

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE
NUTRIÇÃO**

REGINA MARIA DAS DORES GONÇALVES

**CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E NUTRICIONAL DE PACIENTES COM DOENÇA
INFLAMATÓRIA INTESTINAL: RELATO DE CASOS**

**NATAL/RN
2009**

REGINA MARIA DAS DORES GONÇALVES

**Caracterização Clínica e Nutricional de Pacientes com Doença Inflamatória Intestinal:
Relato de casos**

**Monografia apresentada ao curso
de Nutrição da Faculdade
Natalense para o Desenvolvimento
do Rio Grande do Norte como
requisito final para obtenção do
grau de Nutricionista.**

**ORIENTADORA: CARINA LEITE
DE ARAÚJO OLIVEIRA (Msc.)**

NATAL/RN
2009

REGINA MARIA DAS DORES GONÇALVES

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E NUTRICIONAL DE PACIENTES COM DOENÇA
INFLAMATÓRIA INTESTINAL: RELATO DE CASOS

Monografia apresentada ao curso de nutrição da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte, aprovada em 07 de dezembro de 2009, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

BANCA EXAMINADORA

Carina Leite de Araújo Oliveira

Célia Regina Barbosa de Araújo

Elaine Maria de Almeida Vasconcelos Fonseca

Dedico este trabalho à minha irmã gêmea, Cristina, portadora de Retocolite Ulcerativa, que compartilhou comigo a dor quando fui internada no hospital com diagnóstico de Doença Inflamatória Intestinal.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, sem ele não teria conseguido a oportunidade e o privilégio em compartilhar tamanha experiência e ao frequentar este curso percebi a importância de temas que não faziam parte da minha vida.

À minha querida irmã Cristina, a qual tanto amo, uma pessoa muito especial que considero minha mãe, minha melhor amiga, minha confidente. Ao longo destes anos vivenciei comigo todas as dificuldades e sempre me apoiou quando decidi deixar o meu país e vir para o Brasil.

À minha mãe Marília, apesar da distância que nos separa se preocupa muito comigo todos os dias, com o meu rendimento, com os meus trabalhos, as apresentações. Proporcionou-me com o esforço dela e o apoio para que eu continuasse o curso e realizar um sonho.

Ao meu sobrinho Diogo que considero um filho, pela paciência comigo, por estar ausente quando pedia para brincar com ele, pelos momentos maravilhosos e alegrias que me proporcionou.

À minha orientadora Carina Leite de Araújo, pela orientação e paciência que tornou possível a conclusão deste trabalho.

A todos os professores pelo carinho, dedicação e entusiasmo demonstrado ao longo do curso.

Aos meus amigos (ATrupe) que me divertiram muito neste último ano e me proporcionaram momentos inesquecíveis.

Aos amigos do curso, Eurilaine, Marília, Anne, Ingrid, Raphaela, Maura, Elisabeth, Maria José, Adriane, Claudio, Roberto, Rafael, Adriana, etc., pela força, incentivo, amizade, carinho e muitas gargalhadas, vocês fizeram estes 4 anos, os melhores da minha vida.

Aos colegas de turma pela espontaneidade e alegria na troca de informações e materiais numa rara demonstração de amizade e solidariedade.

À Dra. Ana Maria Ramos pelo incentivo do tema escolhido.

À minha Proctologista Dra. Suelene Alencar.

Ao Dr. Marco Zerôncio, Gastroenterologista, pela ajuda e disposição em usar o seu consultório e aos seus pacientes por colaborarem nesta pesquisa.

RESUMO

Doenças Inflamatórias Intestinais (D.I.I.) é uma denominação geral para um grupo de distúrbios inflamatórios crônicos de causa desconhecida, envolvendo o trato gastrointestinal. Dentre as quais as mais comuns são: Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn. Ambas ocasionam deficiências nutricionais importantes, assim a manutenção do estado nutricional adequado com o fornecimento de dieta às necessidades do indivíduo, traz importantes benefícios para a evolução e tratamento da DII. Identificar o perfil clínico e nutricional de pacientes com doença inflamatória intestinal. A amostra foi constituída por 9 pacientes. Os critérios de inclusão foram: pacientes com diagnóstico de Retocolite Ulcerativa Inespecífica e Doença de Crohn em qualquer período de atividade da moléstia, de ambos os sexos, na faixa etária entre 20-60 anos. Foi aplicado aos pacientes um questionário de frequência de consumo alimentar e uma ficha de anamnese onde foram registradas informações pessoais sobre o estado nutricional: clínico, antropométrico e dietético. Constatou-se um termo de consentimento onde foi assinado pelo participante da pesquisa. Na antropometria, foi utilizado o índice de massa corporal (IMC). A amostra indicou que, dentre os pacientes 4 eram do gênero feminino e 5 do gênero masculino. A patologia predominante foi a Doença de Crohn com 5 pacientes, os restantes apresentaram Retocolite Ulcerativa. As principais alterações em relação à caracterização clínica dos pacientes mostraram que 66,6% (n=6) dos pacientes relataram apresentar distensão e dor abdominal; a anemia e fadiga totalizam 44,4% (n=4); pacientes com pele ressecada, queda de cabelo e sangramento fecal somam 33,3% (n=3). Quanto aos resultados da antropometria, verificou-se que 77,7% estavam em eutrofia (n=7), 11,1% em magreza grau I (n=1), 11,1% em magreza grau II (n=1). Quanto ao consumo dietético, 100% (n=9) consomem todo tipo de açúcar. 33,3% (n=3) não consomem leguminosas. Nos vegetais verdes 77,7% (n=7) admitiram não consumir. Nas frutas 44,4% (n=4) consomem. No grupo do leite e derivados, 55,5% (n=5) dos pacientes preferem não consumir. 11,1% (n=1) evitam consumir carne. Foi possível observar que a doença de Crohn e RCUI estão distribuídas de forma igualitária entre os pacientes estudados, que a distensão e dor abdominal constituem as complicações clínicas mais frequentes. Entretanto, apesar dos sintomas clínicos a maioria dos pacientes estudados encontram-se em estado de Eutrofia, quanto ao IMC. No consumo dietético observou-se que os pacientes estudados evitam alimentos com receio de agravar a patologia para assim impedir sintomas como dor abdominal, diarreia e flatulência.

Palavras-chave: DII. Antropometria. Sintomas clínicos.

ABSTRACT

Inflammatory Bowel Disease (IBD) is a general name for a group of chronic inflammatory disorders of unknown cause involving the gastrointestinal tract. Among which the most common are: Ulcerative Colitis and Crohn's disease. Both cause significant nutritional deficiencies, thereby maintaining adequate nutritional status by providing dietary needs of the individual, brings significant benefits to the development and treatment of IBD. To identify the clinical and nutritional prognosis of patients with inflammatory bowel disease. The sample consisted of 9 patients. Inclusion criteria were patients diagnosed with ulcerative colitis and Crohn's disease in any period of active disease in both sexes, aged 20-60 years. Was applied to patients a questionnaire on frequency of food consumption and a form of history which were recorded personal information about the nutritional status: clinical, anthropometric and dietary. Consisted in a consent form which was signed by the research participant. In anthropometry, was used body mass index (BMI). The sample indicated that, among patients 4 were female and 5 were male. The predominant pathology was Crohn's disease with 5 patients, other had ulcerative colitis. The main changes with respect to clinical characteristics of patients showed that 66.6% (n=6) of patients reported having abdominal distension and pain, anemia and fatigue account for 44.4% (n=4) patients with dry skin, hair and fecal bleeding account for 33.3 % (n=3). As the results of anthropometry, it was found that 77.7% were normal weight (n =7), 11.1% in thin I degree (n=1), 11.1% in lean degree II (n=1). The dietary intake, 100% (n=9) consume all kinds of sugar. 33.3% (n=3) do not consume legumes. In green vegetables 77.7% (n=7) admitted they consume. In 44.4% (n=4) consume fruits. In the group of dairy products, 55.5% (n=5) of patients prefer not to consume. 11.1% (n=1) avoid eating meat. We found that Crohn's disease and UC are distributed equally between individual patients, the distension and abdominal pain are the most frequent clinical complications. However, despite the clinical symptoms most patients are in a state of Eutrophic, as the BMI. The dietary intake showed that patients avoid foods for fear of aggravating the condition to prevent symptoms such as abdominal pain, diarrhea and flatulence.

Keywords: IBD. Anthropometry. Clinical symptoms.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	10
2.1 GERAL	10
2.2 ESPECÍFICOS	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1 CONCEITO	11
3.2 EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA	11
3.3 CARACTERÍSTICAS FISIOPATOLÓGICAS	13
3.4 CARACTERÍSTICAS NUTRICIONAIS EM PACIENTES COM DII	15
3.5 NUTRIÇÃO X DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS	17
3.6 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO E DIETÉTICO	19
4 METODOLOGIA	21
4.1 POPULAÇÃO ALVO	21
4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	21
4.3 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E ANTROPOMÉTRICO EM ADULTOS	21
4.4 QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA DO CONSUMO ALIMENTAR	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
5.1 CARACTERIZAÇÃO QUANTO AO GÊNERO	24
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES QUANTO À DOENÇA INTESTINAL	24
5.3 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES	25
5.4 CARACTERIZAÇÃO QUANTO AO IMC	27
5.5 CARACTERIZAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR	28
6 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

Doenças Inflamatórias Intestinais denomina-se a um distúrbio inflamatório crônico, que comete o trato gastrointestinal e se dividem em dois grupos: Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI) e Doença de Crohn (DC). A Retocolite Ulcerativa afeta o intestino grosso, a Doença de Crohn pode acometer todo o trato gastrointestinal (ASSOCIAÇÃO MINEIRA DOS PORTADORES DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS, 2008).

As DII são mais comuns no norte da Europa e nos Estados Unidos e raras nos países da América do Sul, ocorrem com maior frequência em pacientes entre as idades de 15 e 25 anos, sendo ambos os sexos igualmente afetados. Predominam em raça branca e em gêmeos monozigóticos. Prevalence, em áreas urbanas em relação às rurais e em classes econômicas mais altas. Considera-se que a doença tenha etiopatogenia multifatorial, como fatores genéticos, psicológicos, ambientais, resposta imune e microflora intestinal. (SALVIANO; BURGOS e SANTOS, 2007; FLORA; DICH, 2006).

As doenças inflamatórias intestinais são uma consequência de um desequilíbrio entre a flora bacteriana comensal e o aparato imunológico da mucosa intestinal. A doença de Crohn, localizada com maior frequência no intestino delgado e à medida que decorre a patologia, a inflamação distende-se ao peritônio, ocorre a formação de fistulas, fissuras e abscessos. Os sintomas começam com crises de diarreia, dor abdominal, febre e perda de peso acentuada. A Retocolite Ulcerativa agride o intestino grosso, acomete a mucosa intestinal que se mostra inflamada e vermelha com sangue, coberta de muco e a submucosa. Os sintomas incluem diarreia, cólicas, dor abdominal, febre, falta de apetite e perda de peso (PINHO, 2008; CASTELLI; SILVA, 2007).

Muitas complicações nutricionais são consequências das DII, tais como: desnutrição protéico-energética (DPE). As deficiências nutricionais mais frequentes são a perda de peso, anemia, deficiências de vitaminas, como a D, B12 e o Folato, de minerais como o Ferro, Cálcio, Zinco e Magnésio. A ingestão inadequada, má absorção, perdas gastrointestinais, são a causa da desnutrição. O uso de algumas drogas, como a interação do cálcio com os corticosteróides, o folato com a sulfasalazina e as vitaminas com a colestiramina, causam déficits nutricionais (SALVIANO; BURGOS e SANTOS, 2007; CAMPOS et al, 2002). A manutenção do estado nutricional apropriado com o fornecimento de dieta adequada às necessidades do indivíduo, é importante para a evolução e tratamento das doenças

inflamatórias intestinais. O tratamento depende do estado da doença. Sempre se faz necessário a intervenção nutricional como suplementos orais, para todos os pacientes. A dieta Enteral e Parental tem que ser ponderados quando o risco de desnutrição persistir (FRENHANI, 1999; SIMÕES et al, 2003).

Para a avaliação do estado nutricional de indivíduos, as medidas antropométricas são de extrema importância e em relação à composição corporal é possível mensurar o tecido adiposo e massa livre de gordura. As medidas obtidas podem refletir o histórico do estado nutricional do paciente. O questionário de frequência possibilita avaliar o consumo usual de macro e micronutrientes e permite a associação com doenças crônicas e estados carenciais (FONTANIVE; PAULA; PERES , 2007).

Dessa forma, vê-se a necessidade de pesquisar sobre o estado nutricional e o impacto da avaliação nutricional nos pacientes de consultório particular, em função da insuficiente literatura sobre doenças inflamatórias intestinais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS:

- Identificar o Perfil Clínico e Nutricional de Pacientes com Doença Inflamatória Intestinal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar as principais alterações Clínicas presentes em pacientes com doença inflamatória intestinal.
- Avaliar o estado nutricional, antropométrico e os hábitos alimentares de pacientes com doença inflamatória intestinal.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONCEITO

Doenças Inflamatórias Intestinais (D.I.I.) é uma denominação geral para um grupo de distúrbios inflamatórios crônicos de causa desconhecida, envolvendo o trato gastrointestinal. As D.I.I. crônicas podem ser divididas em dois grupos principais: a Retocolite Ulcerativa (RCU) e a Doença de Crohn (DC) (ASSOCIAÇÃO MINEIRA DOS PORTADORES DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS, 2008).

As doenças inflamatórias intestinais (DII), termo que compreende, principalmente, doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa inespecífica (RU) (SIMÕES et al, 2003) se caracterizam, basicamente, por inflamação e ulceração no intestino (COMUNIDADE VIRTUAL DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS, 2008).

Segundo Cabral, Carvalho e Miszputen (2001, p. 104) “A doença de Crohn (DC) é considerada doença inflamatória intestinal (DII) sem etiopatogenia definida, caracterizando-se por processo inflamatório crônico com períodos de agudização, que pode comprometer todo o trato gastrointestinal”.

A colite ulcerativa é uma doença inflamatória do cólon, intestino grosso, que se caracteriza por inflamação e ulceração da camada mais superficial do cólon (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE CROHN, 2008).

De acordo com a Associação Portuguesa de Doença Inflamatória do Intestino (2008) a Colite Ulcerosa é uma doença crônica que afeta a camada interna (mucosa) que reveste o intestino grosso ou Cólon. Esta mucosa fica inflamada e apresenta pequenas feridas na superfície (úlceras) que podem sangrar.

3.2 EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA

As doenças inflamatórias intestinais são consideradas uma preocupação e um problema sério para a saúde pública em muitos países, abrangem preferencialmente indivíduos jovens com recidivas freqüentes e admitem formas clínicas de alta gravidade, sendo, portanto, para a sociedade um alto custo (DEWULF et al. 2007).

De acordo com Elia et al. (2007) o aumento da incidência das DII tem sido associado com maior grau de industrialização das regiões estudadas e à ocidentalização no estilo de

vida, incluindo hábitos alimentares e tabagismo. Atualmente a tendência mundial das doenças inflamatórias intestinais é o aumento da sua incidência, principalmente na Retocolite Ulcerativa Inespecífica em relação á Doença de Crohn.

Segundo Oliveira (2007, p.1):

As DII são mais comuns no norte da Europa e nos Estados Unidos, onde são diagnosticados de 5.000 a 10.000 novos casos por ano. [...] Um aspecto interessante, porém ainda não elucidado, constitui no aumento da incidência de DII em países cujas condições socioeconômicas vêm sendo melhoradas como, por exemplo, em países da América Latina.

Segundo Souza et al. (2002) as doenças inflamatórias intestinais foram consideradas raras nos países da América do Sul. Estudos recentes depararam aumento do número de casos no sudeste do Brasil, no interior do Estado das Minas Gerais, mais especificamente. De acordo com Flora e Dichi (2006, p. 132) “a DII ocorre com maior freqüência em pacientes entre as idades de 15 e 25 anos, sendo ambos os sexos igualmente afetados”. Predominam em raça branca do que em negros e orientais com maior incidência em judeus, apresentando distribuição semelhante em ambos os sexos e descritos casos em gêmeos monozigóticos. A incidência e a prevalência da D.C. e da R.C.U.I. variam de acordo com a localização geográfica. De acordo com Simões et al. (2003) a mortalidade é baixa e geralmente acontece nos primeiros anos da doença. “Prevalece, em áreas urbanas em relação às rurais e em classes econômicas mais altas, em fumantes e parentes de primeiro grau de indivíduos acometidos”. (SALVIANO; BURGOS e SANTOS, 2007, p. 99). Acredita-se que a doença tenha etiopatogenia multifatorial, com participações de fatores genéticos ou familiares, psicológicos, ambientais, microflora intestinal e reposta imune (SALVIANO; BURGOS e SANTOS, 2007).

Na Retocolite Ulcerativa o fator genético, deve ser valorizado. Há uma incidência familiar da patologia maior que na população geral, essa incidência aumenta entre parentes dos pacientes de 5 para 10%, principalmente gêmeos homozigotos (BALLONE, 2003). Em relação ao sistema imunológico na Retocolite Ulcerativa, pode-se observar um distúrbio na imunidade do paciente, como por exemplo, a síntese e secreção de imunoglobulinas em especial a Ig A (BALLONE, 2003). Os distúrbios psiquiátricos como possível causa primária ou fator secundário agravante e o estresse como, desencadeador dos ataques de Retocolite Ulcerativa (BALLONE, 2003). Os pacientes com DII apresentam alterações qualitativa e quantitativa em relação à microbiota, nenhuma bactéria desencadeia o processo inflamatório.

Além desses fatores, existe uma alteração na permeabilidade da mucosa intestinal e resposta imunológica anormal, que ativa uma cascata imunoinflamatória, resultando em lesão continuada da mucosa intestinal. A amplificação da resposta inflamatória é mais importante que o evento inicial como causa da destruição tecidual e das alterações histológicas e funcionais características das DII. (SALVIANO, 2007, p. 100)

3.3 CARACTERÍSTICAS FISIOPATOLÓGICAS

De acordo com Pinho (2008, p. 119):

Apesar de sua elevada prevalência, a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos da doença de Crohn e da retocolite ulcerativa permanece como um grande desafio apesar de muitas décadas de pesados investimentos em pesquisa, [...] apesar de apresentar uma profunda similaridade entre si, possuem uma extensa variedade no que diz respeito à incidência, sítio anatômico de envolvimento, formas de apresentação, evolução e resposta terapêutica.

Griffiths et al. (2003, p.1221) ressalta que “a inflamação intestinal da DII pode ser vista como uma exacerbação da resposta inflamatória “fisiológica” sempre presente na lâmina própria normal do intestino e cólon”. Segundo Pinho (2008, p. 119) “Existem fortes evidências hoje, de que as doenças inflamatórias intestinais (DII) são o resultado de um desequilíbrio entre a flora bacteriana comensal e o aparato imunológico da mucosa intestinal”.

A Doença de Crohn é um processo inflamatório crônico com momentos de agudização que acomete todo o trato gastrointestinal desde a boca ao ânus, localizada com maior frequência no intestino delgado, mais presente no íleo terminal e o cólon (BALLONE, 2003; CABRAL, CARVALHO e MISZPUTEN, 2001). À medida que a patologia transcorre, a inflamação se distende ao peritônio, ocorre a formação de fistulas, fissuras e abscessos. Os sintomas se iniciam com crises de diarreia severa muitas vezes sanguinolenta com odor característico e presença de pus, dor abdominal que não diminui na defecação, febre e perda de peso acentuada. Pode apresentar períodos de remissão e de exacerbação que acontece de modo inesperado (CASTELLI; SILVA, 2007). “O excesso de peristaltismo causa câimbras, que por sua vez limita a ingestão alimentar, ocasionando diminuição do peso, má nutrição e anemia secundária” (CASTELLI; SILVA, 2007, p. 31).

Para o diagnóstico utilizam-se exames de sangue para descobrir a contagem de leucócitos para se saber da inflamação e anemia, exames de fezes para constatar sangramento intestinal. Exames endoscópicos como: Colonoscopia, endoscopia e exames de diagnóstico por imagem como ultrassonografia e tomografia. “Os exames complementares revelam

velocidade de hemossedimentação aumentada, hematócrito diminuído, sangue oculto nas fezes; a radiografia revela espessamento e edema de submucosa, granulomas inespecíficos, ulcerações da mucosa, estenoses segmentares” (REIS; PEDRUZZI, 2007, p. 527).

A doença de Crohn não tem cura, portanto os objetivos do tratamento são controlar os sintomas como dor abdominal, diarreia e o sangramento, diminuir a inflamação e a desnutrição provocada pela baixa ingestão alimentar, podendo aliviar todos estes sintomas (BALLONE, 2003).

De acordo com Houli e Netto (1983) a Retocolite Ulcerativa é um processo inflamatório que agride o intestino grosso e nunca afeta o intestino delgado, as lesões acometem a mucosa intestinal e a submucosa, o que implica o funcionamento normal do intestino e motilidade fica prejudicada. A mucosa se mostra inflamada e vermelha com sangue, coberta de muco eventualmente com pus. Evolui por surtos e sucedem períodos de piora e de melhora das lesões e dos sintomas, por alguns anos (BALLONE, 2003). A doença pode iniciar-se insidiosa ou abruptamente e se classifica em três tipos: crônica recidivante, crônica contínua e aguda (HOULI; NETTO, 1983).

A afecção que estende mais acima pelo intestino grosso, as fezes tornam-se muito moles e o paciente pode ter entre 10 e 20 evacuações por dia, os sintomas para o diagnóstico incluem a presença de úlceras, diarreia, as fezes podem ser líquidas e conter pus, sangue e muco que podem persistir por dias ou meses, cólicas e dor abdominal são aliviadas na evacuação. As fezes são, com frequência, praticamente substituídas por sangue e pus. Pode haver febre, falta de apetite e perda de peso (DOENÇAS INFLAMATÓRIAS DO INESTINO, 2008). Quando a doença se limita ao reto e ao cólon sigmóide, as fezes podem ser normais ou então duras e secas. Os sintomas são febre ligeira ou inexistente. Para o diagnóstico utilizam-se exames às fezes, análises ao sangue para averiguar a anemia, o aumento de glóbulos brancos e diminuição de albumina (DOENÇAS INFLAMATÓRIAS DO INESTINO, 2008). A colonoscopia, que não se faz antes do tratamento para evitar perfuramento. A radiografia ao abdômen pode indicar a gravidade da doença e a sua extensão (DOENÇAS INFLAMATÓRIAS DO INESTINO, 2008).

O tratamento da retocolite ulcerativa consiste na redução dos sintomas e controlar a inflamação, para a diarreia relativamente ligeira são administrados fármacos anticolinérgicos. Os fármacos usados para reduzir a inflamação da colite ulcerosa são sulfasalazina, a olsalazina ou a mesalazina e evitar que os sintomas possam aparecer novamente. (DOENÇAS INFLAMATÓRIAS DO INESTINO, 2008).

Na progressão da doença podem surgir perfurações, obstruções e até tumores intestinais. As poucas modificações evolutivas da DII com o tratamento e o surgimento em indivíduos jovens tendem a provocar grande impacto na capacidade laborativa, qualidade de vida. (ZALTMAN, 2007, p. 992)

3.4 CARACTERÍSTICAS NUTRICIONAIS EM PACIENTES COM DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

As (DII) Doenças Inflamatórias Intestinais apresentam usualmente como consequência direta muitas complicações nutricionais, como desnutrição protéico-energética (DPE), que ocasiona retardos do crescimento na puberdade e da maturação óssea de crianças e adolescentes, porque envolvem diretamente o sistema digestório (FRENHANI, 2003).

Segundo Salviano; Burgos e Santos apud Fisher (2007, p.100), “As deficiências nutricionais mais freqüentes são: perda de peso, hipoalbuminemia, balanço nitrogenado negativo, anemia e deficiência de vitaminas (Folato, B₁₂, D) e minerais (Fe, Ca, Zn e Mg)”.

A desnutrição protéica tem como causa a ingestão inadequada, má absorção, perdas gastrointestinais e as necessidades nutricionais aumentadas, além do grau da extensão e o local da inflamação agravados pelas complicações que ocorrem durante a evolução da doença (REIS; PEDRUZZI, 2007). As deficiências de vitaminas, minerais e elementos-traço podem derivar num consumo inadequado ou o aumento das perdas. Dentre as vitaminas hidrossolúveis, deficiências de ácido fólico e vitamina B₁₂ são comuns. A vitamina D representa a vitamina lipossolúvel com deficiência mais freqüente (GRIFFITHS, 2003). A anemia nas doenças inflamatórias intestinais está relacionada com a doença crônica que afeta a capacidade de absorção e não com a deficiência de ferro, normalmente pela baixa ingestão de carnes. A diminuição da ingestão de alimentos, uma das razões da desnutrição, é o resultado do medo de provocar dor abdominal ou da diarreia e a restrição da dieta imposta durante a fase da atividade. Além da produção de citocinas IL-1 e TNF- α que intensificam a atividade da anorexia aguda (CAMPOS et al. 2002).

A obstrução e fistulas ou a extensão da doença inflamatória intestinal, também contribuem para a diminuição da ingestão e da má absorção. Alguns déficits nutricionais podem ser causados ou aumentados pelo uso de algumas drogas, como a interação do cálcio com os corticosteróides, o folato com a sulfasalazina e as vitaminas com a colestiramina (CAMPOS et al. 2002).

Existem diferenças na Retocolite Ulcerativa e doença de Crohn no desenvolvimento e no avançar da deficiência nutricional, os pacientes com DC desenvolvem desnutrição lentamente, com frequência de desnutrição severa, por outro lado pacientes com RCUI geralmente tem o seu estado nutricional preservado, mas, no entanto podem desenvolver desnutrição severa muito rápida no período de atividade da doença. O déficit nutricional é mais comum na doença de Crohn do que quando a inflamação está confinada ao cólon (CAMPOS et al. 2002).

As manifestações clínicas principais são a perda de peso, anemia e hipoalbuminemia, resultando em caquexia, deficiências nutricionais múltiplas e retardo no crescimento em crianças. As manifestações de desnutrição são mais frequentes na Doença de Crohn, relacionadas á atividade da doença. Na Retocolite a ocorrência de anemia é devido ás perdas sanguíneas.

A anemia na DC é resultado da deficiência de ferro, folato e vitamina B12, no entanto na RCUI a causa primária é a deficiência de ferro. A diarreia produz distúrbio hidroeletrolítico, alterando assim a concentração de todos os minerais, entre eles o zinco, que suplementado tem importante efeito sobre o sistema imunitário (FLORA; DICH, 2006, p.132).

As deficiências são resultado de quatro processos, ingestão oral reduzida; perda de nutrientes dos intestinos; maior demanda metabólica e interação droga-nutriente. A ingestão oral reduzida resulta de anorexia, sintomas abdominais e restrições na dieta. A má absorção induzida por Doença Inflamatória Intestinal leva á perda de nutrientes e minerais vitais nas fezes. O processo inflamatório crônico presumivelmente leva a um aumento nas necessidades de gastos energéticos basais em pacientes com DII. Aumentando a perda de peso e a desnutrição. A terapia farmacológica para DII pode por si só contribuir para o desenvolvimento da desnutrição. O metabolismo do Cálcio é alterado pelos corticosteróides e pode levar a diminuição na absorção intestinal e aumento na excreção urinária. A absorção de folato é prejudicada pela administração simultânea da sulfasalazina (GASSULL et al. 2007).

Segundo Gassull et al. (2007) as deficiências vitamínicas encontradas em DII e principalmente na Doença de Crohn, são extremamente variáveis. Níveis reduzidos de vitaminas A, E, B₆, B₁, riboflavina, niacina e ácido ascórbico e folato. Doenças ósseas metabólicas foram associadas á DC, devido aos níveis baixos de vitamina D. Pacientes com DII estão em risco maior de desenvolver osteopenia e osteoporose, devido aos efeitos dos esteróides e da inflamação. Nos minerais reservas reduzidas de sódio, potássio em função de

diarréia e má absorção. A deficiência de zinco é a mais comum em DII. Foram descritas deficiências em cobre, zinco, magnésio, cromo, molibdênio, selênio e manganês.

De acordo com Schade et al. (2007) as manifestações extra-intestinais, tais como as dermatológicas, reumatológicas, oculares, hepatobiliares e urológicas estão ligadas a doença inflamatória intestinal. O acometimento pulmonar é raro e não está bem caracterizado.

3.5 NUTRIÇÃO X DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

Frenhani apud Geerling et al. (1999) afirma que a manutenção do estado nutricional adequado com o fornecimento de dieta adequada às necessidades do indivíduo, traz importantes benefícios para a evolução e tratamento da DII.

O tratamento começa pelo diagnóstico conciso e depende da história clínica, dos exames físicos, endoscópicos, radiológicos e histológicos, como também os exames laboratoriais (SIMÕES et al. 2003).

Não existe um único protocolo dietético que seja eficaz para pacientes de doença inflamatória intestinal. Geralmente os pacientes não hospitalizados podem seguir a entrada dietética liberal das calorias e proteínas, o suficiente para manter e ou restabelecer a massa corporal e para originar o desenvolvimento adequado das crianças e dos adolescentes (CAMPOS et al. 2002).

Estudos não evidenciaram a influência de dietas com resíduos insuficientes ou dietas ricas em fibras e pobres em açúcar refinado na manutenção da remissão das DII. Apesar de muitos pacientes evitarem alguns alimentos por muitas razões, os mesmos devem ser incentivados a quase usar dietas normais, contudo algumas limitações têm que ser feitas baseadas na intolerância individual (CAMPOS et al. 2002).

Quanto ao suporte nutricional Griffiths (2003, p. 1224-1225) descreve:

O suporte nutricional constitui um componente vital do tratamento de pacientes com DII. A deficiência de macronutrientes frequentemente encontrada pode provocar alteração da imunidade celular com maior risco de infecção, prolongamento da renovação celular dos tecidos inflamados, cicatrização demorada, diminuição da atividade muscular esquelética, e em crianças, retardo do crescimento.

O manejo nutricional nas Doenças Inflamatórias Intestinais vai estar sujeito ao seu agravamento, a extensão e no local envolvido. Quando as calorias e as proteínas ingeridas não se ajustam com as necessidades da manutenção da massa corporal nos adultos e o crescimento

adequado às crianças, deve-se tentar outra intervenção nutricional, que seja mais eficiente, como a administração de suplementos orais. Quando o risco de desnutrição persistir, os benefícios e os riscos da dieta enteral e parental tem que ser considerados (CAMPOS et al. 2002).

Na doença de Crohn, a conduta tem como finalidade recuperar o estado nutricional pela reposição hidroeletrolítica, corrigir a má absorção e a anemia, monitorar as intolerâncias, promover o ganho do peso e prevenir complicações (REIS; PEDRUZZI, 2007). Na Retocolite ulcerativa inespecífica a dieta tem como finalidade ajustar o desequilíbrio hidroeletrolítico e as perdas de nutrientes pela diarreia, quanto ao estado nutricional é a sua recuperação, diminuição dos sintomas, diminuir e/ou impedir os efeitos colaterais dos fármacos e suas interações negativas com os nutrientes (REIS; PEDRUZZI, 2007).

Devem-se evitar os alimentos de difícil digestibilidade, flatulentos, fermentáveis. Quanto ao papel dos imunomoduladores no tratamento de pacientes com DII, têm sido úteis nos pacientes no qual a dose de corticosteróides não pode ser diminuída ou interrompida (SIMÕES et al. 2003, p. 174).

Sobre os imunomoduladores Frenhani ressalta:

Os nutrientes chamados de imunomoduladores, com funções fisiológicas específicas, atuam modulando a função imune e mantendo a integridade da mucosa intestinal, podendo melhorar a resposta imunológica e inflamatória. Os principais recursos dietéticos disponíveis com função específica para as DII são: Dieta Elementar/Polimérica, Dieta de Exclusão, TGF beta, Pré e Probióticos, Glutamina e Ácido Graxo W-3 (AG w-3)(FRENHANI, 1999, p. 53).

A Terapia Nutricional Enteral, se considera eficaz como terapia inicial e fundamental para induzir e manter a remissão da DC e se compara à corticoterapia, sendo tão eficaz quanto o esteroíde, a TNE tem proveito de promover melhora efetiva no estado nutricional (FRENHANI, 1999). TNE na RCUI atua, sobretudo como coadjuvante do tratamento, sendo administrada junto com os medicamentos (FRENHANI, 1999). Em relação à Terapia Nutricional Parental, Campos et al (2002) relata que o descanso da motilidade intestinal melhora o controle da inflamação intestinal, que reduz a presença de antígenos e de crescimento bacteriano no lúmen, diminuindo os movimentos peristálticos e a secreção do trato digestivo, o que conduz à diminuição dos sintomas. Na RCUI a NPT não é eficaz como terapia primária, na Doença de Crohn, a nutrição Enteral se mostrou eficaz quanto à parental,

como terapia primária, no entanto se indicou inferior á terapia com corticosteróides (CARUSO, 2002).

“O suporte nutricional enteral é preferível ao parental por apresentar menor incidência de complicações severas e manter o trofismo da mucosa intestinal” (CARUSO, 2002, p. 212).

3.6 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO E DIETÉTICO

As medidas antropométricas são de extrema importância para a avaliação do estado nutricional de indivíduos. Através da antropometria, avalia-se crescimento e composição corporal, em relação á composição corporal, os dois principais compartimentos da massa corporal total, como o tecido adiposo e a massa livre de gordura são possíveis de mensurar.

As informações que se obtêm através das medidas antropométricas podem refletir o histórico do estado nutricional do paciente, o que não pode ser avaliado com tanta confiabilidade por outros métodos. A incapacidade de detectar alterações recentes no estado nutricional e identificar deficiências específicas de nutrientes são as limitações da antropometria (FONTANIVE et al. 2007).

As medidas antropométricas podem estimar gordura total, regional e sua distribuição, geralmente pela combinação de vários fatores medidos. Atualmente, são combinados com outros métodos para apreciação de volume total do corpo ou como dados acessórios em técnicas de pesquisa (HOFFMAN et al. 2006, p. 237).

O peso corporal representa a soma dos compartimentos do organismo e reflete o equilíbrio protéico energético do individuo. Cabe frisar que o peso corporal é importante parâmetro da avaliação e acompanhamento do estado nutricional. A estatura pode ser utilizada em associação com peso corporal na avaliação do estado nutricional, que compõe o índice de massa corporal (HOFFMAN et al. 2007).

Segundo Hoffman et al. (2007, p. 45) o índice de massa corporal (IMC), ou índice de *Quetelet*, é um índice simples de peso/estatura utilizado para classificação do estado nutricional, especialmente em adultos. Para calcular o IMC é necessário dividir o peso, em quilogramas (kg), pela estatura, em metros (m), elevada ao quadrado, resultando em um valor expresso em Kg/m².

Os inquéritos dietéticos são procedimentos usados para avaliar o consumo alimentar de indivíduos e populações em um determinado período de tempo estabelecido

antecipadamente. A análise desses nutrientes deve ser feita baseada em tabelas de composição de alimentos (HOFFMAN et al. 2007).

O questionário de frequência é um método qualitativo que permite avaliar o consumo usual de macro e micronutrientes, admitindo a associação com doenças crônicas e estados carenciais. Com uma única aplicação, o uso dos questionários, permite avaliar os indivíduos de acordo com o consumo usual de alimentos ou nutrientes e o método consiste em uma lista predefinida de consumo de cada alimento. Para a definição da lista, devem-se considerar os hábitos alimentares mais consumidos. A lista de alimentos também pode ser determinada de acordo com o objetivo do estudo, contendo alimentos-fonte de nutrientes específicos que se deseja estudar (HOFFMAN et al. 2007).

4 METODOLOGIA

População Alvo

O presente trabalho visa avaliar o estado nutricional e clínico de pacientes adultos e identificar as patologias decorrentes das Doenças Inflamatórias Intestinais de um consultório particular de Gastroenterologia. Os critérios de inclusão foram: pacientes com diagnóstico de Retocolite Ulcerativa Inespecífica e Doença de Crohn em qualquer período de atividade da doença, de ambos os sexos, na faixa etária entre 20-60 anos.

Procedimentos Metodológicos

Segundo Vieira e Hossne (2001), os estudos transversais são feitos para descrever os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e às suas histórias de exposição a fatores causais suspeitos, em determinado momento. Os dados foram coletados no mês de Maio de 2009. A população estudada foi principalmente adulta e foram excluídos crianças e idosos, a seleção desses adultos foi feita de forma aleatória. Foi aplicado aos pacientes um questionário de frequência do consumo alimentar (Apêndice 2) e uma ficha de anamnese (Apêndice1) onde foram registradas informações pessoais sobre o estado nutricional: clínico, antropométrico e dietético. Constou-se um termo de consentimento onde foi assinado pelo participante da pesquisa. A participação na pesquisa foi mediante o consentimento livre e esclarecido assinado pelo paciente. A pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em pesquisa da FARN.

Avaliação do Estado Nutricional e Antropométrico em Adultos

Salviano apud Waitzberg e Silva (2007, p.100) “a avaliação nutricional permite o reconhecimento precoce da desnutrição e a terapêutica necessária para a sua correção”. Na antropometria, foram utilizados métodos de aferição de altura e peso e calculado o índice de massa corporal (IMC) de acordo com classificação proposta pela Organização Mundial de Saúde. Os pacientes foram posicionados de pé, descalços sobre o centro de apoio com os calcanhares juntos, costas retas e os braços estendidos ao lado do corpo, utilizando uma balança de marca Filizola, com capacidade para 150 kg. Para aferição da altura foi utilizado um estadiômetro acoplado à balança estando o indivíduo de pé, descalço, com os calcanhares

juntos, costas retas e os braços estendidos ao longo do corpo. As medidas antropométricas descritas foram realizadas pelo próprio pesquisador.

IMC(Kg/m ²)	Classificação
< 16,0	Magreza grau III
16,0-16,9	Magreza grau II
17,0-18,4	Magreza grau I
18,5-24,9	Eutrofia
25,0-29,9	Pré-obeso
30,0-34,9	Obesidade grau I
35,0-39,9	Obesidade grau II
≥ 40,0	Obesidade grau III

Quadro 01: Classificação do estado nutricional de adultos segundo o IMC

Fonte: Organização Mundial de Saúde (OMS), 1995 e 1997

Questionário de frequência do consumo alimentar

Segundo Fisberg et al. (2005) o questionário de frequência alimentar é considerado o mais prático e informativo método de avaliação da ingestão, e fundamentalmente importante em estudos epidemiológicos que relacionam a dieta com a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis. O questionário de frequência possui basicamente dois componentes, uma lista de alimentos no qual o indivíduo responderá com que frequência consome cada alimento. O QFCA deve ser composto de alimentos que costumam fazer parte da dieta. Um dos objetivos do QFA é conhecer o consumo habitual de alimentos por um grupo populacional, portanto a estrutura do instrumento contempla o registro da frequência de consumo de alimentos em unidades de tempo. A lista do questionário foi selecionada com base nos alimentos das deficiências nutricionais de pacientes portadores de Retocolite Ulcerativa Inespecífica e Doença de Crohn e com a finalidade de identificar os hábitos alimentares da população que

leva a essas deficiências nutricionais sendo responsáveis pelas doenças decorrentes das Doenças Inflamatórias Intestinais. (Apêndice 2)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO QUANTO AO GÊNERO

A amostra foi constituída de 9 pacientes, entre os quais 4 do gênero feminino com faixa etária de 27 a 58 anos, 5 do gênero masculino com faixa etária de 22 a 37 anos, com idades compreendidas entre 22 e 58, sendo pacientes de um consultório de Gastroenterologia de Natal. Os dados desta amostra revelam predomínio do gênero masculino diferindo dos resultados de SALVIANO, BURGOS e SANTOS (2008) observaram que a Doença Inflamatória Intestinal apresenta distribuição semelhante em ambos os gêneros, como também os dados da literatura indicam que as DII acometem ambos os gêneros.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES QUANTO À DOENÇA INTESTINAL

A patologia que predominou foi a Doença de Crohn com 5 pacientes entre os quais 3 do gênero feminino e 2 do gênero masculino. Os restantes apresentam Retocolite Ulcerativa entre os quais 2 pacientes do gênero feminino e 2 do gênero masculino. Dados apresentados na literatura, mostram que atualmente as Doenças Inflamatórias Intestinais tendem para o aumento da sua incidência. SOUZA et al. relata que as Doenças Inflamatórias Intestinais não podem ser mais consideradas como doenças raras em nosso País havendo nos últimos 20 anos um aumento gradual na sua frequência. De acordo com a amostra a DC prevaleceu, como confere SOUZA, BELASCO e AGUILAR-NASCIMENTO em diversos estudos epidemiológicos têm demonstrado incidência crescente no que tange à doença de Crohn. Segundo SALVIANO, BURGOS e SANTOS a DC atinge com mais frequência o gênero feminino, como comprova esta amostra em que a Doença de Crohn, prevaleceu no gênero feminino.

5.3 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES

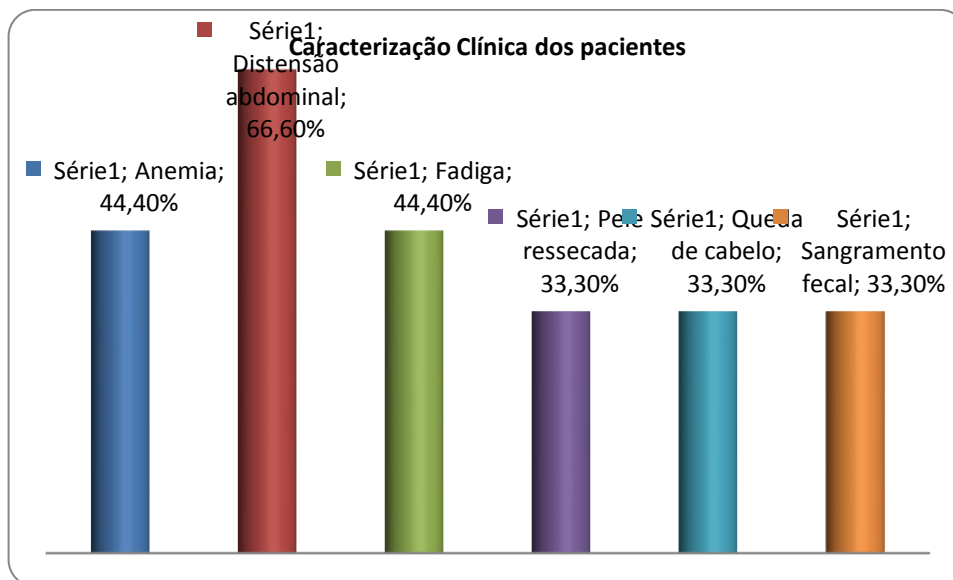


Gráfico 01- Caracterização Clínica dos Pacientes

De acordo com LANNA et al. (2009) manifestações extra-intestinais tais como articulares, cutâneas, oculares, hepatobiliares e vasculares, podem preceder, acompanhar ou suceder a doença intestinal.

Analizando as características clínicas dos pacientes, o resultado indicou que nenhum dos pacientes é Diabético, nem apresenta Osteoporose e Edema, ao contrário do que menciona SALVIANO, BURGOS e SANTOS (2008). Estes autores afirmam que nos últimos anos, existe um interesse crescente pela osteoporose e osteopenia, que podem afetar cerca de 7%-42% dos pacientes com DII, causando importante aumento da morbidade. Os pacientes com DII estão em risco maior de desenvolver osteopenia e osteoporose, devido aos efeitos dos esteróides e da inflamação.

Segundo MOTA et al. (2009) a verdadeira incidência de Manifestações extra-intestinais oftalmológicas em DII é desconhecida e as manifestações encontradas com maior frequência são uveíte, episclerite, conjuntivite, vitreíte e catarata. Neste trabalho como mostra o gráfico nº 01, a incidência foi pequena de alterações oculares. Com 11,1% (n=1) os pacientes com apresentam sintomas Alterações oculares, bem como Gengivite e Unhas quebradiças.

As alterações hepáticas comumente associadas a DII são: infiltração gordurosa, pericolangite, cirrose, hepatite crônica ativa, abscessos e anormalidades do trato biliar como carcinoma de vesícula e ducto biliar, colangite esclerosante, colelitíase, trombose de veia

porta e de veias hepáticas como relata MOTA et al (2009). Neste estudo, 22,2% (n=2) dos pacientes apresentam Alterações hepatobiliares e Palidez.

Pacientes com Pele ressecada, Sangramentos fecal, Artrite e Queda de cabelo somam os 33,3% (n=3). A Anemia e Fadiga totalizam 44,4% (n=4) e finalmente nos deparamos com 66,6% (n=6) dos pacientes que relatam apresentar Distensão e Dor abdominal. A anemia nas DII, se intensifica nas crises com a perda de vitaminas e minerais devido às diarreias que afetam a capacidade de absorção e com o receio de agravar a patologia, muitos pacientes deixam de se alimentar. A distensão abdominal agravam-se com certos alimentos que causa flatulência e com consequência leva à dor e a perda de peso.

Segundo FLORA e DICHÍ (2008) a diarreia sanguinolenta é a manifestação dominante na RCUI com uma maior ocorrência de anemia devido às perdas sanguíneas, enquanto que na DC os principais sintomas são diarreia, dor abdominal e perda de peso. Como observado no gráfico 01, os pacientes relatam sangramento fecal quando em momentos de crise, o que leva a anemia. De acordo com SOUZA et al (2008) os fatores de maior gravidade nas DII, nos portadores da RCUI, são a presença de sintomas sistêmicos como febre, hipoxia, perda de peso e fadiga. CASTELLI e SILVA (2008) relatam, na DC o início dos sintomas é insidioso, com notável dor abdominal e diarreia não aliviadas à defecação; o excesso de peristaltismo causa câimbras, que por sua vez limita a ingestão alimentar, ocasionando diminuição do peso, má nutrição e anemia secundária.

5.4 CARACTERIZAÇÃO QUANTO AO IMC

DIAGNÓSTICO	NÚMERO	%
MAGREZA GRAU III	0	0
MAGREZA GRAU II	1	11,1
MAGREZA GRAU I	1	11,1
EUTROFIA	7	77,7
PRÉ-OBESO	0	0
OBESIDADE GRAU I	0	0
OBESIDADE GRAU II	0	0
OBESIDADE GRAU III	0	0
TOTAL	9	100

Tabela 01- Caracterização quanto ao IMC
Fonte: OMS,1998.

Segundo os critérios da OMS de 1995 e 1997 para o IMC, os resultados mostraram que 7 pacientes se encontram na Eutrofia, com 77,7%, 1 paciente encontra-se em Magreza grau 1, com 11,1% e outro na Magreza grau 2, com 11,1%.

O paciente em Magreza grau 1, encontrava-se em recuperação da crise aguda e o paciente com Magreza grau 2, deparava-se em crise aguda, no momento da pesquisa, os restantes dos pacientes em Eutrofia não se encontravam em crise.

Segundo SALVIANO, BURGOS e SANTOS (2008) as DII são comumente associadas à desnutrição protéico-energética, como também à carência de micronutrientes tanto em pacientes hospitalizados como em ambulatorio, causadas por redução da ingestão alimentar, má absorção, aumento das perdas gastrointestinais e necessidades nutricionais aumentadas, contudo essas alterações têm impacto em todas as idades sofrendo a influência da fase da atividade, extensão e localização da doença.

5.5 CARACTERIZAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

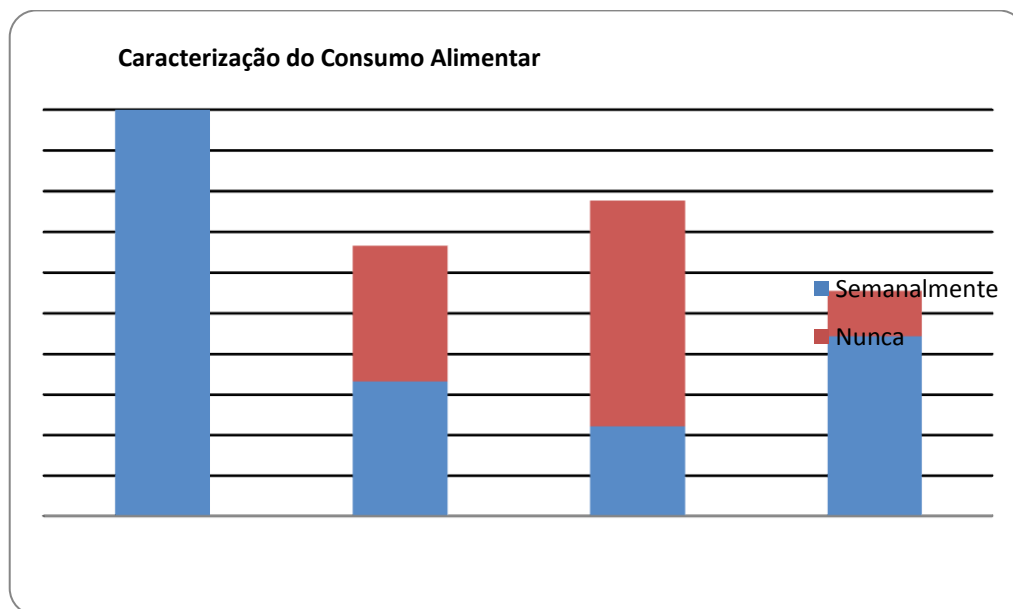


Tabela 02 – Caracterização do Consumo Alimentar dos Açúcares, Leguminosas, Vegetais Verdes e Frutas

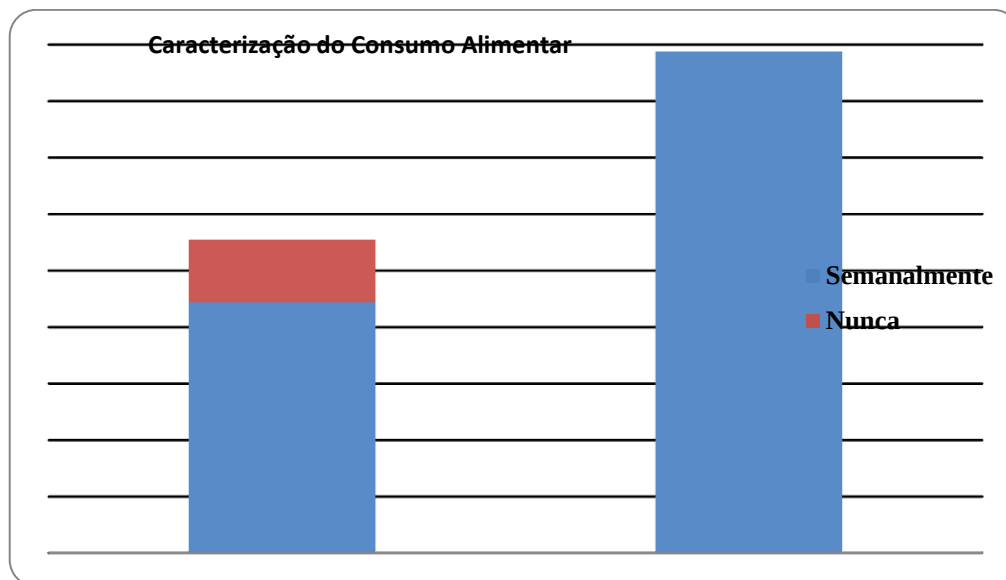


Tabela 03 – Caracterização do Consumo Alimentar de Leite e Derivados

A caracterização do consumo alimentar nos mostra que 100% (n=9) dos pacientes consomem semanalmente todos os tipos de Açúcares. Nas Leguminosas 66,6% (n=6) dos pacientes consomem e 33,3% (n=3) relataram que semanalmente não consomem as leguminosas. Como já foi descrito os pacientes receiam comer alimentos que provoquem a flatulência, para evitar o desconforto intestinal, tanto com as leguminosas como com os açúcares.

Quanto aos vegetais verdes, 77,7% (n=7) dos pacientes admitiram que não consomem este grupo ou alimentos e 22,2% (n=2) consomem semanalmente. Em relação às frutas, 44,4% (n=4) dos pacientes as consomem semanalmente e 55,5% (n=5) não come frutas, pacientes contaram que não tem o hábito de consumir vegetais, nem frutas, por causa da patologia ou então não gostam. O que pode comprovar as deficiências vitamínicas encontradas na DII, níveis reduzidos de minerais como sódio, potássio, cobre, zinco, magnésio, cromo, molibdênio, selênio e manganês.

Quanto ao grupo do leite e derivados, 44,4% (n=4) dos pacientes consomem e 55,5% (n=5) preferem não consumir. Segundo FLORA e DICHÍ, produtos como leite e derivados podem ocasionar intolerância, e a sua restrição deve ser indicada para diminuir da ocorrência de sintomas como flatulência, diarreia e estenose intestinal, corroborando com este estudo, onde foi possível observar que a maioria dos pacientes estudados evitam este tipo de alimento.

A pesquisa nos mostrou que 88,8% (n=8) dos pacientes consomem carne e 11,1% (n=1) relataram não comer carne. As carnes vermelhas, ricas em gorduras saturadas e de

difícil digestão, devem ser ingeridos esporadicamente, algumas vezes por semana. As carnes brancas, como peixe e frango, ricos em proteínas devem ser consumidos até 2 vezes por dia (DII,2009).

Pacientes com doença inflamatória intestinal de longa duração tem disposição a obter cancer no intestino grosso, já que existem evidências acerca do papel das gorduras saturadas na origem do cancer do intestino grosso (COLORRETAL, 2009).

A gordura pode modificar a resposta inflamatória, piorando a crise (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE CROHN, 2009).

A dieta tem sido implicada como possível fator de risco para o aparecimento de câncer retal, contudo são as dietas ricas em gorduras que têm sido envolvidas como fator de risco para o câncer do intestino grosso. O excesso de carne estaria incriminado, já que sendo prepradas em altas temperaturas têm as suas proteínas e seu conteúdo de creatinina desnaturadas pelo calor, dando origem aos carcinógenos químicos (SANTOS JR, 2007).

De acordo com Santos Jr (2007) a maior incidência de câncer do intestino grosso ocorre com algumas doenças tais como as doenças intestinais inflamatórias, pois são fatores de risco relevantes para desenvolvimento de câncer colorretal.

Os pacientes divulgaram que não consomem qualquer tipo de embutidos e evitam a carne vermelha com receio de prejudicar a patologia. Notou-se que se encontram bem informados sobre quais alimentos que podem e aqueles a evitar.

6 CONCLUSÃO

- Quanto às alterações clínicas, a distensão e dor abdominal são as mais freqüentes, seguido de anemia e fadiga. Essas alterações clínicas são manifestações próprias da patologia.
- A maioria dos pacientes estudados encontram-se em estado de Eutrofia quanto ao IMC, pois não se deparavam em crise no momento da pesquisa.
- Na caracterização do consumo dietético observou-se que os pacientes estudados evitam alimentos como: embutidos, carne de porco, crustáceos, ameixa, mamão, manga e repolho, com receio de agravar a patologia para assim impedir sintomas como dor abdominal, diarreia e flatulência.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO. Porto, 2008. Disponível em: <<http://www.apdi.org.pt>> Acesso em: 25 Out 2008.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE CROHN. 2008. Disponível em: <<http://www.abcd.org.br>> Acesso em: 01 Set 2008.
- ASSOCIAÇÃO MINEIRA DOS PORTADORES DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS. 2008. Disponível em: <<http://www.amdii.org.br>> Acesso em: 01 Set 2008.
- BALLONE, G. J. **Psicosomático**: doenças intestinais crônicas. In: Psiqweb, Internet. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/psicossomatica/intestinal.html>> revisto em 2003. Acesso em: 05 Set 2008.
- BLACKBURN, G.L.; THORNTON, P. A. Nutricional assessment of the hospitalized patients. **Med.Clin. North AM.**, v.63, p.1103-1115, 1979.
- CABRAL, Virginia Lúcia Ribeiro; CARVALHO, Luciana de; MISZPUTEN, Sender Jankiel; Importância da Albumina Sérica na Avaliação Nutricional e de atividade inflamatória em pacientes com Doença de Crohn. São Paulo. **Arq. Gastroenterol.** v. 38, n. 2, Abr/Jun., 2001, p. 104-108. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000428032001000200005&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 13 Ago2008.
- CARUSO, Lúcia. Distúrbios do Trato Digestório. In: CUPPARI, Lilian. **Guia de Nutrição: Nutrição clínica no adulto**. Barueri, Manole, 2002, p. 201-219.
- CAMPOS, Fábio Guilherme et al. Inflammatory Bowel Diseases. Principles of nutritional therapy. **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo**. São Paulo, v. 57 n. 4, p. 187-198, Jul/Aug., 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0041-87812002000400009&script=sci_arttext&tlng=es> Acesso em: 15 Set 2008.
- CASTELLI, Andrea; SILVA, Maria Júlia Paes. “Faz isso, faz aquilo, mas eu tô caindo...”. Compreendendo a Doença de Crohn. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo. v. 41, n. 1. p. 29-35. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000100004&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 07 Set 2008.
- COMUNIDADE VIRTUAL DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS. Disponível em: <<http://cvdii.bireme.br>> Acesso em: 27 Out 2008.
- COLORRETAL, Brasil, 2009. Disponível em: <<http://www.colorretal.com.br>> Acesso em: 06 Nov 2009.
- DEWULF, Nathalie de Lourdes Souza et al. Adesão ao tratamento Medicamentoso de pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais acompanhados no ambulatório de um hospital Universitário. **Arq. Gastroenterol.** São Paulo. v. 44, n. 4. Out/Dez, 2007. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032007000400003>
Acesso em: 13 Ago 2008.

DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS, 2009. Disponível em:
<<http://www.dii.com.br/>> Acesso em: 06 Nov 2009.

DOENÇAS INFLAMATÓRIAS DO INTESTINO, 2008. Disponível em:
<<http://www.manualmerck.net>> Acesso em: 15 Set 2008.

DOENÇAS INTESTINAIS INFLAMATÓRIAS, 2008. Disponível em: <<http://www.msd-brazil.com>> Acesso em: 19 Set 2008.

ELIA, Paula Peruzzi et al; Análise descritiva dos perfis social , clínico, laboratorial e antropométrico de pacientes com doenças inflamatórias intestinais, internados no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. **Arq. Gastroenterol.** Rio de Janeiro. v.44, n. 4. Out/Dez, 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000428032007000400010&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 13 Ago 2008.

FISBERG, Regina Mara et al. **Inquéritos Alimentares: Métodos e bases científicos.** 1 ed. Barueri, Manole, 2005.

FONTANIVE, Roberta; PAULA, Tatiana Pereira; PERES, Wilza Arantes Ferreira. Avaliação da Composição Corporal de Adultos. In: DUARTE, Antonio Claudio Goulart. **Avaliação Nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais.** São Paulo: Atheneu, 2007.

FLORA, Ana Paula Leite, DICH, Isaias. Aspectos atuais na Terapia Nutricional das doenças inflamatória Intestinal. **Rev Bras Nutr Clín.** v. 21, n. 2, 2006. p. 131-7. Disponível em: <http://www.sbnpe.com.br/revista/V21-2_08.pdf> Acesso em: 29 Ago 2008.

FRENHANI, Patricia Baston. Terapia Nutricional nas Doenças Inflamatórias Intestinais. **Revista Nutrição em Pauta**, São Paulo, v. 11, n.63, p. 52-58, Nov./Dez., 2003. Acesso em: 29 Ago 2008.

FRISANCHO, A. R., New Norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of Nutricional status. **AM J Clin Nutr**, 34, n. 11, p.2540-2545, 1981.

GASSULL M. A. et al. **Nutrição Clínica: Nutrição Parental.** 3 ed. São Paulo: Roca 2007. p. 203-205. Trad.

GRIFFITHS, Anne M. Doença Inflamatória Intestinal. In: SHILS, Maurice E et al. **Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença.** São Paulo: Monole, 2003.

HOFFMAN, Daniel; HEYMSFIELD, Steven B.; WAITZBERG, Dan L. Composição Corpórea. In: WAITZBERG, Dan L. **Nutrição Oral, Enteral e Parental na Prática Clínica.** 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

HOULI, Jacques; NETTO, Gumerindo Medeiros; Retocolite Ulcerativa Inespecifica. **Rev. bras. Colo-Proct.** v. 4, n. 4, p. 191-205. Out/Dez.1984. Disponível em: <http://www.sbc.org.br/pdfs/04_4/05.pdf> Acesso em: 03 Set 2008.

JELLIFFE, D.B. **The assessment of Nutricional status of Community.** Geneve: World Health Organizacion, Monograph, 1966.

LANNA, Cristina Costa Duarte et al. Manifestações Articulares em Pacientes com Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa. **Rev. Bras. Reumatologia**, v. 46, supl. 1 p. 45, Jan, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v46s1/a08v46s1.pdf>> Acesso em: 20 Out 2009.

MOTA, Erodilhos Sande et al. Manifestações Extra-Intestinais em Doença de Chron e Retocolite Ulcerativa: Prevalência e Correlação com o Diagnóstico, Extensão, Atividade, Tempo de Evolução da Doença. **Rev. Bras. Coloproct**, v.27, n. 4, pag. 358, Out, 2007. Disponível em: <http://www.sbc.org.br/revista/nbr274/p349_363.htm> Acesso em: 20 Out 2009.

OLIVEIRA, F.M. Aspectos epidemiológicos das doenças intestinais inflamatórias na macrorregião de saúde leste do estado de minas gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 273, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br>> Acesso em: 01 Set 2008.

Organização Mundial da Saúde: Report of a WHO Consultation on Obesity. Defining the problem of overweight and Obesity. In: **Obesity. Preventing and Managing the global epidemic.** Geneve: WHO, 1998.

PINHO, Mauro. A Biologia Molecular das Doenças Intestinais Inflamatórias. Genética e Biologia Molecular. **Rev. bras. Coloproct**, Santa Catarina v. 28. n. 1. p. 119-123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-98802008000100018&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 03 Set 2008.

REIS, Nelzir Trindade; PEDRUZZI, Monique Bitteti. Terapia Nutricional nas afecções do Trato Digestório. In: MURA, Joana D'Arc Pereira; SILVA, Sandra M. Chemin S. da. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia.** São Paulo: Roca, 2007, p.515-533.

SALVIANO, Flávia Nunes; BURGOS, Maria Goretti Pessoa de Araújo; SANTOS, Eduíla Couto. Perfil Socioeconômico e Nutricional de pacientes com Doença Inflamatória Intestinal internados em um Hospital Universitário. **Arq. Gastroenterol**, v.44, n.2. p. 99-102. Abr/Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-28032007000200003&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 13 Ago 2008.

SANTOS JR., Júlio César M. Câncer Ano – Reto - Cólico: Aspectos Atuais II- Câncer Colorretal - Fatores de riscos e Prevenção. **Rev. Brasil. Coloproct**, v. 27, n.4, p. 465, Nov. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n2/16.pdf>> Acesso em: 24 Out 2009.

SHADE, Lilian et al. Doença Intersticial Pulmonar associada á Doença Inflamatória Intestinal: Relato de dois casos. **Medicina**, v. 40 n.2, p. 260-4. Abr/Jun. Ribeirão Preto. 2007. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n2/cc_doenca_intersticial_pulmonar_associada.pdf> Acesso em: 14 Out 2008.

SIMÕES, Maria de Lourdes P. B. et al. Opções Terapêuticas para as doenças inflamatórias Intestinais: Revisão. **Rev. bras. Coloproct.** v. 23, n.3, p.172-182, Jul/Set, Paraná, 2003. Disponível em: <http://www.sbcpr.org.br/pdfs/23_3/05.pdf> Acesso em: 04 Set 2008.

SOUZA, Mardem Machado; BELASCO, Angélica Gonçalves Silva; AGUILAR-NASCIMENTO, José Eduardo. Perfil Epidemiológico dos Pacientes Portadores de Doença Inflamatória Intestinal do Estado de Mato Grosso. **Rev. Bras. Coloproct.** v. 28, n. 3, p. 324. Ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v28n3/a09v28n3.pdf>> Acesso em: 20 Out 2009.

SOUZA, Marcellus Henrique L.P. et al; Evolução da ocorrência (1980-1999) da doença de Crohn e da Retocolite Ulcerativa idiopática e análise das suas características Clínicas em um Hospital Universitário do Sudeste do Brasil. **Arq. Gastroenterol.** v. 39, n.2, Abr/Jun. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-280320020002000006> Acesso em: 29 Ago 2008.

VIEIRA, Sonia; HOSSNE, William Saad. **Metodologia Científica para a área de Saúde.** Rio de Janeiro: Campus, 2001.

ZALTMAN, Cyrla; Doença Inflamatória Intestinal: Qual a relevância da doença no Brasil? **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 992-993, Maio, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n5/01.pdf>> Acesso em: 04 Set 2008.

APÊNDICES



FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO
RIO GRANDE DO NORTE

Apêndice 1

FICHA DE ANAMNESE

1.0-Dados Pessoais

- Nome:_____
- Gênero: F () M ()
- Idade:_____
- Patologia: () RCUI () DC
- Diagnóstico da Patologia: () 1 ano () 3 anos () 5 anos () 8 anos () 10 anos () mais de 10 anos
- Faz uso de algum medicamento: () Não () Sim
- Faz uso de corticóides: () Não () Sim
Qual?_____
- Faz uso de Suplementos Vitamínicos? () Não () Sim
Qual(s)?_____

2.0-Dados Antropométricos

- Altura:_____
- Peso Atual:_____
- Peso Usual:_____
- IMC:_____

Diagnóstico Clínico:_____

3.0-Avaliação Clínica

- Edema: () Não () Sim
- Pele Ressecada: () Não () Sim
- Fadiga: () Não () Sim
- Palidez: () Não () Sim
- Distensão Abdominal: () Não () Sim
- Dor Abdominal: () Não () Sim
- Sangramento nas Fezes: () Não () Sim
- Queda de cabelo: () Não () Sim
- Gengivite: () Não () Sim
- Unhas Quebradiças: () Não () Sim
- Alterações Reumatológicas:
 - Osteoporose: () Não () Sim
 - Artrite: () Não () Sim
 - Artrite Reumatoide: () Não () Sim
- Alterações Oculares: () Não () Sim
- Alterações Hepatobiliares: () Não () Sim
- Anemia: () Não () Sim
- Diabetes: () Não () Sim

4.0-Avaliação Dietética

- Possui intolerância a algum Alimento? () Não () Sim
Qual(s)? _____
- Evita algum tipo de Alimento? () Não () Sim
Qual(s)? _____
- Já fez uso de Dieta Enteral? () Não () Sim
Por quanto tempo? _____
- Faz uso de Suplementos Dietéticos? () Não () Sim
Qual(s)? _____



FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO
DO RIO GRANDE DO NORTE

Apêndice 2

QFCA (Questionário de frequência do consumo alimentar)

Grupo 1 dos Açúcares e Doces					
Alimentos	Nunca	1 a 3x por mês	1 x por semana	2 a 4 x por semana	Diariamente
Açúcar de adição					
Doces á base de leite					
Doces em geral (Biscoitos, Chicletes, Balas, Chocolates)					

Grupo 2 do Leite e Derivados					
Alimentos	Nunca	1 a 3x por mês	1 x por semana	2 a 4x por semana	Diariamente
Leite Integral					
Leite Desnatado					
Leite de Soja					
Iogurte Integral					
Iogurte Desnatado					
Leite Fermentado					
Queijo					

Queijo Branco Ricota/ Minas					
--------------------------------	--	--	--	--	--

Grupo 3 das Carnes Vermelhas					
Alimentos	Nunca	1 a 3x por mês	1 x por semana	2 a 4 x por semana	Diariamente
Carne Vermelha					
Lingüiça					
Salame					
Salsicha					
Ovo					

Grupo 3 das Carnes Brancas					
Alimentos	Nunca	1 a 3 x por mês	1 x por semana	2 a 4 por semana	Diariamente
Frango					
Porco					
Peixe					

Grupo 4 dos Vegetais Verdes					
Alimentos	Nunca	1 a 3x por mês	1 x por semana	2 a 4x por semana	Diariamente
Acelga					
Agrião					
Alface					
Bertalha					
Couve manteiga					
Espinafre					

Escarola					
Repolho					
Rúcula					

Grupo 4 dos Vegetais Amarelos/Alaranjados					
Alimentos	Nunca	1a 3x por mês	1 x por semana	2 a 4x por semana	Diariamente
Jerimum					
Cenoura					
Tomate					

Grupo 5 das Leguminosas					
Alimentos	Nunca	1a 3x por mês	1 x por semana	2 a 4x por semana	Diariamente
Ervilha					
Feijão					
Lentilha					
Grão-de-bico					
Soja					

Grupo 6 das Frutas					
Alimentos	Nunca	1 a 3x por mês	1 x por semana	2 a 4x por semana	Diariamente
Abacate					
Açaí					

Ameixa seca					
Banana					
Goiaba					
Laranja					
Limão					
Manga					
Maracujá					
Mamão					
Melão					
Morango					
Uva Passa					

Grupo 7 das Gorduras e Óleos					
Alimentos	Nunca	1 a 3x por mês	1 x por semana	2 a 4x por semana	Diariamente
Azeite de Oliva					



**FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado senhor (a):

Como aluna de graduação em Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN/RN, eu, Regina Maria das Dores Gonçalves, estou desenvolvendo um trabalho de pesquisa sob a orientação da Prof^a Carina Leite de Araújo Oliveira, docente do curso de nutrição desta Faculdade.

Este trabalho tem por finalidade identificar o Perfil Clínico e Nutricional de pacientes com Doença Inflamatória Intestinal. A partir dos resultados almeja-se observar o estado nutricional e o impacto da avaliação nutricional nos pacientes de consultório particular.

Para isso peço sua autorização para incluí-la no grupo de estudo, solicitando sua participação na pesquisa de dados.

Esclareço que a participação neste trabalho não é obrigatória e que sua negação não trará qualquer prejuízo a sua pessoa, podendo o Sr(a) retirar o consentimento de participação no estudo a qualquer momento.

Os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e o caráter confidencial de sua identificação e de suas informações.

As informações que você fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos.

Antecipadamente agradeço sua atenção.

Após ter tomado conhecimento destes fatos e de aceitar participar da pesquisa, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto:

Eu, _____após ler, compreender e não ter dúvidas sobre as informações descritas, concordo em participar desse estudo.

Declaro ainda que recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Natal, ____de _____de 2009

Assinatura Responsável

Assinatura Participante