da doença e as mais relatadas foram de ferro, vitamina D, vitamina B12 e ácido fólico. Em relação à ingestão alimentar, o café foi o mais relatado quanto ao consumo diário, as frutas e verduras também estão entre os mais consumidos, enquanto as bebidas alcólicas foram o grupo de menor consumo. Os resultados encontrados revelaram que boa parte dos pacientes têm restrições alimentares e a maioria deles já foi diagnosticado com deficiências nutricionais sendo portadores de DII. Observa-se a necessidade do acompanhamento de profissional nutricionista especializado para melhorias no estado nutricional e no consumo alimentar desses pacientes.

**Palavras-chave:** Doença de Crohn, retocolite ulcerativa, nutrição, alimentação.

## INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais (DII's) são doenças crônicas, de caráter autoimune e causa desconhecida que acometem o trato gastrointestinal (TGI). As duas principais formas de apresentação são a Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU) (SANTOS *et al.*, 2015). Na DC, as lesões são descontínuas, assimétricas, comprometem todas as camadas da parede do TGI (da mucosa à serosa) e podem afetar qualquer parte do TGI. Já na RCU, as lesões são contínuas, comprometem a mucosa e submucosa da parede do TGI e afetam somente cólon e reto (MARANHÃO; VIEIRA; CAMPOS, 2015).

As DII's são marcadas por diferentes fases: existe a fase aguda, onde a doença está em atividade e deve ser avaliado o grau (leve/moderada/grave) e a fase de remissão, onde o paciente leva uma vida aparentemente normal (SILVA *et al.*, 2010). Atualmente, no mundo, cerca de 10 milhões de pessoas vivem com alguma doença inflamatória intestinal e essas doenças estão em aumentando cada dia mais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). A DII ocorre com maior frequência em pacientes entre as idades de 15 e 25 anos, sendo ambos os sexos igualmente afetados (FLORA; DICH, 2006). Os principais sintomas dos pacientes portadores da DC e RCU são: dores abdominais, diarreia, vômitos, perda de peso, sangramento retal, urgência fecal, perda de apetite, dentre outros, principalmente na fase ativa da doença (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE CROHN, 2019).

Para a maioria das pessoas com doença inflamatória intestinal, o simples ato de comer necessita ser realizado com atenção, priorizando alimentos que contribuam para a melhora dos sintomas e diminuição da atividade inflamatória. A condição nutricional em que os pacientes se encontram pode ser diretamente afetada pela diminuição na ingestão alimentar, por inapetência ou até mesmo medo de ingerir determinados alimentos e passar mal; má absorção de nutrientes, devido atividade inflamatória da doença e trânsito intestinal acelerado, especialmente na DC que afeta principalmente o intestino delgado; interação droga-nutriente, pois a grande maioria desses pacientes fazem tratamentos medicamentosos e pode haver um desequilíbrio nutricional por ação de um desses medicamentos e além disso, há também um desequilíbrio na microbiota intestinal (COZZOLINO, 2016; FORBES *et al.*, 2017).

É de suma importância analisar como está a ingestão alimentar do paciente com DII, tendo em vista as particularidades de cada um e a influência do nível de atividade da doença em determinado momento, pois isso vai ser determinante no momento de avaliar seu estado nutricional e possíveis tendências a desenvolver deficiências nutricionais, que podem ser graves nessas enfermidades. A alimentação também pode ser determinante na melhoria de sintomas e de atividade inflamatória da mucosa, logo, é bastante relevante que se faça o controle do que é ingerido por esses pacientes e as possíveis consequências dessa ingestão. Descrever os nutrientes com maiores probabilidades de insuficiência nesses casos é extremamente significativo, pois assim é possível dar uma atenção maior a eles e à oferta de alimentos fontes, evitando assim diversas deficiências nutricionais e suas consequências.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo primário**

Analisar a ingestão alimentar e a prevalência de deficiências nutricionais em pacientes portadores de doença de Crohn e retocolite ulcerativa.

### **Objetivos secundários**

- ✓ Investigar se o paciente tem restrições alimentares devido à existência da patologia.
- ✓ Analisar o contexto saúde doença com foco nutricional e a importância da nutrição adequada nesses pacientes.
- ✓ Descrever quais são os nutrientes com maiores propensões a deficiências, observando possíveis interações droga-nutrientes.
- ✓ Compreender a importância da boa alimentação, acompanhamento nutricional e multiprofissional para oferecer uma melhor qualidade de vida a esses pacientes.
- ✓ Analisar a ingestão alimentar habitual e a presença de deficiências nutricionais tratadas ou não com o uso de suplementos.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Sujeitos da Pesquisa**

Neste estudo participaram pessoas com diagnóstico de doença inflamatória intestinal residentes no Brasil.

### **Desenho do estudo**

É um estudo do tipo observacional, transversal e descritivo.

### **Metodologia**

Nessa pesquisa foram analisados dados de pessoas que apresentem diagnóstico confirmado para doença inflamatória intestinal (doença de Crohn ou retocolite ulcerativa) através de redes sociais, grupos de pacientes em whatsapp, instagram e facebook, apenas por plataformas digitais.

A amostra foi coletada a partir da confirmação do diagnóstico, que foi dada a partir de auto-relato de participantes de diagnóstico por médico especialista para doença de Crohn ou retocolite ulcerativa, para pessoas portadoras das doenças que queiram participar da pesquisa.

Esse trabalho foi dividido em 2 grandes partes, a primeira foi a sensibilização da amostra, a segunda parte a coleta de dados através de um questionário virtual para análise de dados.

A sensibilização da amostra se deu principalmente por meio de mídias sociais, grupos de apoio à pacientes, divulgação da pesquisa em perfis informativos no instagram e outras redes.

O instrumento aplicado foi um formulário Google online auto-aplicado, criado pelos autores desse estudo, teve perguntas como sexo, idade, peso, altura, qual a doença diagnosticada, se está em remissão ou atividade, qual o tratamento utilizado, se já teve alguma deficiência nutricional, como essa deficiência foi tratada (medicação, suplementos ou dieta), se já fez uso de outros suplementos, um questionário de frequência alimentar para análise de consumo e alguns pontos como, se não consome alimentos por fazer mal e se consome determinados alimentos porque gosta ou se foi orientado profissionalmente a consumi-los (APÊNDICE A).

A coleta foi realizada no mês de maio de 2021.

### **Análise de dados**

Os dados foram analisados a partir de pontos de corte, todos foram classificados em adultos, de acordo com o Ministério da Saúde, pois são pessoas com idade entre 20 e 60 anos. Após a coleta de dados de peso e altura, foi realizado o cálculo do IMC, que consiste na divisão do peso atual pela altura ao quadrado e o resultado foi classificado com base nos pontos de corte da Norma Técnica de Vigilância Alimentar e Nutricional (2004), onde diz que valores abaixo de 18,5 caracterizam adulto de baixo peso, entre 18,5 à 24,9 caracterizam adulto eutrófico (adequado), entre 25 a 29,9 caracterizam adulto com sobrepeso e maior ou igual a 30 caracterizam adulto com obesidade, de acordo com a norma técnica do sistema de vigilância alimentar e nutricional. Todos os dados foram posteriormente avaliados por meio de estatística descritiva (médias, medianas, desvios-padrão, frequências).

### **Crítérios de Inclusão**

Os critérios de inclusão foram pacientes que apresentaram diagnóstico confirmado de doença inflamatória intestinal, com idade entre 20 e 60 anos, que eram brasileiros e preenchessem o questionário por completo. Os pacientes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e posteriormente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

### **Crítérios de Exclusão**

Foram excluídos participantes que não estavam na faixa etária de 20 a 60 anos, que preencheu o formulário com dados incompletos ou que respondeu 2 vezes, sendo uma delas excluída.

### **Aspectos Éticos**

Os procedimentos metodológicos do presente trabalho foram preparados dentro dos procedimentos éticos e científicos fundamentais, como disposto na Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

A coleta de dados foi iniciada apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme protocolo de aprovação nº 4.705.852 e ciência dos participantes do TCLE (APÊNDICE A). Na execução e divulgação dos resultados foi garantido o total sigilo da identidade dos participantes e a não discriminação ou estigmatização dos sujeitos da pesquisa, além da conscientização dos sujeitos quanto à publicação de seus dados.



## RESULTADOS

A amostra contou com a participação de 119 pessoas portadoras de doença de Crohn ou retocolite ulcerativa, mas foram excluídos 7 participantes, 5 não se enquadravam na faixa etária exigida no estudo, 1 pessoa não preencheu completamente os dados e 1 pessoa respondeu o questionário 2 vezes com as mesmas respostas, compondo assim a amostra final, 112 participantes, destes 71,4% (n=80) eram do sexo feminino e 28,6% (n=32) do sexo masculino.

A Tabela 1 refere-se à caracterização da amostra, os participantes apresentaram média de idade de 35,6 anos, variando de 21 a 60 anos, média de peso de 59,57 kg (DP=13,91) para mulheres e 78,18 kg (DP=16,17) para homens e média de altura de 1,59m (DP=0,06) para mulheres e 1,75m (DP=0,07) para homens. A partir da coleta desses dados, foi calculado o IMC dos pacientes, onde a maioria deles apresentou eutrofia 53,6% (n=60), 13,5% apresentaram baixo peso, sendo esse baixo peso afetando majoritariamente mulheres, 17,8% sobrepeso e 15,1% obesidade.

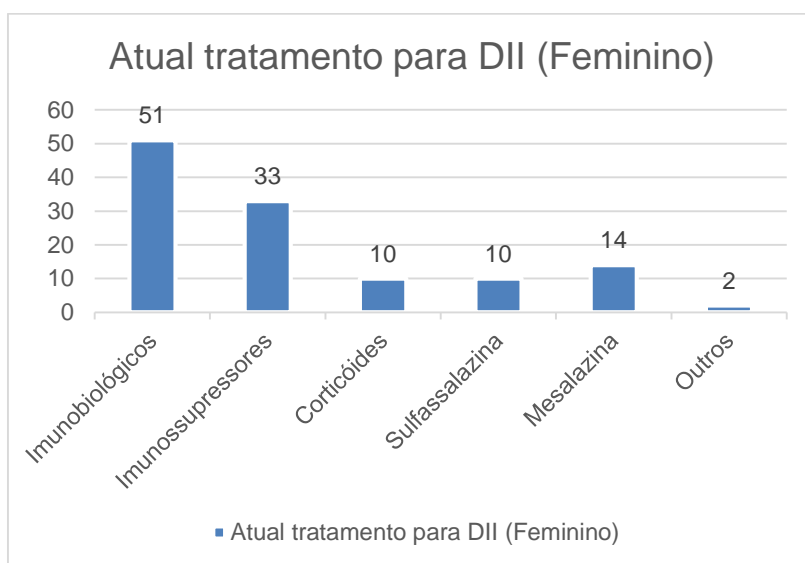
Quanto ao diagnóstico, a maioria dos pacientes da amostra eram portadores de doença de Crohn, totalizando 65,2% (n=73) e 34,8% (n=39) retocolite ulcerativa, metade dos pacientes relataram estar com a doença em atividade e a outra metade em remissão.

**Tabela 1** – Caracterização da amostra, dados demográficos e epidemiológicos.

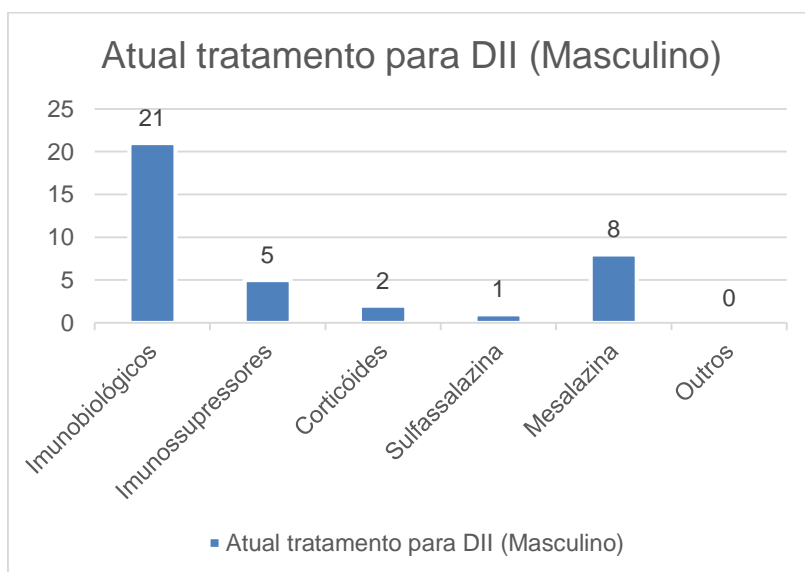
	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total/Média</b>
<b>Sexo</b>	80 (71,4%)	32 (28,6%)	112
<b>Idade</b>	35,06 ± 11,06	37,09 ± 9,36	35,64
<b>Peso</b>	59,57kg ± 13,91	78,18kg ± 16,17	64,89kg
<b>Altura</b>	1,59m ± 0,06	1,75m ± 0,07	1,64m
<b>IMC</b>	23,27 ± 5,23	25,20 ± 4,54	23,82
Baixo peso	14	1	15
Eutrofia	43	17	60
Sobrepeso	11	9	20
Obesidade	12	5	17
<b>Doença de Crohn</b>	48 (65,7%)	25 (34,3%)	73
<b>Retocolite ulcerativa</b>	32 (82%)	7 (18%)	39
<b>Doença em atividade</b>	42 (75%)	14 (25%)	56
<b>Doença em remissão</b>	38 (67,8%)	18 (32,2%)	56

Quando questionados em relação ao tratamento medicamentoso, 63,5% (n=51) das mulheres e 65,6% (n=21) dos homens relataram utilizar medicação imunobiológica, o tipo de medicação mais utilizado por esses pacientes. Outros tratamentos também foram relatados, inclusive, muitas vezes em associação, como imunossupressores, corticóides, sulfassalazina e mesalazina, como mostram as figuras 1 e 2.

**Figura 1** – Tratamento medicamentoso utilizado atualmente em mulheres.

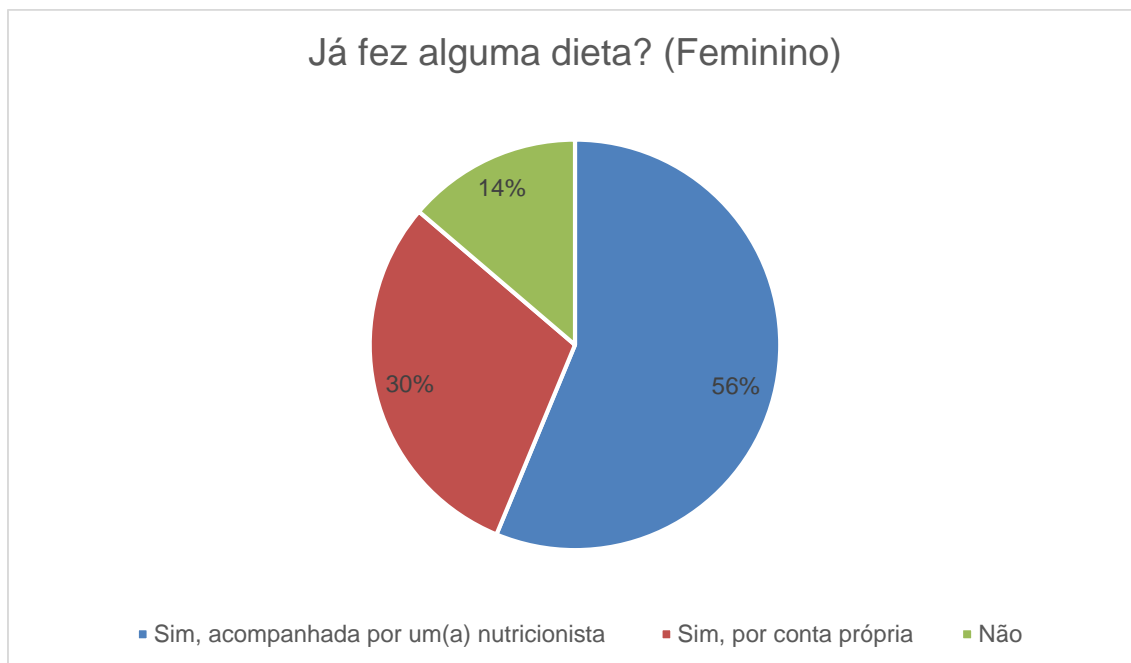


**Figura 2** – Tratamento medicamentoso utilizado atualmente em homens.

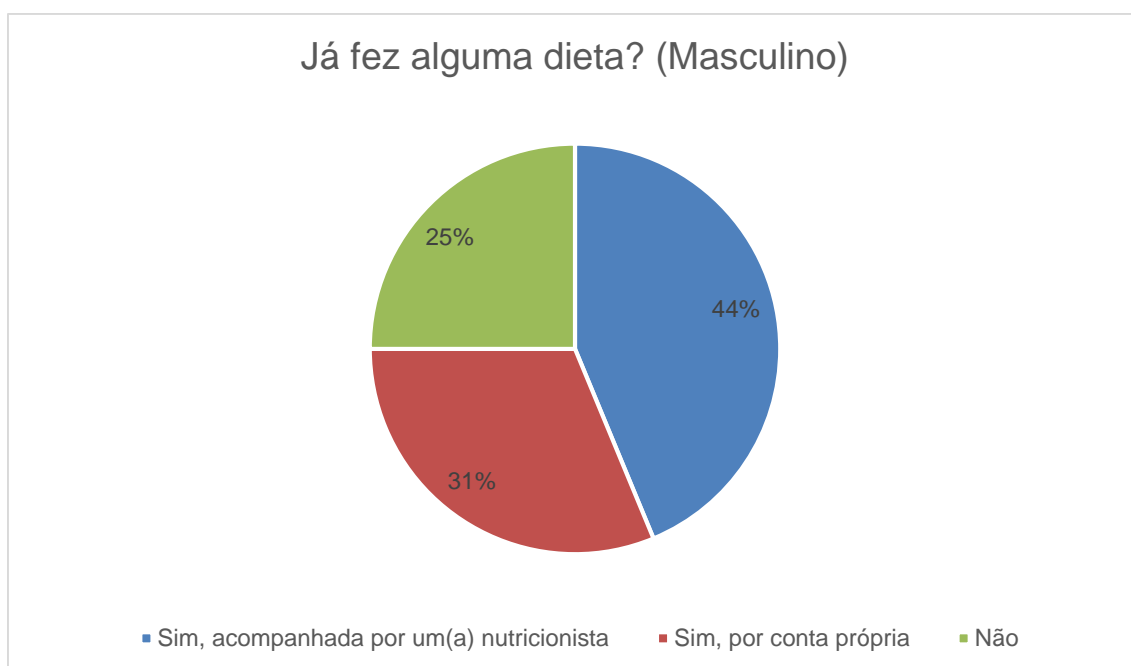


Em relação à dietoterapia, os participantes foram questionados quanto ao fato de já terem realizado alguma dieta, 86% (n=69) das participantes do sexo feminino e 75% (n=24) dos participantes do sexo masculino relataram já ter realizado dieta alguma vez na vida, acompanhadas por profissional nutricionista ou não (figuras 3 e 4).

**Figura 3 – Realização de dieta por pacientes mulheres.**

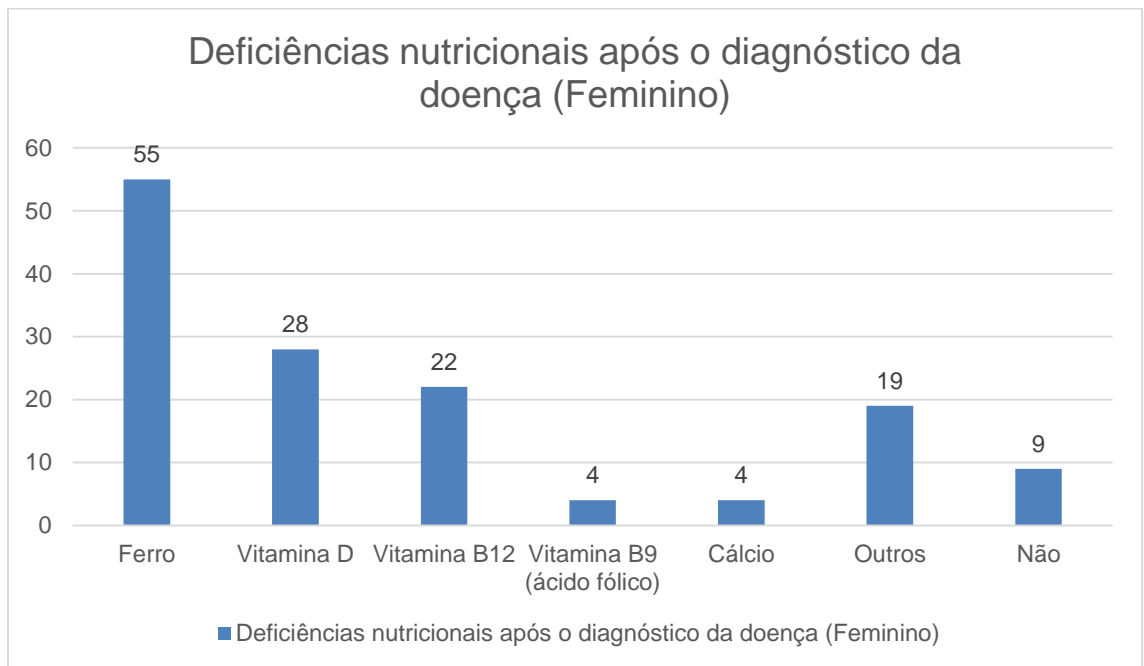


**Figura 4 – Realização de dieta por pacientes homens.**

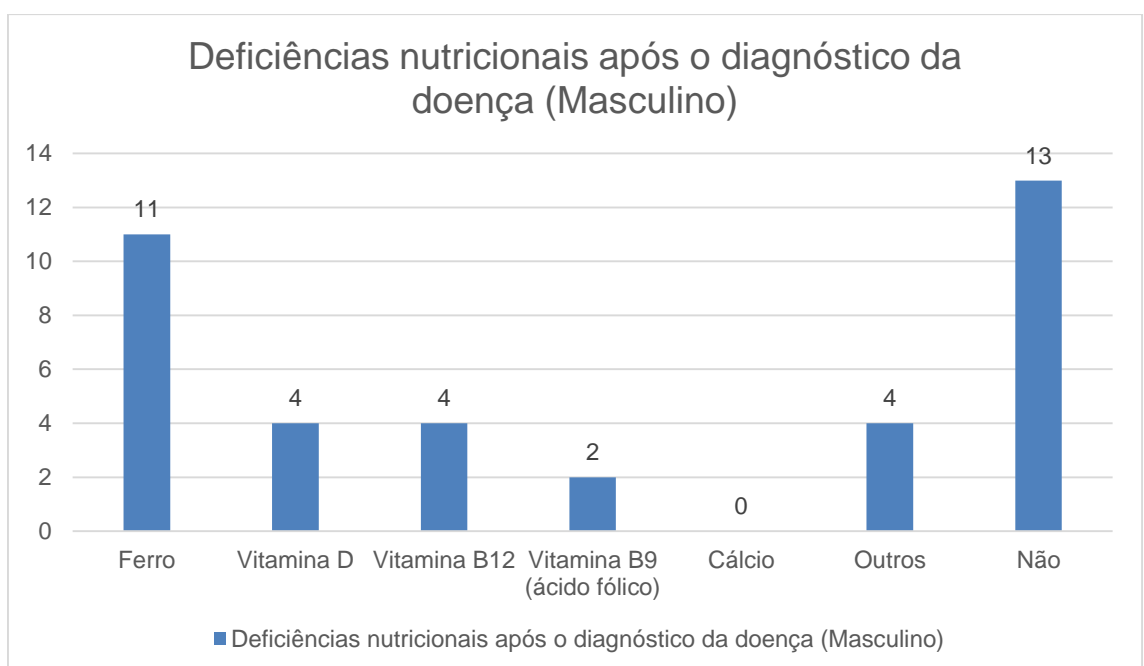


Acerca de deficiências nutricionais após o diagnóstico da doença, os nutrientes mais relatados entre as mulheres e homens foram ferro, vitamina D, vitamina B12, vitamina B9 (ácido fólico).

**Figura 5** – Descrição de deficiências nutricionais detectadas após o diagnóstico da doença em mulheres.

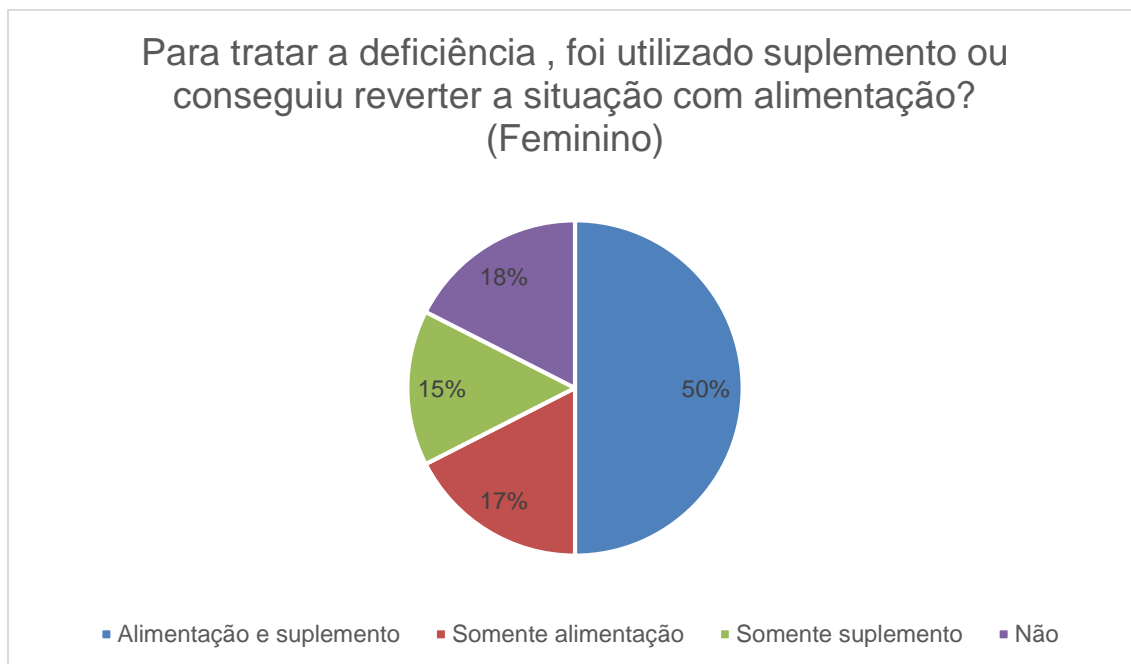


**Figura 6** – Descrição de deficiências nutricionais detectadas após o diagnóstico da doença em homens.

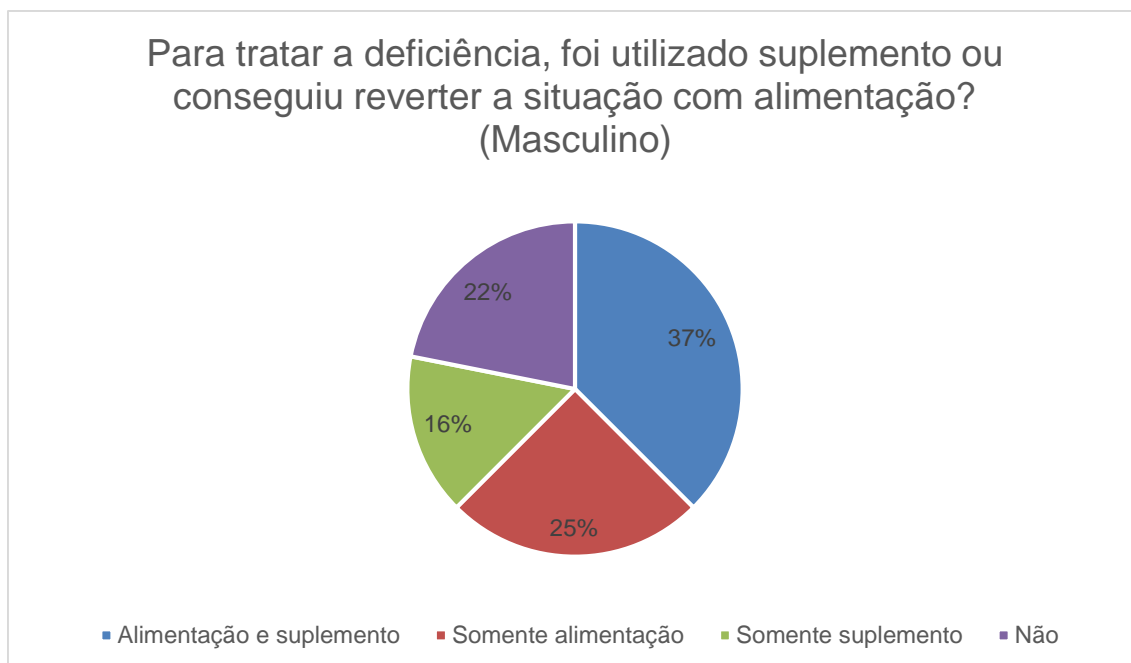


Quanto à essas deficiências, foi referido que a maioria das mulheres (50%) e homens (37%) foram tratadas com alimentação e suplemento, seguido de somente alimentação e somente suplemento.

**Figura 7** – Tratamento utilizado para deficiências nutricionais em mulheres.

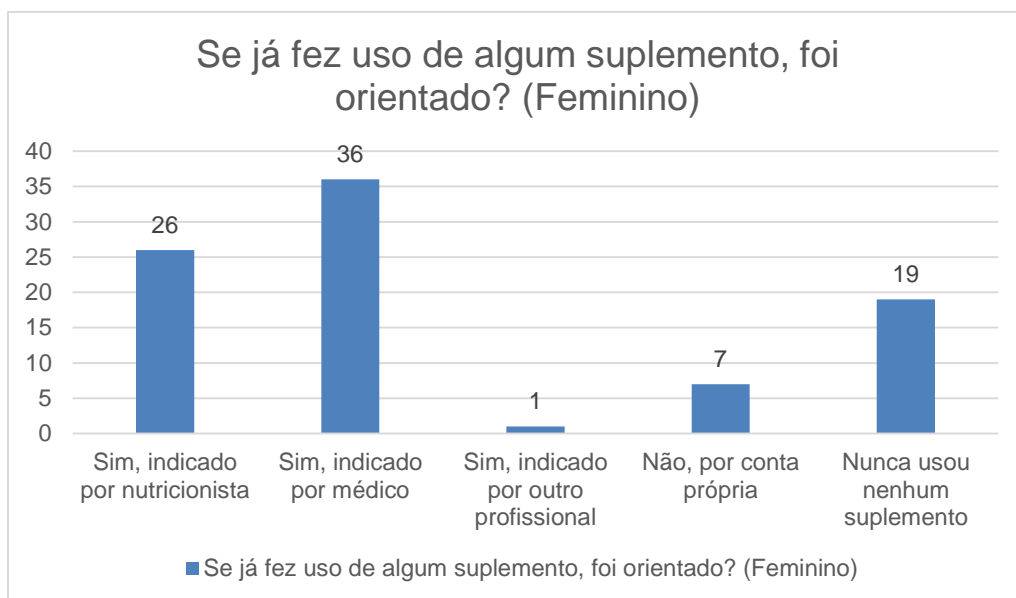


**Figura 8** – Tratamento utilizado para deficiências nutricionais em homens.

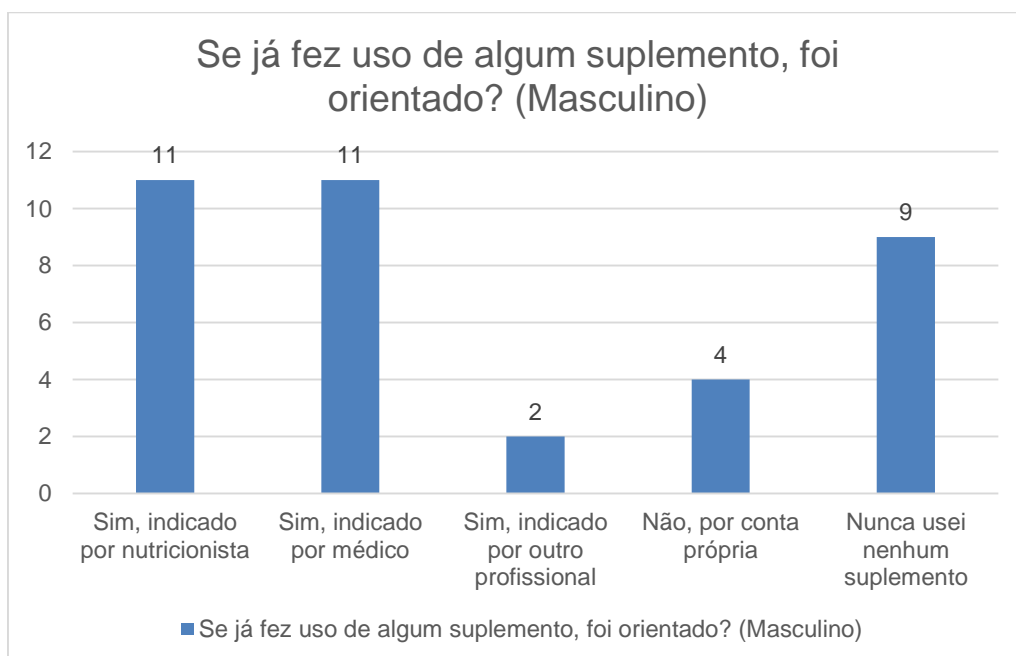


As figuras 9 e 10 trazem dados referentes à orientação do uso dos suplementos, onde a maioria (41,96%) relata ter utilizado por indicação médica, seguido de orientação nutricional.

**Figura 9** – Prescrição de suplementos alimentares em mulheres.



**Figura 10** – Prescrição de suplementos alimentares em homens.



Os suplementos mais utilizados pelos participantes da pesquisa foram modulen 19,6% (n=22), seguido de vitamina D 11,6% (n=13) e complexo vitamínico mineral, conforme observado na tabela 2.

**Tabela 2 – Suplementos utilizados após o diagnóstico de DII.**

Suplementos	Feminino		Masculino		Total	
	%	n	%	n	%	n
<b>Modulen</b>	7,1	8	1,8	2	8,9	10
<b>Modulen + associação</b>	8,9	10	1,8	2	10,7	12
<b>Vitamina D</b>	8,9	10	2,7	3	11,6	13
<b>Vitaminas do complexo B</b>	6,2	7	0,9	1	7,1	8
<b>Minerais</b>	7,1	8	0,9	1	8	9
<b>Complexo vitamínico e mineral</b>	7,1	8	2,7	3	9,8	11
<b>Whey protein</b>	3,6	4	5,4	6	8,9	10
<b>Pré e probióticos</b>	0,9	1	0,9	1	1,8	2
<b>Outros</b>	10,7	12	4,5	5	15,2	17
<b>Não</b>	30,4	34	14,3	16	44,7	50

Tratando-se do consumo alimentar, o grupo de menor consumo tanto para homens quanto para mulheres foi de bebidas alcólicas, enquanto o de maior consumo foram as frutas por mulheres e legumes por homens. Diariamente, o que mais se consome em ambos é o café.

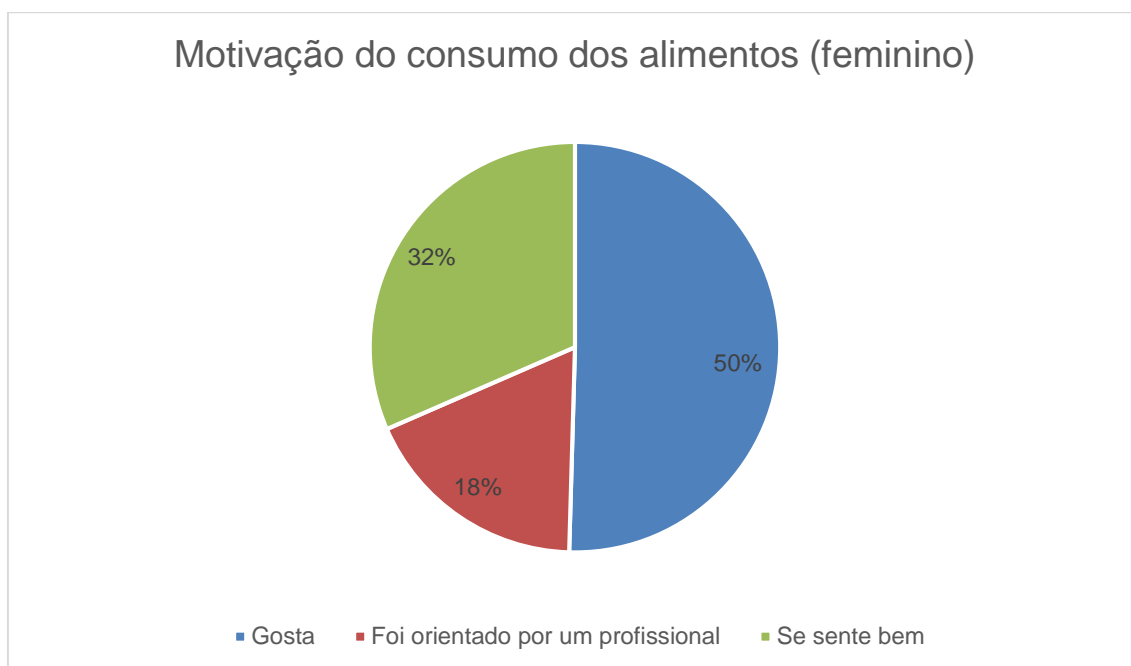
**Tabela 3 – Ingestão alimentar de pacientes com DII e frequência de consumo.**

Alimento	Pacientes do Sexo Feminino					Pacientes do Sexo Masculino				
	Diário	3-5x/se	1-2x/se	Mensal-Anual	Nunca	Diário	3-5x/se	1-2x/se	Mensal-Anual	Nunca
<b>Leite</b>	10	9	19	17	25	6	5	4	10	7
<b>logurte</b>	0	8	17	34	21	2	2	8	13	7
<b>Queijos</b>	9	11	27	25	8	4	10	9	7	2
<b>Feijões</b>	22	23	19	13	3	12	6	9	2	3
<b>Lentilha/ervilha/grão de bico/soja</b>	2	2	14	33	29	0	0	5	19	8
<b>Frutas</b>	34	26	15	4	1	16	8	6	2	0
<b>Folhas</b>	18	23	20	11	8	4	9	8	5	6
<b>Verduras</b>	25	31	13	8	3	7	13	5	2	5
<b>Legumes</b>	31	30	13	5	1	10	14	6	2	0
<b>Doces</b>	13	19	33	11	4	3	12	13	4	0
<b>Refrigerantes</b>	2	6	16	26	30	0	3	10	12	7
<b>Bebidas alcólicas</b>	0	1	9	26	44	0	1	8	13	10
<b>Macarrão</b>	0	9	52	17	2	1	5	20	5	1

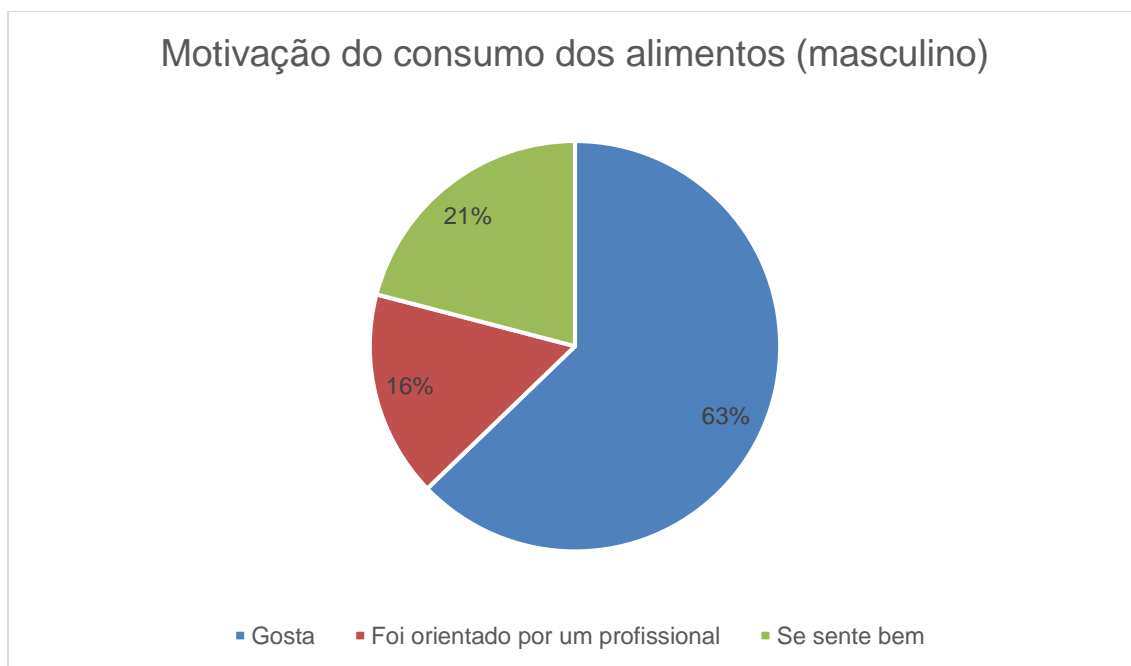
<b>Pães</b>	25	26	17	10	2	10	10	7	5	0
<b>Café</b>	35	8	12	7	18	20	4	1	0	7

A maioria dos participantes relatou consumir os alimentos porque gosta, seguido de se sentir bem e logo depois de ter tido orientação profissional.

**Figura 11** – Motivação para consumo dos alimentos da tabela 3 em mulheres.



**Figura 12** – Motivação para consumo dos alimentos da tabela 3 em homens.





Os participantes foram questionados se existia algum alimento que fazia mal e eles já tinham percebido, os leites e derivados 55,3% (n=62) foram os mais citados, seguido de vegetais 37,5% (n=42), leguminosas 21,4% (n=24) e alimentos com glúten 19,6% (n=22), conforme tabela 4.

**Tabela 4** – Alimentos relatados pelos pacientes que fazem mal por auto percepção.

<b>Alimento</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
<b>Leites e derivados</b>	43,7	49	11,6	13	55,4	62
<b>Vegetais</b>	24,1	27	13,4	15	37,5	42
<b>Leguminosas</b>	17	19	4,5	5	21,4	24
<b>Alimentos/bebidas açucarados</b>	12,5	14	5,4	6	17,8	20
<b>Gorduras e frituras</b>	10,7	12	4,5	5	15,2	17
<b>Embutidos</b>	0,9	1	1,8	2	2,7	3
<b>Alimentos com glúten</b>	18,7	21	0,9	1	19,6	22
<b>Carne vermelha</b>	5,4	6	4,5	5	9,8	11
<b>Pimenta</b>	6,2	7	2,7	3	8,9	10
<b>Café</b>	8,9	10	1,8	2	10,7	12
<b>Fibras</b>	5,4	6	1,8	2	7,1	8
<b>Bebidas alcóolicas</b>	2,7	3	0,9	1	3,6	4

## DISCUSSÃO

Observou-se nesse estudo, que do total da amostra 71,4% (n=80) dos pacientes eram do sexo feminino e 28,6% (n=32) eram do sexo masculino, os participantes apresentaram média de idade de 35,6 anos, variando de 21 a 60 anos, quanto ao diagnóstico, a maioria dos pacientes da amostra eram portadores de DC, totalizando 65,2% (n=73) e 34,8% (n=39) RCU, metade dos pacientes relataram estar com a doença em atividade e a outra metade em remissão. Ao avaliar essas características de uma amostra de 43 pacientes internados em um hospital universitário no Rio de Janeiro com DII, Elia *et al.* (2007) constataram que 69,8% (n=30) pacientes eram mulheres e 30,2% (n=13) homens, as idades variaram entre 16 e 74 anos, com média de 36,7, 72,1% (n=31) tinham o diagnóstico de DC, 23,3% (n=10) de RCU e 4,7% (n=2) de colite indeterminada e observou-se que 80,7% dos pacientes com DC e 50% dos com RCU estavam com a doença em atividade, dados muito semelhantes ao encontrados no presente estudo, com exceção da atividade da doença, onde a divergência de pacientes com atividade da doença se dá provavelmente ao fato de que pacientes hospitalizados tendem a estar em um estado de saúde mais agravado.

Em relação à classificação do IMC, verificou-se que os pacientes apresentaram uma média de 23,82 no total, a maioria deles apresentou eutrofia (53,6%), 13,5% apresentaram baixo peso, 17,8% sobrepeso e 15,1% obesidade. Em estudo realizado por Hille *et al.* (2015) em um hospital em Santa Catarina com 14 pessoas, verificou-se que, em média, os pacientes apresentaram IMC de 22 kg/m<sup>2</sup>, a eutrofia foi representada por 43% da amostra, resultados esses muito parecidos com os retratados no presente estudo, porém, desnutrição afetou 43% da população e obesidade 14%, estes achados podem ser justificados pela hipótese de que doentes hospitalizados com DII apresentem doença grave, que afeta o estado nutricional dos mesmos de forma mais significativa.

Quanto ao tratamento medicamentoso utilizado por esses pacientes, a maioria dos pacientes relatou utilizar terapia imunobiológica (64,2%), seguido de imunossuppressores, corticóides, sulfassalazina e mesalazina, muitas vezes mais de um em associação. Elia *et al.* (2007) trouxeram em seu estudo, informações interessantes, pois nele, o medicamento mais utilizado foram os corticoides tanto em

DC, quanto em RCU, inclusive muitos pacientes fazem uso crônico dessas medicações, o grupo de imunomoduladores foi o segundo mais utilizado na DC enquanto que na RCU a sulfassalazina foi utilizada na mesma regularidade que os corticoides. Vários fatores podem explicar as divergências encontradas nesses estudos, como o fato de estarmos em 2021 e o outro estudo ter sido feito em 2007, onde existiam poucos imunobiológicos e a comprovação para as DII's ainda era testada. No estudo de Elia *et al.* (2007), apenas um paciente estava em uso de infliximabe, podendo também estar diretamente relacionado com o nível socioeconômico dos indivíduos atendidos no HUCFF-UFRJ, uma vez que se trata de medicamento de alto custo, que não era fornecido pelo SUS até o momento da realização do estudo.

Mesmo durante o tratamento medicamentoso, o acompanhamento nutricional, visando prevenir e tratar carências nutricionais, aliviar sintomas e oferecer aporte adequado de todos os nutrientes, tende a gerar maior qualidade de vida nos pacientes e a possibilidade de remissão da atividade da doença (FERNANDES *et al.*, 2014).

A doença de Crohn pode gerar deficiências nutricionais devido diversos fatores, por isso, de acordo com Queiroz *et al.* (2019), o suporte nutricional se torna indispensável, tanto na recuperação quanto na manutenção do estado nutricional desses pacientes, que deve ser avaliado para que seja definida a conduta dietoterápica mais indicada. Nesse estudo, 56% das mulheres e 44% dos homens relataram já ter feito dieta com acompanhamento nutricional, ponto esse bastante positivo na saúde e qualidade de vida dos mesmos.

Pacientes com doenças inflamatórias intestinais estão frequentemente em dietas extremamente restritivas, sem comprovação científica. O exemplo mais comum é a restrição de produtos lácteos, e apesar de ser uma teoria bem sustentada entre pacientes, não foi encontrada associação entre crises e ingestão desses alimentos. Além disso, um estudo da Nova Zelândia, relatou que a influência desses alimentos em sintomas da Doença de Crohn foi muito mais influenciada pelo conteúdo de gorduras dos produtos que de lactose. Outra dieta de exclusão muito popular é uma dieta sem glúten, iniciada mesmo sem um diagnóstico de doença celíaca. Pacientes acometidos por essas doenças necessitam de aconselhamento dietético com base em fortes fundamentos científicos, evitando o uso de dietas restritivas desnecessárias

que podem prejudicar seu estado nutricional (MARION-LETELLIER, SAVOYE, GOSH, 2016).

Outra dieta muito utilizada entre os pacientes é a FODMAP, onde são excluídos um conjunto de alimentos, os carboidratos fermentáveis: oligossacarídeo, dissacarídeo, monossacarídeo e polióis e apesar de alguns estudos comprovarem que pode haver redução dos sintomas, não há mudança na atividade inflamatória da mucosa intestinal de pacientes com DII, aumenta o risco de disbiose e além disso, há uma grande preocupação relacionada às restrições que essa dieta pode trazer, tanto em relação ao risco de desenvolvimento, quanto de piora de deficiências nutricionais já existentes, que são prevalentes nesses pacientes (ZALTMAN *et al.*, 2018).

Tratando-se das deficiências nutricionais após o diagnóstico da doença, as mais relatadas pelos pacientes deste estudo foram ferro, vitamina D, vitamina B12, ácido fólico e cálcio e a anemia atinge ou já atingiu 59% desses pacientes, segundo relatado por eles, observando ainda que muitos não souberam responder se já foram acometidos ou não. Segundo Diestel; Santos e Romi (2012), a anemia atinge cerca de 60-80% dos pacientes com doença de Crohn e 66% dos pacientes com retocolite ulcerativa. Além disso, também podem ocorrer deficiências de vitaminas, principalmente vitamina B12, D e ácido fólico, a deficiência de vitamina B12 é comum em pacientes com doença de Crohn e os motivos podem ser o envolvimento inflamatório do íleo, que pode induzir à má absorção da vitamina, essa má absorção também pode ser causada por um supercrescimento bacteriano e também por uma ressecção ileal. A deficiência de ácido fólico pode ocorrer em pacientes em uso de sulfasalazina, medicamento comum no tratamento da RCUI e deve ser suplementada, assim como a vitamina D, pois os pacientes têm risco aumentado para osteopenia e osteoporose. Podem ocorrer também, déficit de minerais, como ferro, cálcio, magnésio e potássio, sendo que a deficiência de cálcio se dá principalmente devido ao uso de corticóides, muito comum nesses pacientes, ao baixo consumo de produtos lácteos, à inflamação sistêmica e má absorção de nutrientes. Na vigência de sintomas, principalmente diarreia e esteatorreia, podem ocorrer as perdas de nutrientes importantes, além de má absorção dos mesmos.

A anemia é a principal manifestação extraintestinal da DII e a deficiência de ferro é a maior causa de anemia, essa deficiência pode ocorrer por perda crônica de sangue nas fezes, a anemia relacionada a doença crônica, secundária ao próprio

processo inflamatório ou ainda a baixa ingestão de ferro. Ainda pode-se ter envolvidas na patogênese da anemia, a deficiência de vitaminas, especificamente vitamina B12 e ácido fólico (ZALTMAN *et al.*, 2018).

O presente estudo avaliou a ingestão alimentar de pacientes com doenças inflamatórias intestinais, identificando baixa ingestão de alimentos como bebidas alcoólicas, leites e derivados, leguminosas, bebidas açucaradas e café, assim como foi verificado por Batista *et al.* (2018), em um estudo realizado com 65 pacientes maiores de 18 anos, do Ambulatório Interdisciplinar de DII da Universidade do Vale do Itajaí, em Santa Catarina. Ao questionar quais alimentos/bebidas eram evitados por eles, as restrições citadas em maior número foram bebidas alcoólicas, refrigerantes, leite e derivados, alimentos gordurosos, café, frutas e hortaliças.

A ingestão alimentar de pacientes com doenças inflamatórias intestinais pode ser modificada em decorrência dos sintomas apresentados, Segundo Faveri *et al.* (2013), em um estudo avaliando 53 pacientes com diagnóstico confirmado de DII e idade entre 19 e 70 anos em uma Unidade de Saúde Escola do município de Itajaí (SC), foi observado um aumento no consumo de água e sucos naturais e redução na ingestão de refrigerantes, cafés e chás após o diagnóstico de ambas as DII's. Também houve uma redução no consumo de frutas e hortaliças, principalmente em pacientes com retocolite ulcerativa. Nesse estudo, ao serem questionados quanto aos alimentos que fazem mal e os pacientes tenham percebido, os mais citados foram leites e derivados, vegetais em geral, leguminosas, alimentos com glúten, alimentos e/ou bebidas açucaradas, gorduras e frituras e café. De acordo com relatos desses pacientes, esses alimentos são evitados pois eles percebem uma piora de sintomas ao consumi-los e essas restrições podem estar diretamente ligadas também com o considerável percentual de pessoas com o IMC inadequado, apresentando baixo peso.

## CONCLUSÃO

Os pacientes com DII que participaram deste estudo, apresentaram variada ingestão alimentar, com consideráveis índices de restrições e prevalência de diversas deficiências nutricionais, principalmente ferro, vitaminas D, B9 e B12 e na maioria desses pacientes, foi necessário uso de suplemento alimentar. Metade da amostra relatou estar com a doença em remissão, apesar disso, muitos alimentos ainda são evitados, por meio deste estudo, é possível traçar estratégias ainda mais eficazes para evitar que essa restrição ocorra desnecessariamente.

O acompanhamento multiprofissional é extremamente relevante para esses pacientes e o profissional nutricionista é essencial no diagnóstico e acompanhamento dos mesmos para recuperação e manutenção do adequado estado nutricional, respeitando todas as individualidades de cada paciente de acordo com as tolerâncias do mesmo, fase da doença, sintomas apresentados, trazendo impactos positivos à saúde e melhora na qualidade de vida por meio de uma boa nutrição, baseada em evidências.

O estudo realizado apresentou algumas limitações importantes como o formulário e o questionário de frequência alimentar terem sido respondidos pelos participantes sem acompanhamento e as doenças apresentarem diferentes fases em relação a atividade e isso influencia diretamente nos hábitos alimentares e estado nutricional dos pacientes, pois esses fatores dependem também da atividade inflamatória e sintomatologia.

É fundamental que as políticas públicas voltadas para o atendimento de pessoas que convivem com as DII, incorporem protocolos de abordagem multidisciplinar, incluindo o profissional nutricionista, no sentido de garantir o acesso ao tratamento com este profissional a todos pacientes para prevenir as deficiências de nutrientes observadas no presente estudo e reforçadas por outros estudos. Sugere-se ainda a realização de novos estudos com pacientes com DII.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE CROHN (ABCD) e NESTLÉ. Manual de nutrição, dieta e doença inflamatória intestinal.

Disponível em: <https://abcd.org.br/wp-content/uploads/2019/04/Manual-de-Nutri%C3%A7%C3%A3o-Dieta-e-DII.pdf> Acesso em: 28/09/2020.

BATISTA, T. M. *et al.* Mudanças no consumo alimentar e nas condições psicossociais geradas pela doença inflamatória intestinal. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v.5, n.1, p.48-58, 2018.

COZZOLINO, S. M. F. **Biodisponibilidade de nutrientes**. 6. ed. Barueri: Manole, 2020. 960 p.

DIESTEL, C. F.; SANTOS, M.C.; ROMI, M.D. Tratamento nutricional nas doenças inflamatórias intestinais. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v.11, p.52-58, dez, 2012.

ELIA, P. P.; *et al.* Análise descritiva dos perfis social, clínico, laboratorial e antropométrico de pacientes com doenças inflamatórias intestinais, internados no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Rio de Janeiro. **Arquivos de Gastroenterologia**, v.44, n.4, dez, 2007.

FAVERI, A.D.; *et al.* Hábitos de vida, perfil nutricional e consumo alimentar de pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos ambulatorialmente. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v.28, n.3, p.188-191, jul, 2013.

FERNANDES, L.L.; *et al.* Cuidados alimentares nas doenças inflamatórias intestinais. **Caderno de Cultura e Ciência**, v.13, n.1, p.49-60, jul, 2014.

FLORA, A. P. L.; DICHI, I. Aspectos atuais na terapia nutricional da doença inflamatória intestinal. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v.21, n.2, p.131-137, 2006.

FORBES, A. *et al.* ESPEN guideline: Clinical nutrition in inflammatory bowel disease. **Clinical Nutrition**, v.36, p. 321-347, 2017.

HILLE, C.; KÖHLER, M. C.; DALQUANO, E. C. Correlação entre estado nutricional e complicações na evolução de pacientes com doença inflamatória intestinal internados em um hospital particular de Joinville/SC. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v.31, n.1, p.34-37, ago, 2015.

MARANHÃO, D. D. A.; VIEIRA, A.; CAMPOS, T. Características e diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v.103, n.1, p. 9-15, mar, 2015.

MARION-LETELLIER, R.; SAVOYE, G.; GHOSH, S. IBD: In Food We Trust. **J Crohns Colitis**, v.10, p.1351-1361, nov, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antr\\_opometricos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antr_opometricos.pdf) Acesso em: 01/06/2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 19/05 – Dia Mundial da Doença Inflamatória Intestinal. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/19-5-dia-mundial-da-doenca-inflamatoria-intestinal/> Acesso em: 12/07/2021.

QUEIROZ, T.S.; *et al.* A importância da nutrição no auxílio ao tratamento da Doença de Crohn. **Medicina e Saúde**, v.2, n.1, p.49-62, jan/jun, 2019.

SANTOS, L. A. A. *et al.* Terapia nutricional nas doenças inflamatórias intestinais: artigo de revisão. **Nutrire**, v.40, n.3, p. 383-396, dez, 2015.

SILVA, A. F.; *et al.* Relação entre estado nutricional e atividade inflamatória em pacientes com doença inflamatória intestinal. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.23, n.3, set, 2010.

ZALTMAN, C.; *et al.* As Doenças Inflamatórias Intestinais na Atualidade Brasileira. São Paulo: GEDIIB, 2018. 98 p.



## **APÊNDICE A**

### **QUESTIONÁRIO (online)**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

"AVALIAÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR E PREVALÊNCIA DE DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS EM PACIENTES COM DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS"

Instituição dos/(as) pesquisadores(as): Centro Universitário de Brasília

Pesquisador(a) responsável: Ana Lúcia Ribeiro Salomon

Pesquisadora assistente [aluna de graduação em nutrição]: Geovanna Ribeiro Silva

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo:

- O objetivo específico deste estudo é analisar a ingestão alimentar e a prevalência de deficiências nutricionais em pacientes portadores de doença de Crohn e retocolite ulcerativa.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por apresentar diagnóstico confirmado de doença inflamatória intestinal, ter idade entre 20 e 60 anos e ser brasileiro.

#### Procedimentos do estudo:

- Sua participação consiste em responder perguntas relacionadas ao tema do estudo, para colher dados.
- O procedimento é responder um formulário online.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A pesquisa será realizada online, via Google formulários.

#### Riscos e benefícios:

- Este estudo possui riscos que serão considerados mínimos, por se tratar apenas de um questionário online trazendo menos constrangimento e exposição ao paciente. Os riscos podem envolver o desencadeamento de desconforto ou sofrimento psíquico, face a perguntas que podem trazer lembranças dolorosas. Nesse sentido, será explicitada a não obrigatoriedade de resposta, caso haja algum incômodo, assim como será esclarecido que o questionário não incluirá perguntas que permitam a identificação dos respondentes. Dados pessoais que pudessem ser rastreados foram excluídos do formulário. Além disso, todas as normas constantes da Resolução CNS 466/2012 serão observadas, assegurando a confidencialidade de dados em todos os momentos da pesquisa. Ademais, não haverá nenhum contato físico durante a coleta de dados.
- Medidas preventivas para não haver exposição serão tomadas durante a elaboração do questionário para minimizar qualquer risco ou incômodo.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Com sua participação nesta pesquisa você estará colaborando com o aprimoramento dos estudos dos fatores nutricionais nas doenças inflamatórias intestinais, além de contribuir para maior conhecimento geral sobre inflamatórias intestinais.

#### Participação, recusa e direito de se retirar do estudo:

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.

- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade:

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- Os dados e instrumentos utilizados (questionário) ficarão guardados sob a responsabilidade de Ana Lúcia Ribeiro Salomon com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Equipe pesquisadora:

Geovanna Ribeiro Silva, celular (61) 981312941, e-mail:  
geovanna.ribeiro@sempreceub.com

Ana Lúcia Ribeiro Salomon

Instituição: CEUB

Endereço: Avenida das Araucárias, Rua 214 Lote 1/17, QS 1 - Taguatinga, Brasília -  
DF, 72025-120.

Você aceita participar dessa pesquisa?

Sim  Não

1) Sexo

Feminino

Masculino

Prefiro não informar

2) Idade?

3) Peso e altura?

4) Qual é o seu diagnóstico?

Doença de Crohn

Retocolite Ulcerativa

5) A doença está em atividade ou remissão?

Atividade

Remissão

6) Faz algum tratamento medicamentoso atualmente? Qual(is)? (Dar opção de marcar mais de uma alternativa)

Tratamento imunobiológico (ex: remicade, humira, entyvio, stelara...)

Tratamento imunossupressor (ex: azatioprina, metrotexato...)

Tratamento com corticóides

Tratamento com sulfassalazina

Outros (deixar linha para especificar)

7) Já fez alguma dieta?

- Sim, acompanhada por um(a) nutricionista
- Sim, por conta própria
- Não

8) Já teve alguma deficiência nutricional após diagnóstico da doença? Qual?  
(ex.: anemias, deficiência de vitaminas)

9) Para tratar essa deficiência, você fez o uso de algum suplemento ou conseguiu reverter a situação com alimentação? (Não obrigatória)

- Alimentação e suplemento
- Somente suplemento
- Somente alimentação
- Outros

10) Faz ou já fez uso de algum suplemento alimentar além dos anteriores? Foi orientado por um profissional?

11) Com que frequência você consome os seguintes alimentos?

**Leite**

- Todos os dias
- 3 a 5 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- De mensalmente a anualmente (raro)
- Nunca

**Iogurte**

- Todos os dias
- 3 a 5 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- De mensalmente a anualmente (raro)
- Nunca

**Queijos**

- Todos os dias
- 3 a 5 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- De mensalmente a anualmente (raro)
- Nunca

**Feijões**

- Todos os dias
- 3 a 5 vezes por semana

- 1 a 2 vezes por semana
- De mensalmente a anualmente (raro)
- Nunca

**Lentilha/ervilha/grão de bico/soja**

- Todos os dias
- 3 a 5 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- De mensalmente a anualmente (raro)
- Nunca

**Frutas**

- Todos os dias
- 3 a 5 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- De mensalmente a anualmente (raro)
- Nunca

**Folhas (alface, couve, rúcula, agrião, acelga)**

- Todos os dias
- 3 a 5 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- De mensalmente a anualmente (raro)
- Nunca

**Verduras**

- Todos os dias
- 3 a 5 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- De mensalmente a anualmente (raro)
- Nunca

**Legumes**

- Todos os dias
- 3 a 5 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- De mensalmente a anualmente (raro)
- Nunca

**Doces**

- Todos os dias
- 3 a 5 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana

- De mensalmente a anualmente (raro)
- Nunca

### **Refrigerantes**

- Todos os dias
- 3 a 5 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- De mensalmente a anualmente (raro)
- Nunca

### **Bebidas alcoólicas**

- Todos os dias
- 3 a 5 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- De mensalmente a anualmente (raro)
- Nunca

### **Macarrão**

- Todos os dias
- 3 a 5 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- De mensalmente a anualmente (raro)
- Nunca

### **Pães**

- Todos os dias
- 3 a 5 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- De mensalmente a anualmente (raro)
- Nunca

### **Café**

- Todos os dias
- 3 a 5 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- De mensalmente a anualmente (raro)
- Nunca

12) Consome os alimentos relatados porque gosta, porque foi orientado por um profissional ou porque se sente bem?

13) Existe algum alimento que te faz mal e você já tenha percebido?