

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RN
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

SARA CÂMARA DE MEDEIROS

**AVALIAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL DE PORTADORES DE DOENÇAS
INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS**

**NATAL / RN
2011**

SARA CÂMARA DE MEDEIROS

**AVALIAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL DE PORTADORES DE DOENÇAS
INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação de
Nutrição da Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte
– FARN como parte dos requisitos
necessários à obtenção do título de
bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof^a Ms. Célia Regina
Barbosa de Araújo.

**NATAL / RN
2011**

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Medeiros, Sara Câmara de

Avaliação do Perfil Nutricional de Portadores de Doenças Inflamatórias Intestinais / Sara Câmara de Medeiros. – Natal: FARN, 2011.

Orientador: Célia Regina Barbosa de Araújo (Ms)
Monografia (Bacharel em Nutrição) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1.

RN/FARN/BC

CDU 612.39

SARA CÂMARA DE MEDEIROS

**AVALIAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL DE PORTADORES DE DOENÇAS
INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação de Nutrição da faculdade natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do norte para obtenção do grau de Nutricionista. Aprovada em 28 de Novembro de 2011, pela banca examinadora constituída pelos seguintes membros:

Célia Regina Barbosa de Araújo
Professora Orientadora

Juliana Padilha Ramos Neves
Membro Examinador

Carina Leite Araújo Oliveira
Membro Examinador

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pela força e graça a mim concedidas, pois sem Ele nada é possível. A toda minha família pelo apoio em todos os momentos da minha vida. Aos amigos, por estarem sempre ao meu lado. E aos profissionais que me auxiliaram, doando conhecimento para realização da minha formação.

AGRADECIMENTOS

Não tenho palavras para agradecer a todos que a mim foram fundamentais para a realização desta obra. A todos estes dedico o meu “muito obrigada!”. Como forma de agradecimento, cito os quais merecem minhas homenagens:

Primeiramente, agradeço ao meu Deus! Sem Ele para me dar forças, graças, inteligência e sabedoria, eu não estaria aqui e não teria alcançado mais uma conquista.

Aos meus pais, Eimar e Paulinha, por sempre estarem junto comigo na caminhada da vida, me ajudando e aconselhando a tomar as melhores e mais corretas decisões.

Aos meu irmãos, Talita, Jetro e Priscila, por acompanharem comigo todas as fases da minha vida, tratando com especialidade sua irmãzinha mais nova e dedicarem seus cuidados, amor e carinho em cada momento. Em especial à minha irmã Talita, pois sempre me abriu portas inalcançáveis dentro de seu ambiente profissional para me ajudar nas necessidades acadêmicas e tem sido pra mim uma pessoa de confiança e ajuda em todos os momentos.

Aos meus sobrinhos, Tâmis Talita, Lucas Gabriel, Eliéber Filipe, Tâmara Talita, Lucas Gabriel e Lílian Gabriela, por fazerem os meus dias mais alegre e ver motivos maiores para enxerga-los como a mais pura expressão do amor.

A toda minha família, por mostrar preocupação na minha formação e doar o verdadeiro amor, sem vocês para me apoiar o caminho teria sido bem mais tortuoso. Muito Obrigada!

Às minhas amigas de curso que ao longo de quatro anos dividiram comigo os aprendizados adquiridos no âmbito profissional e me ajudaram em cada dificuldade encontrada, me auxiliando a ultrapassar cada etapa vivida para minha formação.

A todos os meus amigos mais chegados que irmão, os quais participam das atividades da minha vida, demonstrando a mim o amor, amor esse incondicional que me fez sempre criar forças para seguir adiante e me depositaram confiança na

escolha de minha profissão, mostrando qual o real valor de uma verdadeira amizade.

Aos todos os meus professores pela dedicação de ensino e todo o conhecimento a mim oferecidos para realização da formação de mais uma profissional Nutricionista. Em especial às professoras Juliana Padilha e Célia Regina que sempre demonstraram um carinho especial, e a Vanessa Teixeira e Nila Pequeno que me concederam a oportunidade de realizar o estágio em Nutrição Clínica nas Clínicas Integradas da FARN, ajudando-me a um crescimento incomparável. Obrigada pela oportunidade.

Às preceptoras de estágio Ana Silvia, Ada Moura e Elizângela Maria, sem as quais os conhecimentos adquiridos no campo prático não teriam sido alcançados.

À minha orientadora, professora Célia Regina, pela confiança, dedicação, carinho e todo conhecimento compartilhado. Muito obrigada por cada momento de ajuda e esforço a mim concedido.

À professora Ana Maria por ter ajudado na numerosa tabulação dos dados desta pesquisa.

A todos os funcionários da FARN que acompanharam, durante anos, desde minha infância, o meu crescimento profissional e acadêmico, sempre demonstrando educação e consideração.

Ao Dr. Marco Zerôncio e sua secretária Telma Araújo, pelo apoio para a realização da pesquisa, cedendo e encaminhando os pacientes para realização do projeto.

Aos pacientes e participantes da pesquisa, por doarem suas informações de vida. Sem vocês este projeto não poderia ter sido realizado.

Enfim, a todos que estiveram ao meu lado nesta caminhada! Muito obrigada pelo amor, carinho e atenção. Deus vos abençoe!

RESUMO

Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) denomina-se a um distúrbio inflamatório crônico, que comete o trato gastrointestinal e se dividem em dois grupos: Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn. As DII manifestam-se clinicamente por diarreia, dor abdominal, perda de peso ponderal e náuseas. Pelos seus efeitos sobre a ingestão alimentar é comumente associada à deficiência nutricional, podendo esta variar desde alterações discretas até estados de desnutrição severa com grande perda de peso. A pesquisa constou de 20 pacientes portadores de DII, sendo encaminhados às Clínicas Integradas da FARN, onde foi realizada uma consulta nutricional. Para a avaliação nutricional foram utilizados os métodos: índice de massa corporal (IMC); circunferência da cintura; circunferência do braço; Recordatório 24 horas (R24); Questionário de Frequência Alimentar (QFA); e foi observada a associação de variáveis, como hábito de fumar e prática de atividade física. Dos pacientes estudados, 25% (n = 5) eram do gênero feminino e 75% (n = 15) do gênero masculino. A patologia dominante foi a Doença de Crohn, com 55% (n = 12) dos pacientes; 30% (n = 6) apresentaram Retocolite Ulcerativa; 5% (n = 1) continha ambas as doenças; e 5% (n = 1) apresentou Colite Indeterminada. A idade variou entre 22 e 74 anos. Dos 20 pacientes estudados, apenas 5% (n = 1) referiu a prática ativa de tabagismo. Em relação à atividade física, 35% (n = 7) dos pacientes relataram a prática regular de atividade física. As principais alterações quanto à caracterização clínica dos pacientes foram diminuição da memória (55%), fraqueza muscular (45%) e dor abdominal (40%). Na avaliação de IMC, 10,0% (n = 2) dos pacientes apresentaram-se em estado de magreza grau I, 20,0% (n = 4) apresentaram magreza grau II, 35% (n = 7) apresentaram eutrofia e 35% (n = 7) apresentaram sobrepeso. Na avaliação segundo circunferência da cintura, dos pacientes do sexo masculino, 86,6% (n = 13) foram classificados como sem risco de desenvolvimento de doenças metabólicas associadas à obesidade, 6,7% (n = 1) classificados com risco elevado e 6,7% (n = 1) classificados com risco muito elevado; no sexo feminino, 100% (n = 5) não apresentaram riscos. Na avaliação segundo circunferência do braço, o qual é um indicador isolado de magreza ou adiposidade, 20% (n = 4) foram classificados em desnutrição grave, 15% (n = 3) em desnutrição média, 25% (n = 5) como desnutrição leve e 40% (n = 8) em eutrofia. Na avaliação do consumo alimentar pelo R24, a dieta consumida pelos pacientes foi classificada como normoglicídica, normolipídica e hiperproteica. Pelo QFA, foi observado alto consumo dos grupos das carnes e óleos e gorduras; bom consumo de verduras, legumes e leguminosas, frutas e sucos naturais, e cereais, massas e tubérculos; baixo consumo de salgados e preparações, bebidas artificiais, doces e guloseimas e leites, e produtos lácteos. Pôde-se observar que as DII apresentam uma grande propensão a afetar nutricionalmente os indivíduos portadores, promovendo déficits, possíveis perdas nutricionais e a imunidade do organismo dos portadores. Sendo assim, é indispensável o tratamento direcionado à perdas e ao fortalecimento orgânico.

Palavras-chave: DII. Avaliação. Doença de Crohn. Retocolite Ulcerativa.

ABSTRACT

Inflammatory bowel diseases (IBD) is a chronic inflammatory disorder, which commits the gastrointestinal tract and are divided into two groups: Retocolite Colitis and Crohn's disease. The DII are manifested clinically by diarrhea, abdominal pain, nausea and weight loss. By its effects on food intake is commonly associated with the nutritional deficiency, which may vary from discrete changes to States of severe malnutrition with great weight loss. The survey consisted of 20 patients with IBD, being forwarded on integrated Clinics FARN, where he was held a nutritional consultation. For nutritional evaluation methods were used: body mass index (BMI); waist circumference; arm circumference; 12:0 am recall (R24); Food Frequency questionnaire (QFA); and was observed the Association of variables, such as smoking habit and practice of physical activity. Of the patients studied, 25% (n = 5) were of the female gender and 75% (n = 15) of masculine gender. The dominant pathology was Crohn's disease, with 55% (n = 12) of patients; 30% (n = 6) presented Retocolite Colitis; 5% (n = 1) contained both diseases; and 5% (n = 1) presented indeterminate colitis. The age varied between 22 and 74 years. Of 20 patients studied, only 5% (n = 1) mentioned the active practice of smoking. In relation to physical activity, 35% (n = 7) patients reported the regular practice of physical activity. The main changes regarding the clinical characterization of patients were decreased memory (55%), muscle weakness (45%) and abdominal pain (40%). On the evaluation of BMI, 10.0% (n = 2) of the patients were in a State of thinness grade I, 20.0% (n = 4) presented grade II thinness, 35% (n = 7) presented eutrofia and 35% (n = 7) showed overweight. In the second assessment, belt circumference of male patients, 86.6% (n = 13) were classified as without risk of developing metabolic diseases associated with obesity, 6.7% (n = 1) classified as high risk and 6.7% (n = 1) classified with very high risk; female literacy, 100% (n = 5) did not submit risks. In the second evaluation of arm circumference, which is an indicator of slimness or fatness, isolated 20% (n = 4) were classified in severe malnutrition, 15% (n = 3) in the average malnutrition, 25% (n = 5) as mild malnutrition and 40% (n = 8) in eutrofia. On the evaluation of food consumption by R24, the diet consumed by patients was classified as normoglicídica, normolipídica and hiperproteica. By QFA, was observed high consumption of meat and fats and oils; good consumption of vegetables, vegetables and legumes, fruits and juices, and cereals, pasta and tubers; low consumption of salted and preparations, artificial drinks, candies and sweets and milk and dairy products. Possible to observe that the IBD have a great propensity to affect nutritionally the individuals carrying, promoting nutritional deficits, potential losses and the immunity of the organism of bearers. It is therefore indispensable treatment directed to losses and strengthening organic.

Keywords: IBD. Evaluation. Crohn's disease. Retocolite Colitis.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: classificação do estado nutricional de adultos segundo o IMC.....	28
Quadro 2: classificação do estado nutricional de idosos segundo o IMC.....	29
Quadro 3: classificação de riscos de complicações metabólicas de acordo com a CC.....	29
Quadro 4: classificação do estado nutricional de acordo com a CB.....	30
Quadro 5: recomendações nutricionais de macronutrientes e fibras para adultos.....	30

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: prevalência dos tipos de doença inflamatória intestinal nos pacientes da pesquisa.....	32
Gráfico 2: prevalência de sinais e sintomas nos pacientes da pesquisa.....	37
Gráfico 3: frequência de evacuações ao dia dos pacientes da pesquisa.....	39
Gráfico 4: consistência de evacuações dos pacientes da pesquisa.....	40
Gráfico 5: classificação do estado nutricional dos pacientes segundo IMC.....	41
Gráfico 6: classificação do estado nutricional dos pacientes segundo CC isolada x gênero.....	42
Gráfico 7: classificação do estado nutricional dos pacientes segundo CB.....	43
Gráfico 8: distribuição dos pacientes estudados segundo a ingestão de macronutrientes e fibras em relação às recomendações nutricionais.....	45
Gráfico 9: prevalência do consumo dos primeiros grupos alimentares pelos pacientes da pesquisa.....	48
Gráfico 10: prevalência do consumo dos últimos grupos alimentares pelos pacientes da pesquisa.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: média da idade dos pacientes da pesquisa.....	33
Tabela 2: classificação dos pacientes da pesquisa segundo o gênero.....	34
Tabela 3: Prevalência de tabagismo nos pacientes da pesquisa.....	35
Tabela 4: Prevalência de atividade física nos pacientes da pesquisa.....	36
Tabela 5: Valores de referência e média de ingestão de macronutrientes e fibras dos pacientes da pesquisa.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGCC – ácidos graxos de cadeia curta
CB – circunferência do braço
CC – circunferência da cintura
DC – doença de Crohn
DII – doenças inflamatórias intestinais
DPE – desnutrição proteico-calórica
FAO – Food Agricultural Organization
IMC – índice de massa corporal
OMS – Organização Mundial da Saúde
RCUI – Retocolite Ulcerativa Inespecífica
R24 – recordatório 24 horas
TCM – triglicerídeos de cadeia média
QFA – questionário de frequência alimentar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 GERAL	16
2.2 ESPECÍFICOS	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 RETOCOLITE ULCERATIVA	17
3.2 DOENÇA DE CROHN	20
3.3 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	24
4 METODOLOGIA	27
4.1 TIPO DA PESQUISA	27
4.2 UNIVERSO E AMOSTRA	27
4.3 MATERIAIS E MÉTODOS	27
4.3.1 Avaliação Clínica	27
4.3.2 Avaliação Antropométrica	28
4.4.4 Avaliação Dietética	30
4.5. ANÁLISES ESTATÍSTICAS	30
4.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	32
5.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA	35
5.3 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	41
5.4 AVALIAÇÃO DIETÉTICA	45
6 CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	59
ANEXO	71

1.0 INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais são doenças crônicas, de etiologia desconhecida, mas capazes de desenvolver uma reação inflamatória na mucosa digestiva de natureza imunológica. Elas são representadas por três doenças: a retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI), a doença de Crohn (DC) e a colite indeterminada. Na retocolite ulcerativa, apenas o colo é acometido; na doença de Crohn qualquer parte do trato digestivo pode ser acometido. A colite indeterminada é a situação de acometimento do colo por um processo inflamatório de difícil caracterização entre RCUI e DC (BARBIERI, 2000).

Atualmente, se aceita que sua origem seja multifatorial, envolvendo agentes genéticos, imunes, ambientais (possivelmente microbiológicos), alimentares e alterações na permeabilidade da barreira do epitélio colônico (FLORA; DICH, 2006). De acordo com DAMIÃO et al. (2001); BIONDO-SIMÕES et al. (2003) a etiologia pode ser conhecida, como infecções, parasitoses, enterocolite pós-irradiação ou actínica, isquêmica, e desconhecida Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn.

FLORA e DICH (2006) relatam que as DII se apresentam de forma diferenciadas. Enquanto a DC se caracteriza por inflamação com maior frequência na região terminal do íleo, a RCUI é limitada ao comprometimento da mucosa do cólon. A diarreia sanguinolenta é a manifestação dominante na RCUI, enquanto que na DC os principais sintomas são diarreia, dor abdominal e perda de peso. A DII ocorre com maior frequência em pacientes entre as idades de 15 e 25 anos, sendo ambos os sexos igualmente afetados.

No Brasil há uma baixa prevalência de DII, no entanto vem ocorrendo um aumento significativo da incidência destas doenças nos registros da literatura nacional. Segundo SOUZA et al. (2008) em nosso meio estas doenças não são consideradas de notificação compulsória, o que nos leva a pensar que as DII podem não estar sendo diagnosticadas ou até mesmo subnotificadas. Uma vez que os prontuários médicos registram altas taxas de diarreias de etiologia bacteriana ou parasitária. Existe uma predominância das DII em pessoas da raça branca, na faixa etária entre 20 e 40 anos e um segundo pico a partir dos 55 anos, a distribuição apresenta-se de forma semelhante em ambos os sexos, exceto para a DC que atinge mais a população feminina. Prevalecem, ainda, em moradores de áreas

urbanas, pessoas de classes econômicas mais altas, fumantes e parentes de primeiro grau de indivíduos acometidos.

Segundo BIONDO-SIMÕES et al.:

As DII manifestam-se clinicamente por diarreia, dor abdominal, perda ponderal e náuseas. A mortalidade é baixa e geralmente acontece nos primeiros anos da doença. Isto ocorre quando há alterações nutricionais, podendo causar desidratação e anemia, que aumentam a morbidade gerada pelas crises de diarreia. Nas doenças de longa duração a mortalidade está associada ao risco de câncer de cólon (2003, p. 172).

A DII pelo seu envolvimento do trato gastrointestinal e seus efeitos sobre a ingestão alimentar, é comumente associada à deficiência nutricional, podendo esta variar desde alterações discretas dos níveis dos oligoelementos até estados óbvios de desnutrição severa, com grande perda de peso. A desnutrição aguda observada durante os surtos de atividade da doença, e cujas manifestações clínicas principais são a perda de peso, anemia e hipoalbuminemia, geralmente está associada a uma desnutrição crônica, resultando em caquexia, deficiências nutricionais múltiplas e retardo no crescimento em crianças, sendo as manifestações de desnutrição mais frequentes na DC e muitas vezes relacionadas à atividade da doença (FLORA e DICHÍ, 2006). Vários fatores estão envolvidos no desenvolvimento da desnutrição na DII, dentre esses, os mais importantes consistem em ingestão precária de nutrientes, metabolismo aumentado, aumento de perdas intestinais de proteínas e má absorção de nutrientes.

Segundo BURGOS et al. (2008), a desnutrição proteico-energética (DPE) colabora para a piora da diarreia e/ou má absorção em função da diminuição da secreção de enzimas pancreáticas e da atividade enzimática na borda em escova das células da mucosa intestinal. A desnutrição, por sua vez, agrava o prognóstico do paciente, com consequente redução da competência imunológica e aumento das infecções.

Considerando que a terapia nutricional tem se mostrado como recurso terapêutico auxiliar extremamente útil nas DII e, tendo em vista o aumento de incidências de pacientes portadores, esse estudo avaliou o estado nutricional de pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais.

2.0 OBJETIVOS

2.2 GERAL

- Identificar o perfil nutricional de pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais.

2.3 ESPECÍFICOS

- Caracterizar as principais alterações clínicas presentes em pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais.

- Avaliar o estado nutricional por meio de dados antropométricos (IMC, Circunferência da Cintura e Circunferência do Braço).

- Realizar avaliação do consumo alimentar de energia e macronutrientes por meio do Recordatório 24 horas e Questionário de Frequência Alimentar (QFA).

3.0 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 RETOCOLITE ULCERATIVA

Definição

A Retocolite Ulcerativa é uma doença idiopática caracterizada por episódios recorrentes de inflamação que acomete predominantemente a camada mucosa do cólon. A doença sempre afeta o reto e também variáveis porções proximais do cólon, em geral de forma contínua, ou seja, sem áreas de mucosa normais entre as porções afetadas. Dessa maneira, os pacientes podem ser classificados como tendo a doença limitada ao reto (proctite), proctossigmoidite (quando afeta até a porção média do sigmóide), com envolvimento do cólon descendente até o reto (colite esquerda) e envolvimento de porções proximais à flexura esplênica (pancolite). Muitos pacientes permanecem em remissão por longos períodos, mas a probabilidade de ausência de recidiva por 2 anos é de apenas 20%. As recidivas geralmente ocorrem na mesma região do cólon das outras agudizações (PROTOCOLO CLÍNICO DE DIRETRIZES TERAPÊUTICAS, 2002).

Características histológicas

Em relação às características histológicas da RCUI, a avaliação da arquitetura tecidual, bem como da natureza do infiltrado inflamatório indicam se o processo visualizado é crônico ou idiopático, onde na RCUI a característica principal é a distorção da arquitetura tecidual do revestimento mucoso do cólon. A literatura aponta que os pacientes com RCUI têm um risco mais alto de desenvolver câncer colorretal do que a população geral (ARAÚJO, 2009). O autor ainda ressalta que por o epitélio intestinal ser composto por uma camada simples polarizada recoberto por muco, no qual as bactérias comensais estão mergulhadas, existem relatos na literatura de que defeitos na produção de muco são descritos em pacientes com RCUI.

Prevalência

A incidência para RCUI é de aproximadamente 100 a cada 100.000 indivíduos. Ocorre mais comumente em pessoas jovens de 15 a 30 anos, com um pico secundário aos 50 ou 60 anos, apesar de nenhum grupo etário ser isento

(MAHAN; ESCOTT-STUMP; KRAUSE, 2010). No Brasil, não existem dados oficiais, mas os serviços de especialidade registram um aumento progressivo de pacientes portadores dessa doença, atingindo em proporções semelhantes os dois sexos (BARBIERI, 2000).

Sinais e sintomas

Os principais sintomas são: diarreia, enterorragia, tenesmo, eliminação de muco e dor abdominal tipo cólica. A doença é caracterizada por períodos de recidiva sintomática e remissões; os sintomas, em geral, permanecem por semanas e até meses. Além disso, há intensa correlação da gravidade com a extensão da doença. Além disso, há intensa correlação da gravidade com a extensão da doença. Existem manifestações extra-intestinais em aproximadamente 25% dos doentes, incluindo o eritema nodoso, a episclerite e a artrite não deformante oligoarticular, entre outras (BIONDO-SIMÕES et al., 2003). Outras respostas clínicas são anorexia, perda de peso, náuseas, vômitos, icterícia, aftas orais e queilites angulares. Se a diarreia for muito intensa, pode ser acompanhada de desidratação e desequilíbrio eletrolítico com hiponatremia e hipopotassemia, comum nessa situação. A alteração da motilidade com desaparecimento das haustrações, a redução do calibre e do comprimento do colo pelo processo inflamatório agravam a diarreia e desencadeiam cólicas e tenesmo. Pelas úlceras há perda de proteínas e ainda quando existe perda de área colônica útil há redução de absorção de água e sódio (BARBIERI, 2000).

Acometimentos nutricionais

Segundo Fisher apud Salviano, Burgos e Santos (2007), 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). Duarte (2007) afirma que a anemia presente é decorrente da deficiência de ferro, ácido fólico e vitamina B₁₂ podendo essa ser causada por distúrbio hidroeletrolítico pode ocorrer devido à diarreia, alterando a concentração de todos os minerais, como a diminuição de zinco, a qual é responsabilizada pela anorexia. As vitaminas A, C e E, antioxidantes importantes, podem estar deficientes, principalmente se atividade inflamatória estiver exacerbada. Outras vitaminas hidrossolúveis como a vitamina C, niacina e vitamina B₁₂ também podem estar

reduzidas no organismo. São exatamente as deficiências de vitaminas B₁₂, ácido fólico e ferro as responsáveis pela anemia nutricional.

Tratamento

O tratamento se divide em duas fases, aguda e de recuperação. Na fase aguda, geralmente realizada no ambiente hospitalar, é oferecida dieta líquida e restrita em fibras insolúveis, hiperprotéica, hipolipídica e normoglicídica com fracionamento aumentado. A fase de recuperação, iniciada também no hospital, pode ser continuada no serviço ambulatorial objetivando a cicatrização bem como recidivas. A dieta deverá corrigir o desequilíbrio hidroeletrolítico, corrigir anemia por meio de um bom aporte de proteína, ferro, vitamina C e evitar irritação do intestino reduzindo o teor de fibras insolúveis, bem como corrigir as deficiências de micronutrientes causadas pela interação droga-nutriente (LEÃO; GOMES, 2009).

Estudos experimentais em animais, com suplementação com antioxidantes, vitamina E e selênio têm mostrado diminuição significativa das lesões do cólon e pode ser coadjuvante no tratamento da RCU (BURGOS et al., 2008).

Outra modalidade terapêutica que vem recebendo grande atenção na terapia nutricional da retocolite ulcerativa é a emulsão lipídica suplementada com ácidos graxos poliinsaturados ω -3. O uso de ácidos graxos ω -3 (ácido eicosapentaenóico e ácido docosahexaenóico), presente no óleo de peixe, é praticamente isento de efeitos colaterais e possui efeitos antiinflamatórios, atuando ainda na competição entre os ácidos eicosapentaenóico e docosahexaenóico e o ácido aracdônico nas vias ciclooxigenase e lipooxigenase, diminuindo a síntese das prostaglandinas da série 2 (PGE₂) e dos leucotrienos da série 4, respectivamente (FLORA; DICH, 2006). O autor ainda relata que o tratamento com ácidos graxos ω -3 tem tido resultados favoráveis, particularmente na RCUI, diminuindo sintomas, necessidade de corticosteróides, promovendo melhora colônica, histológica e endoscópica.

O tratamento cirúrgico entra como tratamento alternativo de segunda escolha, já que a maioria das pessoas afetadas pode ter sua infecção controlada clinicamente, mesmo nas circunstâncias em que o ataque é de gravidade moderada. Indicar precocemente a terapêutica cirúrgica, ignorando o potencial efetivo do tratamento clínico, é tão imperdoável como insistir na recuperação clínica de um cólon com lesões irreversíveis (SANTOS JÚNIOR, 1999).

3.2 DOENÇA DE CROHN

Definição

A doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal de origem não conhecida e caracterizada pelo acometimento focal, assimétrico e transmural de qualquer parte do tubo digestivo, da boca ao ânus. Apresenta-se sob três formas principais: inflamatória, fistulosa e fibroestenossante. Os segmentos do tubo digestivo mais frequentemente acometidas são o íleo, o cólon e a região perianal. Além das manifestações no sistema digestório, a doença de Crohn pode ter manifestações extra-intestinais, sendo as mais frequentes as oftalmológicas, as dermatológicas e as reumatológicas (PROTOCOLO CLÍNICO DE DIRETRIZES TERAPÊUTICAS, 2002). Balsamo et al. (2006) relatam que há manifestações extra-intestinais que acometem cerca de 25 a 30% dos pacientes e que são mais comuns naqueles com doença do cólon, em relação aos que apresentam doença do intestino delgado. Estas manifestações podem acometer a pele, as articulações, o trato biliar, os olhos, entre outras menos comuns. É freqüente que vários órgãos sejam afetados simultaneamente. O curso das manifestações extra-intestinais segue geralmente o de sua enfermidade intestinal, tanto nas crises, remissões, como na resposta terapêutica.

Características morfológicas

Como características morfológicas, a DC apresenta lesões segmentares bem demarcadas, com áreas lesadas intercaladas com segmentos normais; pequenas ulcerações mucosas superficiais (úlceras aftosas); edema mucoso e submucoso e aumento do número de linfócitos, plasmócitos e macrófagos. As principais complicações fisiológicas são obstruções do intestino delgado, formação de fístulas, estenose progressiva e sangramento maciço, existindo um risco aumentado para desenvolvimento do câncer no intestino delgado ou colon (RODRIGUES; PASSONI; PAGANOTO, 2008). Segundo Barbieri (2000), a lesão pode-se localizar em qualquer parte do trato digestivo, da boca até o ânus, atingindo toda a espessura da parede (transmural), mas ela é descontínua, com áreas de lesões entremeadas por áreas normais.

Sinais e sintomas

A Doença de Crohn inicia-se tipicamente com crises de diarreia, febre, dor abdominal e emagrecimento. Na evolução, podem surgir complicações locais, nutricionais e sistêmicas. A doença se agrava e as crises tornam-se mais frequentes, gerando comprometimento do estado geral e piora da qualidade de vida do indivíduo (BIONDO-SIMÕES et al., 2003). A dor abdominal é a queixa predominante em todas as casuísticas (80%); ela é referida para todo o abdômen ou apenas em fossa ilíaca direita. O outro sinal que se segue à dor, conforme já citado, é a diarreia (70%) e poderá ser contínua ou intermitente, pouco frequente por dia, mas muito volumosa (lesão em delgado) ou em grande número ao dia, mas em pequeno volume (lesão de colo) com muco e/ou sangue (BARBIERI, 2000).

Prevalência

A prevalência da doença de Crohn é de aproximadamente 130 casos por 100.000 indivíduos (MAHAN; ESCOTT-STUMP; KRAUSE, 2010). Sabe-se que no Brasil a incidência da doença vem aumentando. Ela inicia-se mais frequentemente na segunda e terceira décadas de vida, mas pode afetar qualquer faixa etária (PROTOCOLO CLÍNICO DE DIRETRIZES TERAPÊUTICAS, 2002). Segundo PASSOS et al. (2006), no Brasil, ainda não existem estatísticas de prevalência, porém estudos sugerem que esteja havendo aumento da sua incidência.

Acometimentos nutricionais

O impacto da DC sobre o trato gastrointestinal e suas funções digestivas e absorptivas varia dependendo do local, natureza e extensão da inflamação intestinal (PASSOS et al., 2006). Pode resultar em diarreia, estenose, fístulas, má absorção e a necessidade de ressecções cirúrgicas (LEÃO; GOMES, 2009). De acordo com os conceitos de Campos apud Barbieri (2000), a inflamação da mucosa com fibrose, a obstrução linfática e o edema, quando localizados no delgado, podem levar à má absorção por redução de área absorptiva (má absorção epitelial) ou por dificuldade no transporte (má absorção pós-epitelial). Conforme a localização e extensão da lesão, a má absorção poderá ser seletiva ou múltipla. Dessa forma, se o segmento comprometido for delgado superior, haverá má absorção de ferro, dissacarídeos, proteína, folato e gorduras; se a lesão for ao íleo, ocorrerá má absorção de sais

biliares e vitamina B₁₂. Além da má absorção, o organismo perde proteína e sangue pelas lesões ulceradas, bem como água e eletrólitos. A lesão do cólon ocasiona fenômenos fisiopatológicos já descritos na RCUI.

Na prática clínica, a avaliação do estado nutricional em pacientes com DC demonstram diminuição na ingestão alimentar causada por anorexia, náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreias e dietas restritas. Como resultado ocorre hipoalbuminemia, anemias (relacionadas à perda de sangue), déficit de vitaminas e minerais (ferro, ácido fólico, vitamina D, vitamina B₁₂ e cálcio), deficiência no crescimento de crianças e perda de peso (que pode estar mascarada pelo uso de corticosteróides, que levam a retenção hídrica) e desnutrição proteico-calórica (RODRIGUES; PASSONI; PAGANOTO, 2008).

De acordo com Passos et al. (2006), a desnutrição resultante da DC é frequente e o estado nutricional inadequado parece contribuir para a evolução protraída da doença, agravando o prognóstico e fechando um ciclo vicioso de má nutrição. Há muito se sabe que o uso de dieta adequada contribui para o sucesso do tratamento, quando associada aos medicamentos. Sabe-se também que a utilização de drogas, tais como corticosteroides e sulfassalazina, contribui para a intensificação de manifestações de dispepsia e redução da absorção e utilização de vitaminas, proteínas e gorduras.

Tratamento

O tratamento consagrado da DC é inicialmente clínico. Instituem-se medidas gerais como estas: dieta individualizada (rica em fibras solúveis e sintomáticos para cólica e diarreia). As dietas enteral, parenteral parcial ou total são indicadas na DC grave e/ou complicada, principalmente com fístulas, levando a remissão da inflamação aguda e melhora da condição nutricional (BIONDO-SIMÕES *et al.*, 2003). As dietas elementares parecem ser eficazes na redução das perdas proteicas. Em casos onde há grandes ressecções, a nutrição parenteral pode ser essencial (LEÃO; GOMES, 2009). Para Rodrigues, Passoni e Paganoto (2008), o tratamento nutricional deve ser sempre muito bem elaborado com dieta sem resíduos e sem lactose, assim os pacientes com intolerância a lactose beneficiam-se de sua limitação, abaixando a produção de gás e diarreia intestinal. Os pacientes com acometimento do íleo devem adotar dietas baixas em gorduras, sendo necessária a

substituição por TCM na presença de esteatorreia. Em relação ao tratamento cirúrgico, Barbieri (2000) afirma que é indicado em algumas situações, tais como, complicações (perfuração, obstrução), ausência de resposta ao tratamento clínico e comprometimento grave de crescimento. A frequência de indicação cirúrgica aumenta com a duração da doença

Na DC, ainda como recurso terapêutico, recomenda-se o uso óleo de peixe ômega 3 por via oral, por inibir a síntese de prostaglandinas e leucotrienos (derivado do ácido graxo araquidônico), reduzindo assim a inflamação (BURGOS *et al.*, 2008).

3.3 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

A avaliação nutricional, segundo a American Dietetic Association, é “a abordagem para a definição do estado nutricional utilizando as histórias médica, alimentar e medicamentosa, o exame físico, as medidas antropométricas e os exames bioquímicos”. Ainda inclui a organização e análise das informações por um bioquímico. Assim, a avaliação nutricional envolve a interpretação de múltiplos indicadores para a definição de um diagnóstico, a coleta de informações para a elaboração do plano de intervenção e a monitoração da adequação da intervenção nutricional (ROSSI; CARUSO; GALANTE, 2008).

Os métodos utilizados para avaliar o estado nutricional são classificados em objetivos e subjetivos. Os objetivos são: antropometria, composição corpórea, parâmetros bioquímicos e consumo alimentar. Os subjetivos são: exame físico e avaliação global subjetiva. Como um parâmetro isolado não caracteriza a condição nutricional geral do indivíduo, é necessário empregar uma associação de vários indicadores para melhorar a precisão e a acurácia do diagnóstico nutricional (CUPPARI, 2005).

Antropometria

É a medida do tamanho corpóreo e de suas proporções. Trata-se de um dos indicadores diretos do estado nutricional, sendo as medidas mais utilizadas na avaliação antropométrica o peso, a estatura, as pregas cutâneas (bicipital, tricipital, subescapular e supra-iliaca) e as circunferências (braço, cintura, quadril e abdome) (CUPPARI, 2005).

PESO

A balança é o instrumento utilizado para medir a massa corporal total ou o peso do indivíduo. Deve-se optar por balanças eletrônicas ou mecânicas, calibradas periodicamente, com pesos conhecidos. A pessoa deve ser pesada com o mínimo de roupa possível e sem sapatos, sem ornamentos. Posicionar o indivíduo no centro da base da balança, parado (ROSSI; CARUSO; GALANTE, 2005).

ESTATURA

É medida utilizando-se o estadiômetro ou o antropômetro. O indivíduo deve ficar de pé, descalço, com os calcanhares juntos, costas retas e os braços estendidos ao lado do corpo (CUPPARI, 2005).

ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC)

É o indicador que utiliza a fórmula: peso dividido pela altura (m) ao quadrado. O valor obtido é comparado com valores de referência, utilizando-se pontos de corte. É usado para diagnosticar excesso de peso, pois como foi comprovada sua alta correlação com a adiposidade. Para adultos, o valor é obtido de forma direta utilizando-se a classificação (VITOLO, 2008).

CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO (CB)

É realizada após se colocar o ponto médio do braço, entre o acrômio e o olécrano. Essa medida é complementar e depende do objetivo da proposta – como, por exemplo, calcular a área muscular do braço utilizando-se a dobra cutânea do tríceps –, mas também pode ser utilizada como indicador isolado de magreza ou adiposidade quando se utilizam os percentis (VITOLO, 2008).

CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA (CC)

Sua medida não deve ser feita sobre roupas: o sujeito permanece em pé, com os pés juntos, os braços estendidos lateralmente e o abdome relaxado. A medida deve ser tomada em plano horizontal com fita inelástica no ponto mais estreito do troco. Correlaciona-se fortemente com o IMC e parece predizer melhor o tecido visceral (ROSA et al., 2008).

Consumo Alimentar

Vários métodos podem ser utilizados para avaliar o consumo alimentar dos indivíduos. Sua validade e reprodutibilidade dependem muito da habilidade do investigador e da cooperação do investigado. Não existe um método de avaliação dietética ideal. Na realidade, os fatores que determinam qual o melhor método a ser utilizado nas diferentes situações são a população alvo (idosos, adolescentes,

crianças, gestantes, etc.) e o propósito da investigação, ou seja, o tipo de informação dietética que se quer obter (nutrientes, alimentos, grupos de alimentos, padrões dietéticos etc.) (CUPPARI, 2005).

RECORDATÓRIO DE 24H (R24)

Neste método, o entrevistado relata todo o consumo alimentar realizado no dia anterior ou nas últimas 24h, quantificando, em medidas caseiras, todos os alimentos e bebidas ingeridos. A acurácia desse instrumento está associada à memória e descrição correta das porções consumidas. Nesse sentido, fatores como idade, nível de instrução e memória podem influir no resultado final (ROSSI; CARUSO; GALANTE, 2008). É um método rápido e fácil de ser administrado; quando realizado em série, fornece estimativas de ingestão usual do indivíduo; e pode ser usado para estimar o valor energético total da dieta e a ingestão de macronutrientes (CUPPARI, 2005). Segundo GIBSON (1990) apud FISBERG et al. (2005), o Recordatório 24 horas pode ser considerado um dos instrumentos mais empregados para a avaliação da ingestão de alimentos e nutrientes de indivíduos.

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR (QFA)

Pela praticidade de aplicação, esse método tem sido utilizado em vários estudos epidemiológicos que procuram relacionar a ingestão de determinados alimentos com o aumento do risco das doenças crônicas não-transmissíveis. É caracterizado por uma lista de alimentos pela qual o entrevistado se baseia para relatar ou registrar a frequência do consumo de cada um dos alimentos listados, ou seja, as informações podem ser obtidas em entrevista direta ou por auto-registro (ROSSI; CARUSO; GALANTE, 2008). Para a elaboração de um QFA, é fundamental o planejamento de uma lista de acordo com o objetivo do estudo, contendo os alimentos fontes de nutrientes específicos que se pretende investigar (ROSA et al., 2008). O QFA pode descrever padrões de ingestão alimentar; gerar resultados padronizados; e pode ser utilizado para estudar a associação de alimentos ou nutrientes específicos com alguma doença (CUPPARI, 2005).

4.0 METODOLOGIA

4.1 TIPO DA PESQUISA

A pesquisa foi do tipo transversal. Segundo Vieira e Hossne (2001), esse tipo de estudo se caracteriza por descrever os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e às suas histórias de exposição a fatores causais suspeitos, em um determinado momento.

4.2 UNIVERSO E AMOSTRA

Os dados foram coletados com 20 pacientes portadores de Doenças Inflamatórias Intestinais que eram encaminhados para acompanhamento nutricional nas Clínicas Integradas da FARN após atendimento médico. Foi realizado também convite para participação da pesquisa por telefone, onde os contatos telefônicos foram cedidos pela Associação Norte-Riograndense de Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa. Realizou-se uma consulta nutricional inicial, onde foi aplicado o Protocolo de Atendimento Nutricional (apêndice 1) – o qual é utilizado pelo Hospital Universitário Onofre Lopes para atendimento nutricional em portadores de DII, sendo realizadas adaptações pela pesquisadora– e posteriormente teve um segundo agendamento para entrega da dieta individualizada de acordo com o estado nutricional e necessidades de cada paciente.

Consistiu como critério de inclusão dos sujeitos da pesquisa, pacientes com a constatação da presença de doenças inflamatórias intestinais (DII). Foram incluídos no projeto pacientes adultos e idosos com idade a partir de 18 anos, com sintomas associados à DII.

4.3 MATERIAIS E MÉTODOS

4.3.1 Avaliação clínica

Para realização da avaliação clínica dos indivíduos da pesquisa, foram observados, para análise de associação com as doenças, os seguintes fatores: prática de tabagismo, inatividade física, sinais e sintomas, e frequência de evacuações x consistência das fezes.

Todas as informações coletadas, relacionadas aos fatores estudados, foram registradas no Protocolo de Atendimento Nutricional (apêndice 1), onde também constou a lista da prevalência de sinais e sintomas.

4.3.2 Avaliação antropométrica

Na realização da avaliação antropométrica foram utilizadas as seguintes medidas: peso e estatura para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), circunferência do braço (CB) e circunferência da cintura (CC).

AFERIÇÃO DO PESO E ESTATURA

Para aferição do peso foi seguido à padronização internacional com os adultos sem sapatos, vestindo roupas leves, sem adornos, de costas para a balança. O peso foi aferido com balança digital, com capacidade máxima de 150 kg. Para a aferição da altura foi utilizado um estadiômetro acoplado a balança estando o indivíduo de pé, descalço, com calcanhares juntos, costas retas e os braços estendidos ao longo do corpo.

CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O IMC

Para a classificação do estado nutricional de adultos e idosos segundo o IMC, foi realizado o cálculo a partir da fórmula: Peso em quilograma, dividido pela estatura em metros ao quadrado ($\text{Kg}/\text{altura}^2$), e avaliados de acordo com os parâmetros de classificação da OMS (1995 e 1997).

Quadro 1: Classificação do estado nutricional em adultos segundo o IMC

IMC ($\text{kg}/\text{altura}^2$)	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	Sobrepeso
30,0 – 34,9	Obesidade Grau I
35,0 – 39,9	Obesidade Grau II
$\geq 40,0$	Obesidade Grau III

FONTE: Organização Mundial de Saúde (OMS) (1995 e 1997).

Quadro 2: Classificação do estado nutricional em idosos segundo o IMC

IMC (kg/altura ²)	CLASSIFICAÇÃO
< 22	Magreza
22 – 27	Eutrofia
> 27	Sobrepeso

FONTE: Lipschitz (1997).

CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA

A circunferência da cintura foi aferida com o paciente despido após a expiração, na sua curvatura natural, no ponto médio entre a décima costela e a crista ilíaca. Os resultados foram avaliados de acordo com a OMS (1998) apud Cuppari (2005) onde foi realizada a média x gênero.

Quadro 3: classificação de riscos de complicações metabólicas de acordo com a CC

SEXO	RISCO	
	ELEVADO	MUITO ELEVADO
MASCULINO	> 94cm	> 102 cm
FEMININO	> 80cm	> 88 cm

FONTE: OMS (1998) apud CUPPARI (2005).

CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO

A circunferência do braço (CB) foi medida com o indivíduo em pé com o braço relaxado na lateral do corpo e palma da mão voltada para a coxa. A fita métrica foi colocada em torno do ponto médio do braço. A classificação dos pacientes foi realizada através da aplicação do valor circunferencial encontrado na fórmula:

$$CB = (CB \text{ obtida} \div \text{percentil 50 da CB encontrada}) \times 100$$

Os valores do percentil 50 referentes a sexo e idade foram encontrados de acordo com a tabela de Frisancho (1981) apud Vitolo (2008) que avalia ambos os sexos por meio dos percentis.

Para classificação do estado nutricional foi utilizada a tabela abaixo:

Quadro 4: classificação do estado nutricional de acordo com a CB

	Desnutrição Grave	Desnutrição Moderada	Desnutrição Leve	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade
CB	<70%	70% a 80%	80% a 90%	90% a 110%	110% a 120%	>120%

FONTE: Blackburn & Thorton (1979) apud VITOLLO (2008).

4.3.3 Avaliação Dietética

Para a realização da avaliação qualitativa e quantitativa do consumo alimentar dos pacientes, foram aplicados os métodos Recordatório 24 horas (apêndice 2), elaborado pela pesquisadora, e o Questionário de Frequência Alimentar (apêndice 3), o qual foi cedido pelo Hospital Universitário Onofre Lopes, onde é utilizado para atendimento de portadores de DII, sendo realizadas algumas adaptações pela pesquisadora.

A análise dos alimentos consumidos foi realizada por meio do programa Tabela de Análise de Alimentos Taco – Philippi, estabelecendo a média de consumo dos alimentos separadamente para cada gênero dos pacientes. A verificação da adequação dos macronutrientes seguiu as recomendações da FAO/OMS (2003), como mostra o quadro abaixo:

Quadro 5: recomendações nutricionais de macronutrientes e fibras para adultos

Nutrientes	Valores de Referência
Carboidratos	55 – 70%
Lipídios	25 – 30%
Proteínas	10 – 15%
Fibras	20 – 30g

FONTE: FAO/OMS (2003)

4.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

A tabulação e análise dos dados foi realizada com o auxílio do programa Microsoft Office Excel - versão 2010, onde foram realizadas análises estatísticas, e os resultados foram mostrados por meio de gráficos e tabelas com percentual e média, caracterizando assim a forma quantitativa e qualitativa, respectivamente.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O trabalho foi encaminhado ao comitê de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte recebendo aprovação no dia 25 de Maio de 2011 sob Parecer nº 013/2011 e Protocolo nº 163/10 (anexo 2). Dessa forma, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1) resguardando a segurança e identidade dos pacientes que foram estudados.

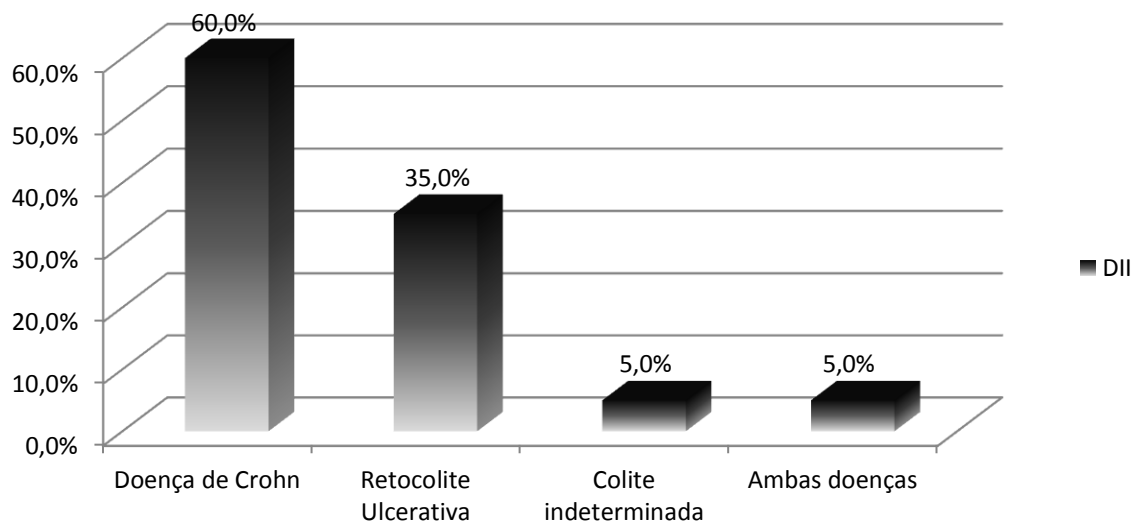
5.0 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A pesquisa contou com a participação de 20 pacientes, entre eles 19 adultos e 1 idoso, dos quais 60,0% (n = 12) eram portadores de doença de Crohn, 30,0% (n = 6) eram portadores de Retocolite Ulcerativa, 5,0% (n = 1) eram portadores de colite indeterminada e 5,0% (n = 1) apresentavam ambas as doenças (DC e RCU) (Gráfico 1). Com idade variando entre 22 a 74 anos (Tabela 1), 75,0% foram do gênero masculino e 15,0% do gênero feminino (Tabela 2).

Doença Inflamatória Intestinal

Gráfico 1: prevalência de dos tipos de doença inflamatória intestinal nos pacientes da pesquisa.



FONTE: Dados da Pesquisa (2011).

Os dados encontrados se assemelham com os dados de estudo de Elia et al. (2007) onde houve predominância de DC com 72,1%. 23,3% apresentaram RCUI e 4,7% Colite indeterminada. Como confere Souza, Belasco e Aguilar-Nascimento (2008), em diversos estudos epidemiológicos tem demonstrado incidência crescente no que tange à doença de Crohn.

Faixa Etária

Tabela 1: Média da idade dos pacientes da pesquisa.

	Feminino	Masculino	Total (FI)	PM	FI x PM
20 – 25 anos	2	2	4	22,5	90
26 – 30 anos	1	0	1	28	28
31 – 35 anos	0	5	5	33	165
36 – 40 anos	0	3	3	38	114
41 – 45 anos	0	4	4	43	172
46 – 50 anos	1	0	1	48	48
51 – 55 anos	0	1	1	53	53
56 – 60 anos	0	0	0	0	0
61 – 65 anos	0	0	0	0	0
66 – 70 anos	0	0	0	0	0
71 – 75 anos	1	0	1	73	73
Total	5	15	20		743

FONTE: Dados da Pesquisa (2011)

$$\text{Média} = \frac{Pm \times fi}{\sum fi} = \frac{743}{20} = 37,15 = \mathbf{37 \text{ anos}}$$

A faixa etária dos pacientes estudados na pesquisa variou entre as classificações de 20 a 75 anos, com média de 37 anos para ambos os sexos.

Dados semelhantes, no que se diz respeito à média de idade dos pacientes estudados, foram encontrados na pesquisa de Elia et al. (2007) onde as idades variaram entre 16 e 74 anos, com média de 36,7 anos e mediana de 34 anos. No estudo de Souza, Belasco e Aguilar-Nascimento (2008), o valor mediano de idade também foi próximo, identificado com média em 37,5 anos.

Os dados da pesquisa atual corroboram com os achados da literatura no que se refere à predominância das doenças de acordo com as faixas etárias. Segundo Souza et al. (2011) existe uma predominância das DII em pessoas da raça branca, na faixa etária entre 20 e 40 anos de idade.

Gênero

Tabela 2: classificação dos pacientes da pesquisa segundo o gênero.

	Número	Percentual
Feminino	5	25,0%
Masculino	15	75,0%
TOTAL	20	100%

FONTE: Dados da Pesquisa (2011).

A distribuição de gênero dos pacientes estudados na pesquisa foi de 25,0% (n = 5) para o sexo feminino e 75% (n = 15) para o sexo masculino. Estes dados apresentam-se de acordo com o estudo de Salviano, Burgos e Santos (2007), onde a amostra foi constituída de 24 pacientes, com maior predomínio de homens (58,3%), porém contraditórios quando comparados a resultados de outras pesquisas semelhantes, onde a maioria da população estudada predomina o sexo feminino. Uma vez que nessa pesquisa foi realizado convite pessoal aos pacientes, o público masculino foi mais acessível à chamada, tornando assim uma prevalência menor de pacientes do gênero feminino, o que contraria dados de pesquisas semelhantes, demonstrando que as mulheres evidenciam maior percentual de gênero das pesquisas, como por exemplo nos estudos de Elia et al (2007), Silva et al.(2010) e Souza et al. (2011).

5.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA

Tabagismo

Tabela 3: prevalência de tabagismo nos pacientes da pesquisa.

	Número	Percentual
Fumantes	1	5,0%
Não fumantes	19	95,0%
TOTAL	20	100%

FONTE: Dados da Pesquisa (2011)

Do total de 20 pacientes estudados, apenas 5% (n = 1) referiu a prática de tabagismo.

Dados parecidos foram encontrados na pesquisa de Elia et al. (2007) onde 16,3% eram fumantes, 16,3% eram ex-tabagistas e os 63,4% restantes nunca

fizeram a prática do fumo. Na pesquisa de Souza, Belasco e Aguilar-Nascimento (2008) quanto ao tabagismo, 136 (61,8%) não fumavam e 84 (38,2%) fumaram ou fumam. Segundo 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. Shils et al. (2003) afirma que alguns autores sugerem que o fumo pode ser um determinante do tipo de DII que se desenvolverá em indivíduos predispostos.

Martins Junior et al. (1996) afirmam que dentre os vários aspectos epidemiológicos envolvendo pacientes com doença inflamatória intestinal, o tabagismo é o que apresenta associação mais consistente com sua ocorrência e evolução. O autor afirma que há referências de maior ocorrência de doença de Crohn em fumantes. Em seu estudo, entre os ex-fumantes, 72,7% desenvolveram retocolite ulcerativa inespecífica após interrupção do tabagismo, contra 44,4% na doença de Crohn.

Atividade Física

Tabela 4: prevalência de inatividade física nos pacientes da pesquisa.

	Número	Percentual
Praticante	7	35,0%
Não praticante	13	65,0%
TOTAL	20	100%

FONTE: Dados da Pesquisa (2011)

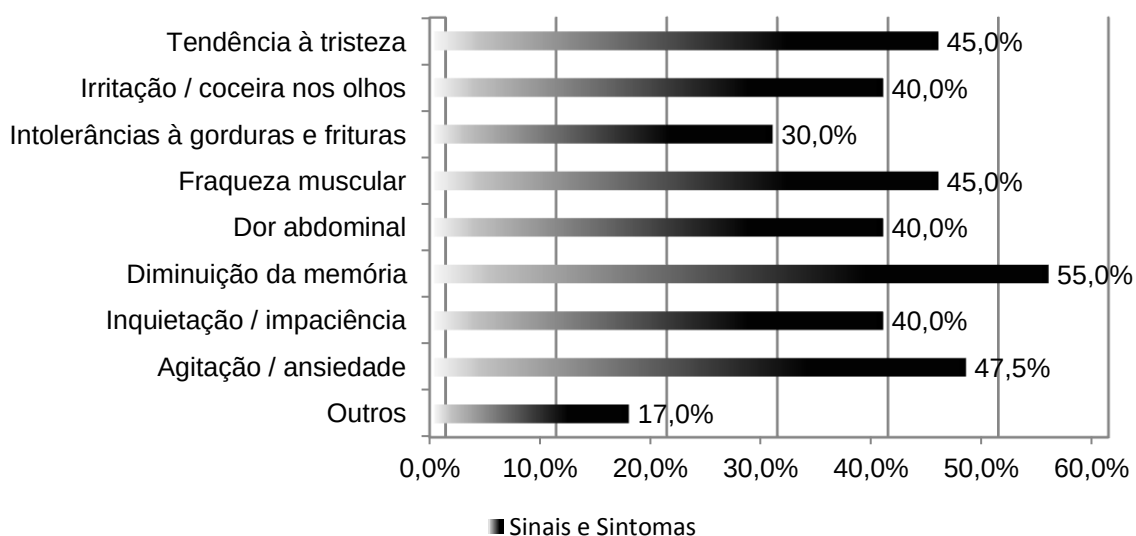
Foi observado no estudo que 35% (n = 7) dos pacientes avaliados praticavam exercício físico de forma regular e 65% (n = 13) não faziam prática de nenhum tipo de exercício físico.

Segundo Terron (2010) a prática de atividade física é recomendada aos portadores de DII, pois melhora a circulação, aumentando o fluxo sanguíneo, bem como ajuda o sistema cardiovascular. Também colabora para fortalecimento da musculatura e para os pacientes sentirem menos dores articulares. SOUZA et al. (2008) afirma que, embora a causa seja multifatorial, a baixa atividade física é um dos motivos de doenças ósseas em portadores de doenças inflamatórias intestinais.

Segundo Moriglia (2011), a prática de exercício físico por portadores de DII trás efeitos benéficos indiretos, tais como: controle da massa corporal; diminuição da perda de massa muscular e do processo de perda de massa óssea ocasionado pelo uso continuado de corticóides; melhora da qualidade do sono, que tem reconhecido efeito imunomodulador; controle da ansiedade, geralmente associada ao aparecimento dos sintomas; combate ao estresse, também associado ao aparecimento dos sintomas; e melhoria da capacidade física geral, que gera mais conforto para a execução das atividades cotidianas.

Sinais e Sintomas

Gráfico 2: prevalência de sinais e sintomas nos pacientes da pesquisa.



FONTE: Dados da Pesquisa (2011).

Como mostra no gráfico acima, os sinais e sintomas, expostos na lista contida no Protocolo de Atendimento Nutricional, de maior prevalência foram: tendência à tristeza (45,0%), Irritação e coceira nos olhos (40,0%), intolerância à gorduras e frituras (30,0%), fraqueza muscular (45,0%), dor abdominal (40,0%), diminuição da memória (55,0%), inquietação e impaciência (40,0%), agitação e ansiedade (47,5%) e outros (17,0%), estes últimos estão contidos na lista aplicada.

Segundo Lanna et al. (2006) associam-se às DII, com certa frequência, manifestações extra intestinais tais como: articulares, cutâneas, oculares, hepatobiliares e vasculares, que podem preceder, acompanhar ou suceder à doença intestinal.

Mota et al. (2007) afirmam que as DII não se limitam apenas à manifestações no aparelho digestivo, podendo causar sintomas em vários outros órgãos. Existe uma grande prevalência de manifestações extra intestinais em portadores de doença de Crohn e de retocolite ulcerativa. Em seu estudo de prevalência de manifestações extra intestinais em pacientes portadores de DII, foram encontradas manifestações oftalmológicas como uveítes, episclerites, conjuntivites, vitreítes e cataratas. No presente trabalho, a prevalência de manifestações oculares nos pacientes foi de 40%, onde os mesmos apresentaram manifestações de incômodo na visão, como: coceira, irritação, queimação e vermelhidão nos olhos, diferindo assim dos resultados encontrados na pesquisa de Mota et al. (2007).

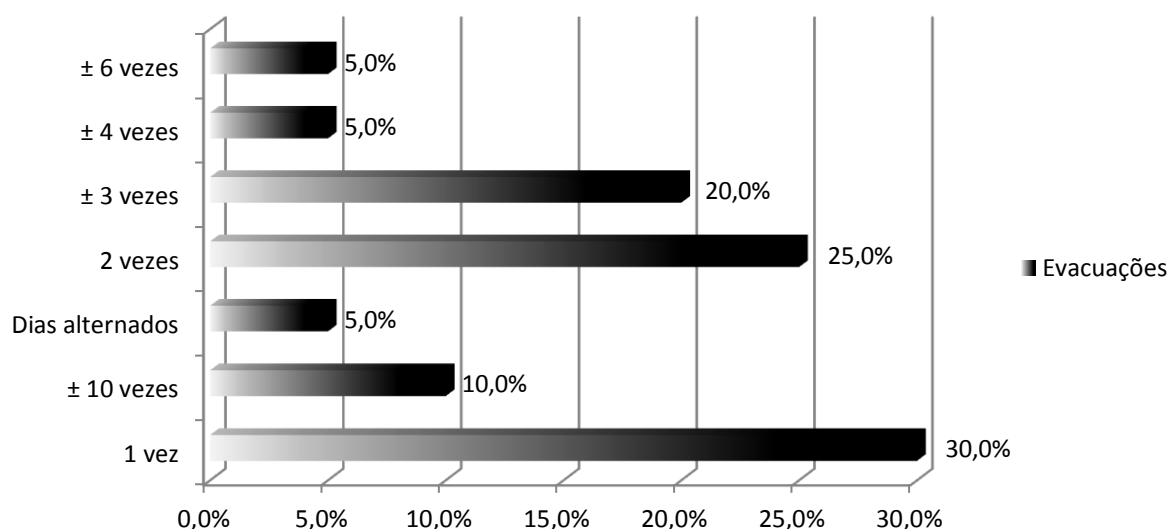
Também foram observados sintomas relacionados à dores musculares; fraquezas em unhas e cabelos; aftas; câimbras; desidratação; e dor nas articulações.

Shils et al. (2003) afirma que o impacto da DII sobre o trato gastrointestinal e suas funções digestivas e absorptivas varia dependendo do (os) local (is), naturezas e extensão da inflamação intestinal. A absorção de gorduras pode estar alterada pela perda da superfície intestinal decorrente da inflamação. Entretanto, estudos realizados há anos confirmam que prejuízo significativo da absorção de gorduras ocorre somente quando a extensão do envolvimento inflamatório é muito grande, quando a superfície de absorção for reduzida por ressecção do intestino delgado extensiva ou supostamente quando ocorre síndrome de superpopulação bacteriana secundária à estenose luminal e obstrução intestinal incompleta.

Ainda de acordo com Shils et al. (2003), a perda entérica de proteínas, sangue, minerais eletrólitos e elementos-traço do intestino durante o período de inflamação ativa torna-se mais prevalente e importante que a má absorção de gorduras. Mahan; Escott-Stump; Krause (2010) ressaltam que a suplementação de vitaminas, especialmente folato, vitaminas B₆ e B₁₂, pode ser necessária. Os minerais e elementos-traço podem ser necessários para reposição dos depósitos ou para manutenção, devido a má digestão, má absorção ou interação fármaco-nutrientes, ou devido o paciente não poder comer uma dieta completa. A diarreia pode agravar as perdas de zinco, potássio e selênio.

Frequência de Evacuações X Consistência

Gráfico 3: frequência de evacuações ao dia dos pacientes da pesquisa.

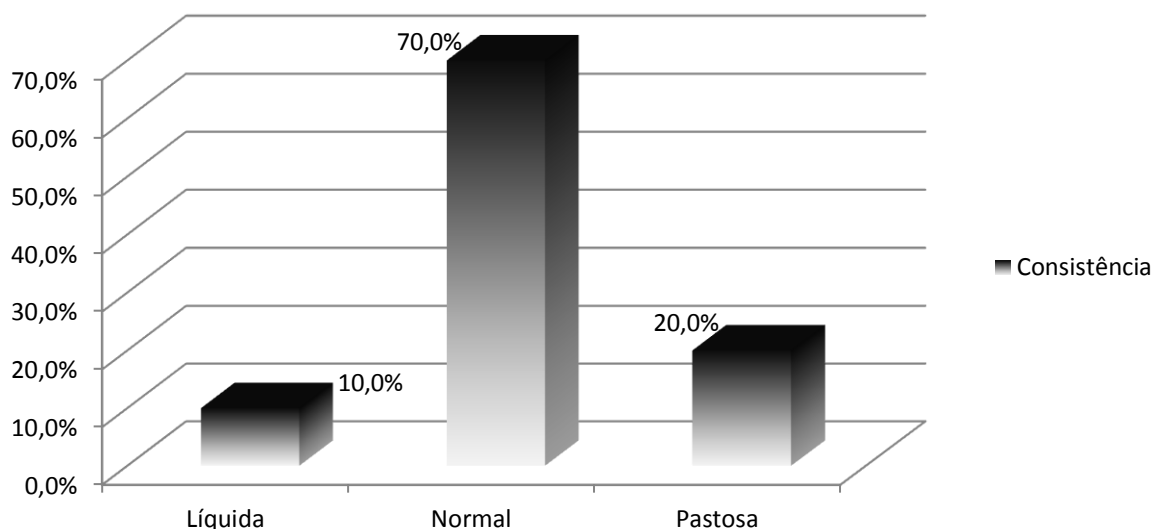


FONTE: Dados da Pesquisa (2011).

O gráfico acima demonstra a frequência de evacuações realizadas pelos participantes da pesquisa durante um dia. Observa-se que a maioria dos indivíduos (30,0% / n = 6) evacua uma vez por dia. Consecutivamente prevalece a frequência de duas vezes/dia (25,0% / n = 5) e $\pm$ três vezes/dia (20,0% / n = 4). Frequências de evacuações maiores foram relatadas na minoria dos indivíduos, onde foram citadas $\pm$ seis vezes, $\pm$ quatro vezes e $\pm$ dez evacuações/dia.

Estudos semelhantes relatam a presença de maior número de evacuações/dia em paciente hospitalizados e em fase ativa da doença, dados que não corroboraram com o presente trabalho, uma vez que os indivíduos desse estudo encontravam-se em atendimento ambulatorial, fora da fase aguda da doença. Esses dados apresentam-se contraditórios com resultados de estudo de Salviano, Burgos e Santos (2007), com pacientes internados e também em fase aguda da doença, onde revelou a prevalência de 6 a 9 evacuações/dia em consistência diarreica.

Gráfico 4: consistência de evacuações dos pacientes da pesquisa.



FONTE: Dados da Pesquisa (2011).

Pôde-se observar que a maioria do público estudado apresentou evacuações diárias em consistência normal, sendo este 70,0% (n = 14). 20,0% (n = 4) apresentaram evacuações em consistência pastosa e 10,0% (n = 2) em consistência líquida (diarreia). A somatória de 30,0% dos pacientes avaliados, os quais citaram evacuações em consistência líquida ou pastosa, estavam em fase ativa da doença, por isso justifica-se o quadro de instabilidade intestinal dos mesmos. Os outros 70,0% restantes não estavam em períodos críticos das doenças, apresentando-se em fase remissiva, colaborando assim para um maior controle de trânsito intestinal.

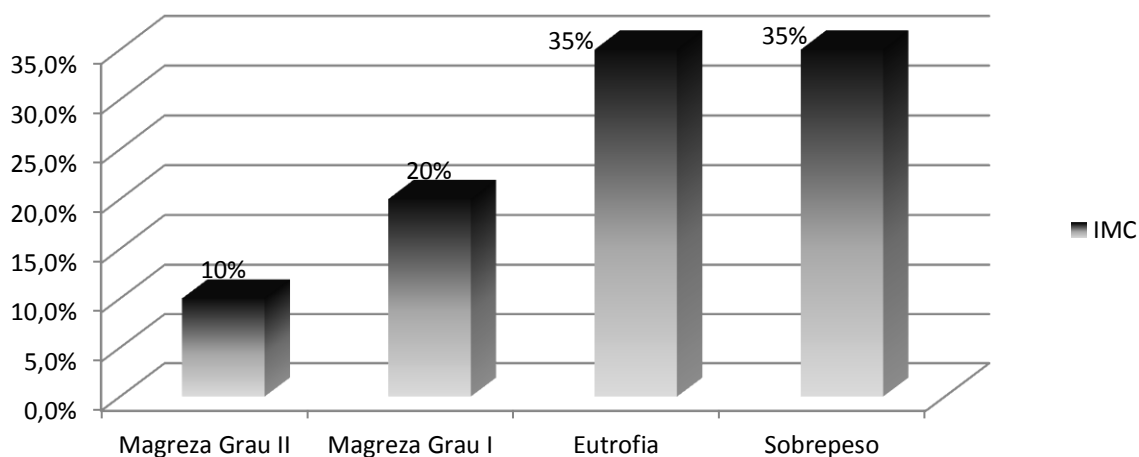
Segundo Waitzberg (2006) a diarreia produz distúrbio hidroeletrólítico, alterando a concentração de todos os minerais. Vários autores afirmam que a diarreia é um dos sintomas mais presentes nas duas doenças.

Perda de minerais e vitaminas decorrentes da má absorção intestinal pode causar diversos danos aos pacientes afetados e, segundo Mahan, Scott-Stump e Krause (2010) diarreias exsudativas são sempre associadas ao dano na mucosa, o que leva a um derramamento de muco, líquido, sangue e proteínas plasmáticas, com um acúmulo de líquido com eletrólitos e água no intestino. As causas podem estar relacionadas à doença inflamatória; infecções com agentes fúngicos, bacterianos ou virais; medicações; consumo excessivo de açúcares; uma superfície absorptiva insuficiente ou danificada ou desnutrição.

5.3 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Avaliação de IMC

Gráfico 5: classificação do estado nutricional dos pacientes segundo o IMC.



FONTE: Dados da Pesquisa (2011)

Segundo os critérios da OMS/1995 – 1997 e Lipschitz/1997 pôde-se observar que 10,0% (n = 2) dos pacientes apresentaram-se em estado de magreza grau I, 20,0% (n = 4) apresentaram magreza grau II, 35% (n = 7) apresentaram eutrofia, e 35% (n = 7) apresentaram sobrepeso. O paciente idoso estudado na pesquisa ficou na classificação de eutrofia, quando avaliado pelos parâmetros de Lipschitz/1997, uma vez que seria preciso a divisão de dados entre adultos e idosos caso obtvesse a classificação para magreza, onde esta difere das demais classificações quando comparadas com público adulto.

Os pacientes que se encontravam em magreza estavam em períodos de fase ativa da doença, o que possivelmente justifica situação nutricional em que se encontravam. Flora e Dichi (2006) ressaltam que a DII pelo seu envolvimento do trato gastrointestinal e seus efeitos sobre a ingestão alimentar, é comumente associada à deficiência nutricional, podendo esta variar desde alterações discretas dos níveis dos oligoelementos até estados óbvios de desnutrição severa, com grande perda de peso. Quanto aos pacientes classificados em eutrofia e sobrepeso, estavam em quadro estabilizado.

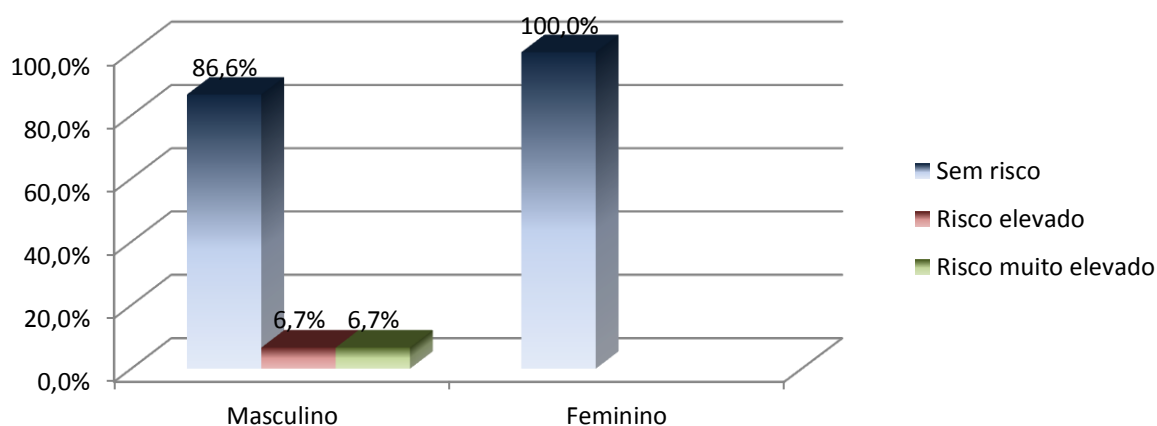
A prevalência do estado nutricional nos indivíduos foi a classificação de eutrofia e sobrepeso, mostrando concordância com dados obtidos em outros

estudos semelhantes, os quais mostravam um maior percentual de classificação de eutrofia, como a pesquisa de Salviano, Burgos e Santos (2007), com 24 pacientes, os resultados obtidos foram de 58,3% para pacientes eutróficos e 41,7% para pacientes em desnutrição. Esses autores afirmam que as DII são comumente associadas à desnutrição proteicocalórica, 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 tem impacto em todas as idades sofrendo a influência da fase da atividade, extensão e localização da doença.

No estudo de Souza et al. (2010), os dados foram semelhantes, onde na avaliação nutricional dos pacientes com doença inflamatória intestinal estudados, houve maior número de indivíduos com excesso de peso e de gordura corporal.

Circunferência da Cintura

Gráfico 6: classificação do estado nutricional dos pacientes segundo CC isolada x gênero



FONTE: Dados da Pesquisa (2011).

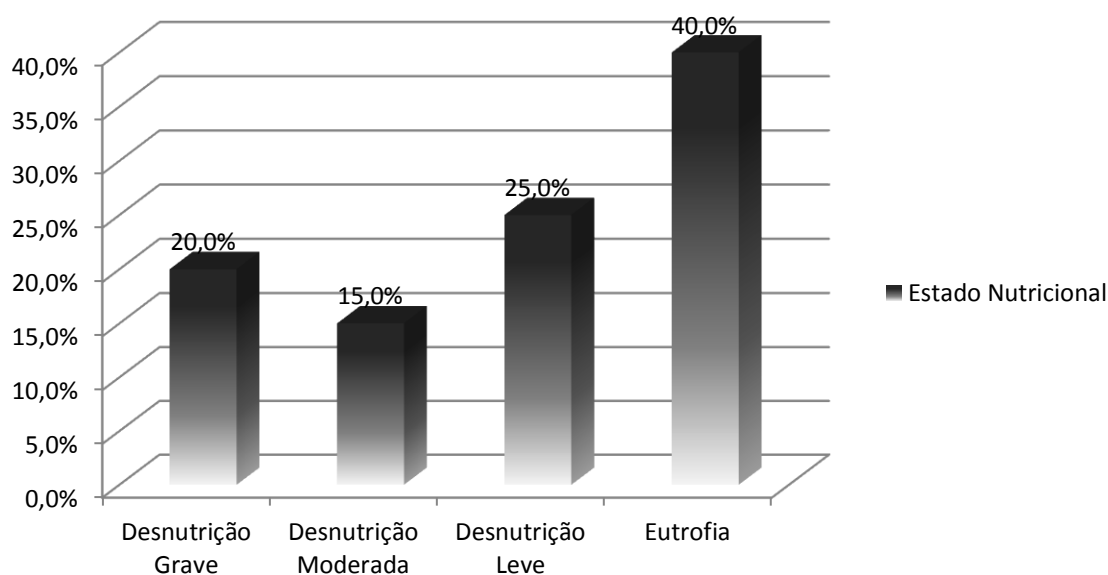
O gráfico acima mostra o risco nutricional dos pacientes de desenvolvimento de doenças crônicas relacionadas à obesidade foram classificados como: sem risco, risco elevado, e risco muito elevado. Dos pacientes do sexo masculino, 86,6% (n = 13) não apresentaram risco, 6,7% (n = 1) apresentaram risco elevado e 6,7% (n = 1) apresentaram risco muito elevado. Do público feminino, houve prevalência de 100% para sem riscos de desenvolvimento de doenças metabólicas crônicas relacionadas à obesidade.

Segundo Pitanga e Lessa (2005) o acúmulo de gordura na região do abdome vem sendo descrito como o tipo de obesidade que oferece maior risco para a saúde dos indivíduos. A incidência de diabetes, aterosclerose, gota, cálculo urinário e morte cardíaca súbita é elevada em pessoas obesas.

Observando os pacientes da pesquisa, pôde-se avaliar que em sua maioria não apresentam grande propensão para risco de desenvolvimento de doenças metabólicas associadas à obesidade, uma vez que a própria doença que possuem não permite a facilidade de ganho de adiposidade na região abdominal. Em contrapartida, é notável a facilidade de alguns portadores apresentarem excesso de peso e consequentemente circunferência da cintura acentuada, o que diverge do que comumente se observa em portadores de doenças inflamatórias, os quais apresentam com facilidade o estado de baixo peso ou, quando contrário, a eutrofia, como afirma Salviano, Burgos e Santos (2007) em que as DII são comumente associadas à desnutrição proteicocalórica, como também à carência de micronutrientes tanto em pacientes hospitalizados como em ambatório e, segundo Flora e Dichi (2006), a perda de peso e desnutrição aguda são uma das principais manifestações das DII durante atividades da doença.

Circunferência do Braço

Gráfico 7: classificação do estado nutricional dos pacientes segundo CB



FONTE: Dados da Pesquisa (2011).

A circunferência do braço foi avaliada para somatória de verificação do estado nutricional dos pacientes, uma vez que é utilizada como indicador isolado de magreza ou adiposidade. De acordo com os valores encontrados, foi equivalente o percentual de 20,0% (n = 4) para desnutrição grave dos pacientes, 15,0% (n = 3) de desnutrição moderada, 25,0% (n = 5) de desnutrição leve e 40,0% (n = 8) para eutrofia. Uma vez que esses dados avaliam a circunferência braquial, é notável a baixa quantidade de massa magra e adiposidade nos pacientes, o qual é justificado pela baixa qualidade nutricional que as doenças proporcionam, por meio da má absorção dos nutrientes, imunidade e constantes crises durante fase ativa da doença, como afirma Burgos et al. (2008), que em seu estudo, refere a desnutrição proteico-energética (DPE) comum entre as duas enterocolites; como assim a carência de micronutrientes. Dentre os fatores que podem levar à desnutrição destacam-se diminuição significativa da ingestão alimentar, má absorção, aumento das perdas gastrointestinais e necessidades nutricionais aumentadas. A DPE colabora para a piora da diarreia e/ou má absorção em função da diminuição da secreção de enzimas pancreáticas e da atividade enzimática na borda de escova das células da mucosa intestinal. Todas as alterações nutricionais dependem da extensão e da gravidade com que se manifestam as moléstias. A desnutrição, por sua vez, agrava o prognóstico do paciente, com consequente redução da competência imunológica e aumento das infecções. De acordo com Gibney et al. (2007) a prevalência de desnutrição proteico-energética na DII varia de 20 a 85%. Essa ampla faixa deve-se ao fato de que a maioria dos estudos considera em conjunto a colite ulcerativa e a doença de Crohn, bem como pacientes hospitalizados e ambulatoriais.

5.4 AVALIAÇÃO DIETÉTICA

Recordatório 24 horas

A tabela 5 mostra os valores de referência e média da ingestão calórica, macronutrientes e fibras consumidos pelos pacientes estudados na pesquisa, onde pode-se observar que o consumo dos nutrientes se apresentou dentro das adequações esperadas.

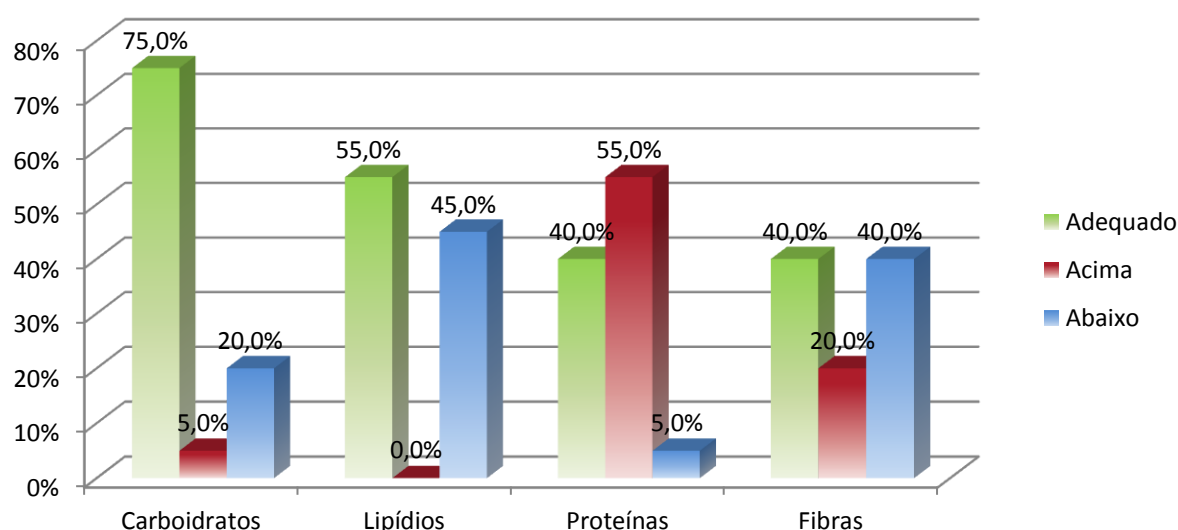
Tabela 5: média da ingestão de macronutrientes e fibras dos pacientes da pesquisa.

Macronutrientes e fibras	Valores de referência	Média
Carboidratos (%)	55 – 70	66% ✓
Lipídios (%)	25 – 30	25% ✓
Proteínas (%)	10 – 15	13% ✓
Fibras (g)	20 – 30	24g ✓

FONTE: Dados da Pesquisa (2011).

O gráfico 8 apresenta a distribuição em percentual dos pacientes segundo a ingestão de macronutrientes e fibras.

Gráfico 8: distribuição dos pacientes estudados segundo a ingestão de macronutrientes e fibras em relação às recomendações nutricionais.



FONTE: Dados da Pesquisa (2011).

De acordo com os resultados encontrados, podemos observar que a ingestão de carboidratos pelos pacientes apresentou adequação em 75,0% (n = 15), estando em sua maioria. A ingestão de lipídios prevaleceu com 55,0% (n = 11) de adequação e 45,0% (n = 9) estando abaixo do valor de referência. No consumo de proteínas, foi avaliado que 55,0% dos pacientes apresentaram um consumo acima do recomendado, dados estes que foram observados nos recordatórios 24 horas. Houve a prevalência do alto consumo de proteína animal pelos pacientes do sexo masculino; 40,0% (n = 8) dos pacientes atingiram a margem de adequação do consumo proteico. A ingestão de fibras igualou os percentuais para consumo adequado e consumo abaixo da recomendação, estando estes com 40,0% de ingestão. Os indivíduos que consumiram fibras além do limite estimado (20% - n = 4)

foi observado que, por causa do alto valor calórico da ingestão diária, a quantidade foi ultrapassada.

Diante dos resultados encontrados de média do consumo alimentar e percentual de macronutrientes e fibras, pôde-se concluir que os pacientes, de forma geral, apresentaram a ingestão de uma alimentação adequada quanto aos valores estipulados pela Organização Mundial da Saúde (2003), porém ao analisar individualmente o percentual de ingestão calórica dos macronutrientes, pode-se avaliar que os indivíduos da pesquisa em sua maioria fazem ingestão de uma dieta normoglicídica, normolipídica, hiperproteica e com adequado teor de fibras.

Um número crescente de evidências sugere que o carboidrato da dieta, especialmente os oligossacarídeos não absorvíveis, e as fibras exerçam um impacto significativo sobre a fisiologia humana. Hoje se reconhece que os carboidratos específicos não apenas modulam toda a dinâmica da energia corporal como também afetam os processos de doença (KRAUSE, 2005).

Se tratando das fibras alimentares, sua importância é voltada para os seus efeitos no cólon; a fermentação pode levar a consequências benéficas para saúde colônica e isso pode afetar diversos marcadores de saúde do corpo humano (COSTA; ROSA, 2010). Segundo Gibney et al. (2007), os pacientes com doença inflamatória inativa devem ingerir uma dieta bem balanceada. As fibras mais grossas devem ser restritas nos pacientes com estenoses intestinais persistentes.

As proteínas avaliadas pelo consumo dietético dos pacientes demonstrou que, em sua maioria, ficou acima do percentual indicado pela OMS, estando em 55,0% (n = 11), sendo esta avaliada em percentual individual dos pacientes. 40,0% dos pacientes (n = 8) faziam ingestão adequada e apenas 5,0% (n = 1) fazia ingestão abaixo do recomendado. De acordo com Mahan, Escott-Stump e Krause (2010), as atuais recomendações de proteínas para um indivíduo adulto saudável é de 0,8g de proteína por Kg/peso, porém as necessidades de proteína podem ser aumentadas durante períodos de estresse da doença e podem ser elevadas em até 50%, especialmente durante os estágios ativos da doença.

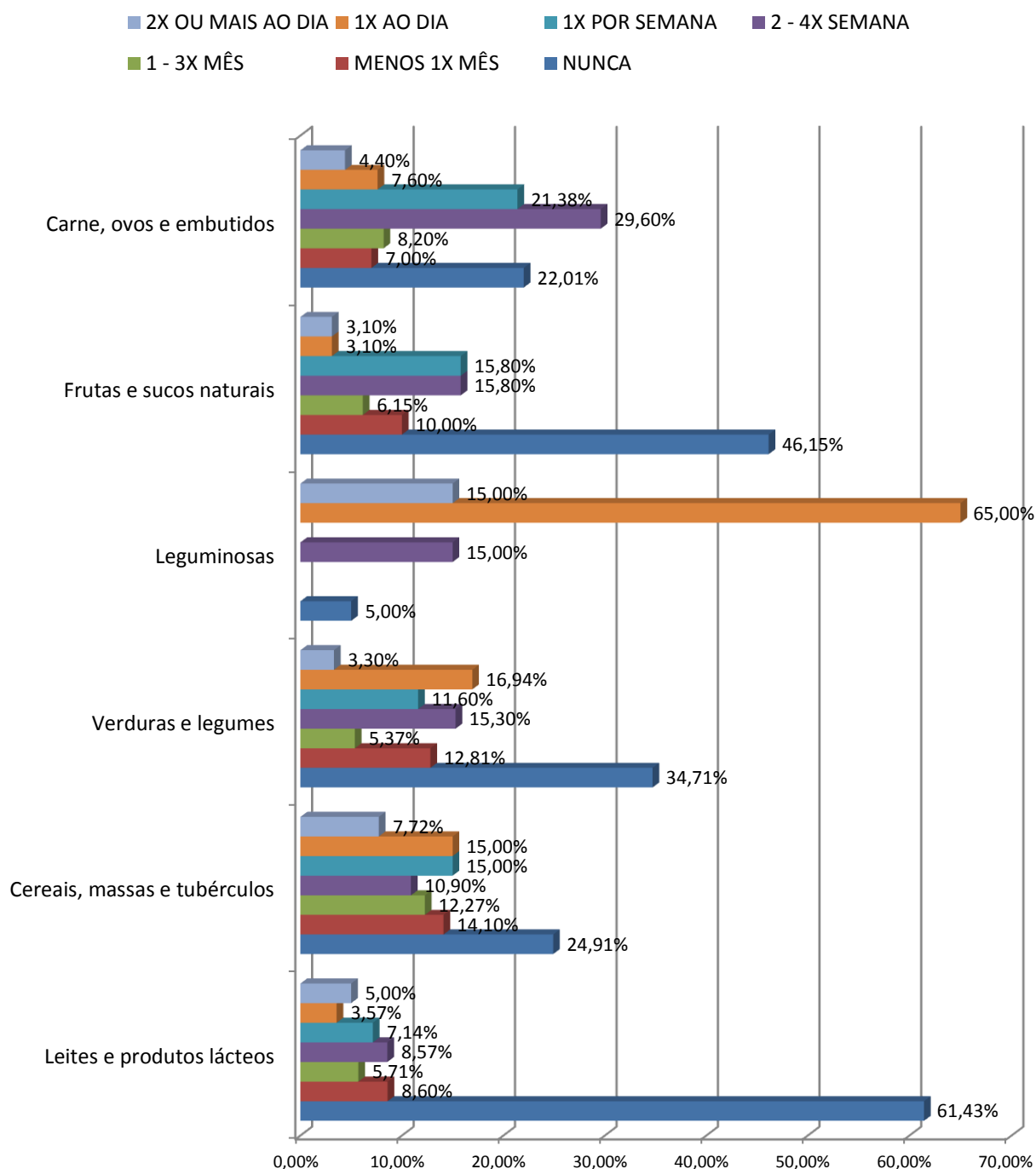
Como foi observada na adequação das gorduras consumidas pelos indivíduos da pesquisa, não houve consumo elevado, o que mostra que os pacientes são seguros quanto à exacerbação do teor lipídico em suas dietas diárias. Alguns pacientes apresentaram intolerância à gorduras e frituras, caracterizando 30,0% (n = 6) do total geral, o que pode ser encontrado em portadores de DII devido à

fragilidade intestinal e facilidade de má absorção de nutrientes. Segundo Mahan, Escott-Stump e Krause (2010), a vasta disposição de tipos de gorduras na dieta, juntamente com o conhecimento crescente de que o tipo de gordura da dieta consumida pode ter consequências importantes no organismo, sugerindo que as recomendações à respeito de gordura na dieta devem considerar seu respectivo tipo e a quantidade. Os lipídeos desempenham um papel importante na biologia celular e as vitaminas lipossolúveis regulam as funções metabólicas de maneira variada.

Não houve estudos com dados de Recordatório 24 Horas para haver uma possível comparação de resultados.

Questionário de Frequência Alimentar

Gráfico 9: prevalência de consumo dos primeiros grupos alimentares pelos pacientes da pesquisa.



FONTE: Dados da Pesquisa (2011).

De acordo com o gráfico 9, pode-se observar a prevalência de consumo dos grupos alimentares avaliados com os pacientes da pesquisa. No grupo das carnes, ovos e embutidos observa-se uma prevalência de consumo de 2 – 4 vezes na semana (29,60%) estando em sua maioria. Em seguida a prevalência “nunca” (22,01%), mas este pode-se justificar pelo fato de que a maioria dos paciente não fazia ingestão de carnes embutidas e fonte proteicas industrializadas (linguiça, salame, etc). Os 21,38% também foi associado ao consumo de embutidos e

proteínas suínas, uma vez que alguns pacientes fazem a ingestão desse tipo de alimento.

A dieta tem sido implicada como possível fator de risco para o aparecimento de câncer retal, contudo são as dietas ricas em gorduras que tem sido envolvidas como fator de risco para o câncer do intestino grosso. O excesso de carne estaria incriminando, já que sendo preparadas em altas temperaturas tem suas proteínas e seu conteúdo de creatinina desnaturadas pelo calor, dando origem aos carcinógenos químicos (SANTOS JR, 2007). De acordo com esse autor, a maior incidência de câncer do intestino grosso ocorre com algumas doenças tais como as doenças inflamatórias intestinais, pois são fatores de risco relevantes para o desenvolvimento do câncer colorretal.

Shils et al. (2003) relatam um estudo realizado no Japão, o qual foi demonstrado crescente incidência de DC na população racialmente homogênea havendo relação com o aumento da ingestão diária de proteína animal, gordura total e gordura animal. Essas tendências indicadoras de “ocidentalização” da dieta no Japão foram determinadas a partir de pesquisas sequenciais sobre hábitos dietéticos da população.

No grupo das frutas e sucos naturais, inicialmente podemos observar a alta prevalência para “nunca” (46,15%), porém trata-se da ingestão de algumas frutas e de sucos artificiais. Em seguida, segue-se a prevalência (15,80%) para consumo de 1 vez por semana e de 1 – 4 vezes por semana, onde deve-se à ingestão das opções de sucos acrescidos de açúcar refinado e algumas frutas, citados no QFA, sendo estas frutas fontes de vitaminas essenciais à DII e fontes de fibras.

No estudo de Biondo-Simões et al. (2003), relata que pacientes com DC ingerem mais carboidratos refinados e ácidos graxos e menor quantidade de frutas e vegetais. Além disso, a DC tem sido descrita com maior frequência nos países desenvolvidos, nos quais é maior o consumo de alimentos industrializados e maior nas áreas urbanas do que nas rurais.

No consumo de verduras e legumes foi observado a alta prevalência de 34,71% para “nunca”, devendo-se isso ao hábito alimentar da maioria dos pacientes estudados a não ingestão desse grupo alimentar sendo estes alimentos fontes de vitaminas e minerais fundamentais. Alguns pacientes relataram não ter o hábito de consumo de algumas verduras, como por exemplo, os folhosos. 16,94% acusou o

consumo de uma vez ao dia, onde justifica-se ao consumo de verduras e legumes pelos pacientes que referiram o hábito de ingestão diária.

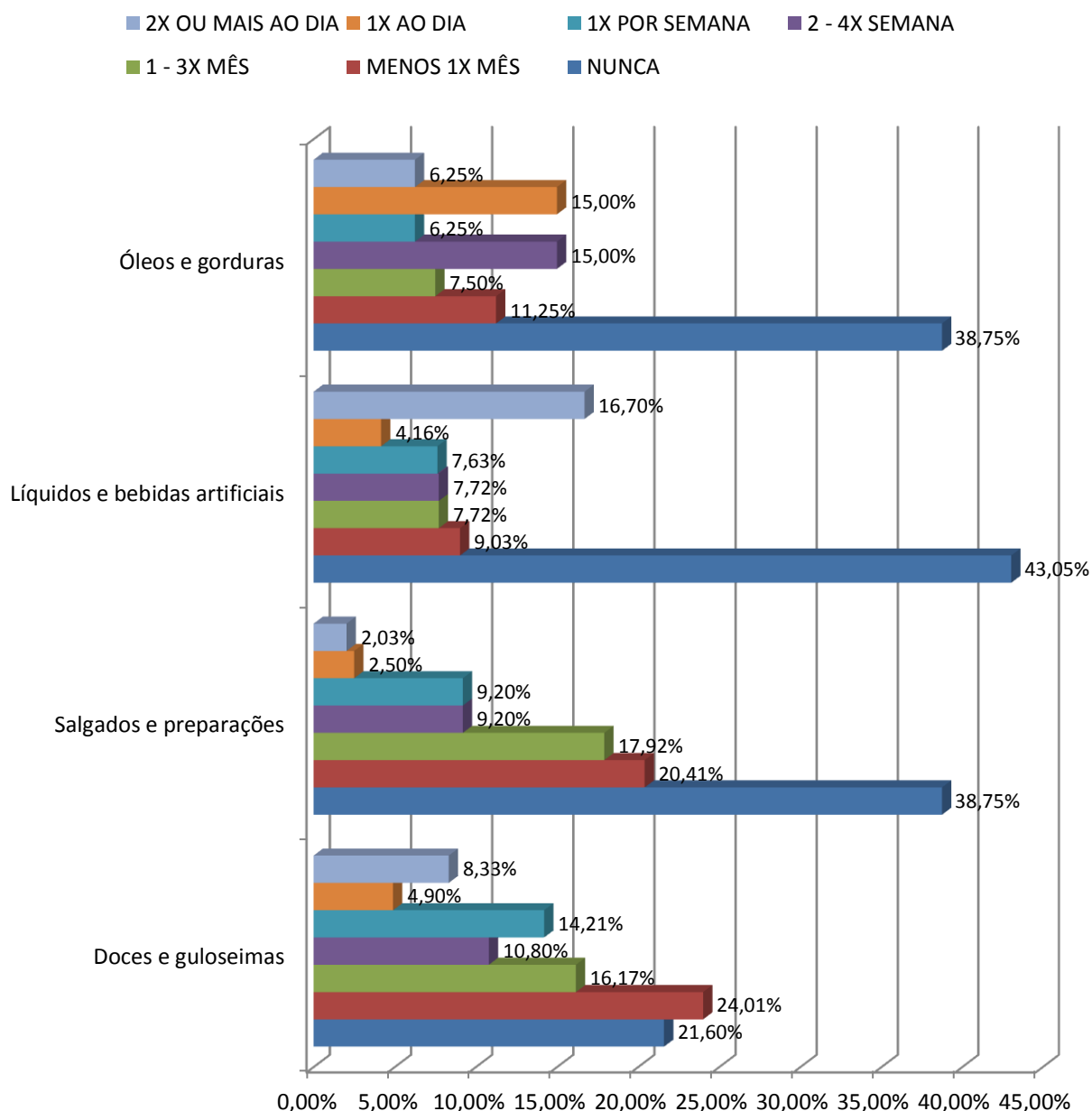
Quanto ao consumo de leguminosas, pôde-se observar a ingestão diária (65%) em uma vez ao dia, o que mostra que a maioria dos indivíduos estudados ingerem diariamente o grupo descrito.

No grupo de cereais, massas e tubérculos é notória a prevalência de 24,91% para “nunca”, onde isso é justificado pela não-ingestão dos pacientes à alimentos como: cereal matinal, biscoito recheado e batata frita.

Ainda se tratando do mesmo grupo alimentar, os pacientes apresentaram o conhecimento da falta de necessidade de ingestão de carboidratos simples, os quais se tornam dispensáveis para a manutenção do estado nutricional dos mesmos. Nos valores de 15,00% foram marcadas as opções de uma vez ao dia e 1 vez por semana, onde pôde-se observar a prevalência do consumo de alimentos como: arroz branco cozido, macarrão, pães e mandioca cozida, sendo esses os mais consumidos.

No que se refere ao consumo de leites e derivados, o percentual de “nunca” é elevado (61,43%), devendo-se isso ao consumo de iogurtes *diets*, queijos brancos, leites desnatados e apenas 1 paciente não consome derivados do leite por apresentar intolerância à lactose. A maioria dos pacientes consome laticíneos na forma integral, como os leites, referindo assim 8,7% para consumo de 2 – 4 vezes semanalmente de leite integral e requeijão.

Gráfico 10: prevalência de consumo dos ultimos grupos alimentares pelos pacientes da pesquisa.



FONTE: Dados da Pesquisa (2011).

No consumo alimentar destinado à ingestão de óleos e gorduras, é perceptível a prevalência “nunca” (38,75%). Esse valor foi obtido devido ao alto número de indivíduos que negaram o consumo de maionese tradicional, manteiga e azeite de oliva. Poucos pacientes relataram o consumo frequente de azeite de oliva, sendo este fonte de ácidos graxos essenciais (ômega 3 e 9 e ácidos graxos monoinsaturados) ao organismo humano. O valor de 15,0% foi obtido à prevalência de consumo em uma vez ao dia e 2 – 4 vezes por semana de fontes lipídicas, como:

manteiga e margarina. Segundo Flora e Dichi (2006), o uso de ácidos graxos ω -3, presente no óleo de peixe, é praticamente isento de efeitos colaterais e possui efeitos antiinflamatórios. O tratamento com ácidos graxos ω -3 tem tido resultados favoráveis, particularmente na RCUI, diminuindo sintomas, necessidade de corticosteróides, promovendo melhora colônica, histológica e endoscópica.

No grupo de bebidas artificiais e líquidos, como álcool, sucos artificiais, refrigerantes, chás e água, houve prevalência de 43,05% para “nunca”, o que mostra que a maioria dos indivíduos estudados não fazem a ingestão de bebidas alcoólicas, refrigerantes *diet* e sucos artificiais, sendo consumidos com prevalência de 1 – 3 vezes ao mês, com 7,72%, sendo mais característico no público masculino. O percentual de 16,7% para consumo de duas ou mais vezes ao dia justifica a ingestão de água pelos pacientes.

O grupo dos salgados e preparações foi caracterizado com alimentos tipo *fast-foods*, massas fritas, salgadinhos de forno, pizzas, cachorro-quente, etc. É real a prevalência de “nunca” haver o consumo por parte dos pacientes estudados desse tipo de alimentação, totalizando 38,75% do total. Em seguida prevalece a variável “menos de uma vez ao mês” com 24,01%, e, consecutivamente, o percentual de 16,17% para o consumo de uma a três vezes ao mês.

No grupo dos doces e guloseimas há proximidades das variáveis, podendo perceber que o consumo prevalece em “menos de uma vez ao mês” (24,01%) seguido de “nunca” (21,60%) e 1 – 3 vezes ao mês (16,17%). É notório que os pacientes da pesquisa não fazem uso regular de doces como: chocolates, brigadeiro, bolos, sorvetes, balas, sobremesas, etc. A maioria dos indivíduos referiram o consumo de doces esporadicamente.

Segundo Flora e Dichi (2006) A dieta oral deve ser a mais liberal possível nos períodos de remissão da doença. Durante as crises, deve-se evitar apenas o que, sabidamente, faz mal ao paciente. A terapêutica dietética consiste em identificar e excluir alimentos que afetam a atividade da doença ou exacerba os sintomas, promovendo menos surtos de ativação da doença que a dieta normal, aumento da albumina sérica, e diminuição do VHS. Os principais produtos aos quais o paciente pode apresentar intolerância são: leite e derivados e trigo e seus derivados. Assim, algumas restrições devem ser realizadas para benefício desses pacientes, auxiliando na diminuição da ocorrência de flatulência, diarreia e estenose intestinal, desde que haja intensa cooperação do paciente.

6.0 CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo permitem concluir:

- Quanto à caracterização clínica dos pacientes estudados, a prevalência da doença inflamatória intestinal foi a doença de Crohn. Com idade variando entre 22 a 74 anos, a maioria dos pacientes foram do gênero masculino.
- Dentre as variáveis estudadas em associação com a doença, houve pequena prevalência de tabagismo nos indivíduos e em sua menoria não praticavam atividade física.
- Na avaliação clínica houve grande variedade de sinais e sintomas, porém os mais prevalentes foram: fraqueza muscular, dor abdominal, diminuição da memória, tendência à tristeza, agitação e ansiedade, e irritação ocular. Em relação à frequência e consistência das fezes, a maioria dos pacientes referiu normalidade às duas caracterizações, com evacuação uma vez ao dia e em consistência normal. Com isso observa-se que a maioria dos pacientes não estava em fase ativa da doença ou apresentavam bom controle da mesma, uma vez que a diarreia é sintoma prevalente e agravante da inflamação.
- Na avaliação antropométrica, no que se refere ao índice de massa corporal, a maior parte da amostra apresentou classificação em eutrofia e em sobrepeso. Pela circunferência da cintura, a maioria dos pacientes estudados, não apresentaram risco de desenvolvimento de doenças metabólicas associadas à obesidade, equivalente aos dois gêneros. Quanto à classificação segundo a circunferência do braço, o maior percentual foi equivalente à desnutrição e em seguida eutrofia.
- Na avaliação dietética através do Recordatório 24 Horas, observou-se que, de acordo com a classificação da dieta habitual dos pacientes, a maioria da amostra possui uma alimentação normoglicídica, normolipídica, hiperproteica e com boa ingestão de fibras.
- Pela análise do Questionário de Frequência Alimentar, foi observado alto consumo dos grupos das carnes e de óleos e gorduras; bom consumo de verduras e legumes, leguminosas, frutas e sucos naturais, e cereais, massas e tubérculos; baixo consumo de salgados e preparações, bebidas artificiais, doces e guloseimas, e leites e produtos lácteos.

Como analisado nos métodos utilizados para a avaliação nutricional dos pacientes, a amostra apresentou perfil danificado pelos acometimentos da inflamação, onde prevaleceu as classificações de magreza e eutrofia nos indivíduos estudados. Diante do exposto, pôde-se concluir que as doenças inflamatórias intestinais apresentam uma grande propensão a afetar nutricionalmente os indivíduos portadores, levando a uma necessidade de acompanhamento nutricional voltado à atenção de déficits e possíveis perdas nutricionais ocasionadas pelos sinais e sintomas das doenças. Uma vez que a doença afeta diretamente o sistema imunológico e também o estado nutricional, torna-se imprescindível o tratamento direcionado ao fortalecimento orgânico com objetivo de minimizar e/ou reparar as perdas.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, G. L. S.; et al. Análise Histológica e Histoquímica de fatores Prognósticos em Pacientes com Retocolite Ulcerativa. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. v. 29, n. 1, 2009.
- BALSAMO, F.; et al. Doença de Crohn Metastática para Axila. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. v. 27, n. 1, 2006.
- BARBIERI, D. Doenças inflamatórias intestinais. **Jornal de Pediatria**. v. 76, Supl. 2, 2000.
- BIONDO-SIMÕES M.L.P; GRECA F.H; IOSHII S. O; CHIN E.W.K; KIMURA L.Y. Colectomia subtotal e anastomose com doença inflamatória residual – estudo experimental em ratos. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. v. 22, n. 1, 2002.
- BIONDO-SIMÕES M.L.P; MANDELLI K.K; PEREIRA M.A.C; FATURI J.L. Opções terapêuticas para as doenças inflamatórias intestinais: revisão. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. v. 23, n. 3, 2003.
- BURGOS, M. G. P. A.; SALVIANO, F. N.; BELO, G. M. S.; BION, F. M. Doenças inflamatórias intestinais: o que há de novo em terapia nutricional? **Revista Brasileira Nutrição Clínica**. v. 23, n. 3, 2008.
- CAMPOS F.G; WAITZBERG, D.L; LOGULO A.F; TORRINHAS E.S; TEIXEIRA W.G.J; HABR-GAMA A. Imunonutrição em colite experimental: efeitos benéficos dos ácidos graxos ômega-3. **Arquivos de Gastroenterologia**. São Paulo: v. 39, n. 1, jan/fev, 2002.
- COSTA, Neuza Maria Brunoro; ROSA, Carla de Oliveira Barbosa. **Alimentos Funcionais: componentes bioativos e efeitos fisiológicos**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010.
- CUPPARI, L. **Nutrição clínica no adulto**. 2 ed, São Paulo: Manole, 2005.
- DAMIÃO A.O.M.C; VASCONCELOS M.I.L. Doença inflamatória intestinal. **Revista Nutrição em Pauta**. São Paulo: p. 25-28, nov/dez, 2001.
- DUARTE, A. C. G. **Avaliação Nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais**. São Paulo: Atheneu, 2007.
- ELIA, P. P.; FOGAÇA, H. S.; BARROS, R. G. G. R.; ZALTMAN, C.; ELIA, C. S. C. 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. **Arquivo de Gastroenterologia**. São Paulo: v. 44, n. 4, 2007.
- FISBERG, R. M.; SLATER, B.; MARCHIONI, D. M. L.; MARTINI, L. A. **Inquéritos Alimentares: métodos e bases científicos**. São Paulo: Manole, 2005.

FRENHANI P.B. Terapia nutricional em estados hipermetabólicos. **Revista Nutrição em Pauta**. São Paulo: n. 60, p. 40-46, mai/jun, 2003.

FLORA A.P.L.; DICH I. Aspectos atuais na terapia nutricional da doença inflamatória intestinal. **Revista de Nutrição Clínica**. Campinas: v. 21, n. 2, 2006.

GIBNEY, Michael J; et al. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

GIBNEY, Michael J; VORSTER, Hester H; KOK, Frans J. **Nutrição Humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LANNA, Cristina Costa duarte; et al. Manifestações Articulares em Pacientes com Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa. **Ver. Bras. Reumatol**. Minas Gerais: v. 46, supl. 1, p. 45-51, 2006.

LEÃO, L. S. C. S; GOMES, M. C. R. **Manual de Nutrição Clínica**: para atendimento ambulatorial do adulto. 9º ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. KRAUSE: **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 11ª ed. São Paulo: Roca, 2005.

MOTA, Erodilhos Sande; et al. Manifestações extra-intestinais em Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa: prevalência e correlação com o diagnóstico, extensão e atividade, tempo de evolução da doença. **Ver. Bras. Coloproct.**, v.27, n. 4, pag. 358, Out, 2007. Disponível em: <http://www.sbcpr.org.br/revista/nbr274/p349_363.htm> Acesso em : 25 Out 2011.

Organização Mundial da Saúde. **Comunicado de Imprensa Conjunto da OMS/FAO 32**. Abril / 2003. Disponível em: <http://who.int/nutrition/publications/pressrelease32_pt.pdf> Acesso em: 02 Nov 2011.

PASSOS, R. A.; et al. Resposta à caquexia na doença de Crohn após terapêutica com anti-TNF: relato de caso. **Revista Brasileira Nutrição Clínica**. v. 21. n. 4, 2006.

PITANGA, Francisco José Gondim; LESSA, Ines. Indicadores Antropométricos de Obesidade como Instrumento de Triagem para Risco Coronariano Elevado em Adultos na Cidade de Salvador – Bahia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Bahia: v 85, n. 1, Julho, 2005.

RODRIGUES, S. C.; PASSONI, C. M. S.; PAGANOTTO, M. Aspectos nutricionais da Doença de Crohn. **Caderno da Escola de Saúde Nutrição**, n. 1, jul 2008.

SALVIANO, F. N; BURGOS, M. G. P; Eduila Couto SANTOS, E. C. Perfil socioeconômico e nutricional de pacientes com doença inflamatória intestinal internados em um hospital universitário. **Arquivos de Gastroenterologia**. São Paulo: v. 44 n. 2, 2007.

SANTOS JR, Júlio César M. Câncer Ano – Reto – Cólico: Aspectos Atuais II – Câncer Colorretal – fatores de Risco e Prevenção. **Revista Brasileira de**

Coloproctologia, v. 27, n.4, p.465, Nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n2/16.pdf> Acesso em: 01 Out 2011.

SANTOS, Raquel Rocha dos; et al. Aspectos nutricionais de pacientes adultos com doença inflamatória intestinal atendidos em uma unidade de saúde de Salvador. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=385272&indexSearch=ID> > Acesso em: 19/10/2011

SHILS, Maurice E. et al. **Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença**. 1ª ed. Barueri – SP: Editora Manole Ltda, 2003.

SOUZA, M. M.; BELASCO, A. G. S.; AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal do estado de Mato Grosso. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. Rio de Janeiro: v. 28, n. 3, 2008.

SOUZA, Hevelyn Noemberg; et al. Níveis Baixos de 25-Hidroxivitamina D (25OHD) em Pacientes com Doença Inflamatória Intestinal e sua Correlação com a Densidade Mineral Óssea. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** Paraná: v. 52, n. 4, 2008.

TERRON, Danillo. Atividade Física. **Revista BCD em Foco**. São Paulo: n. 40, 2010.

Vieira, Sonia; HOSSNE, William Saad. **Metodologia Científica para a área da saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

Portaria SAS/MS nº 858. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**. Doença de Crohn. Novembro, 2002. Disponível em: < www.opas.org.br/medicamentos/docs/pcdt/do_d10_01.pdf > Acesso em: 08 Nov 2011

Portaria SAS/MS nº 861. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**. Doença de Crohn. Novembro, 2002. Disponível em: < www.opas.org.br/medicamentos/docs/pcdt/do_d10_01.pdf > Acesso em: 08 Nov 2011

MARTINS JUNIOR; et al. Tabagismo e doença inflamatória intestinal: estudo epidemiológico caso-controle. **Arquivo gastroenterologia**. São Paulo: v. 33, nº 2, 1996 Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=184434&indexSearch=ID> > Acesso em: 08 Nov 2011

MORIGLIA, R. D. **Exercício Físico e Doenças Inflamatórias Intestinais**. Disponível em: < <http://www.maximasaude.com.br/site/Doencas/Exercicio-Fisico-e-Doencas-Inflamatorias-Intestinais.html> > Acesso em: 08 Nov 2011

APÊNDICES



PROTOCOLO DE / PESQUISA FARN

Pesquisador (a) responsável: Sara Câmara de Medeiros

DADOS GERAIS DO PACIENTE

Data da Primeira Consulta: _____

Nome: _____

Idade: _____ anos Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () M () F

Altura: _____ Peso Atual: _____ IMC: _____ CC: _____

CQ: _____ RCQ: _____

Ocupação: _____ Naturalidade: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: () Nenhuma () Fundamental () Média () Superior

Endereço: _____ N° _____ Apto _____ Bloco _____

Bairro _____ Cidade: _____ CEP _____

Telefone _____ Celular _____ E-mail _____

Plano de saúde: () Sim () Não Qual: _____

Fuma: () Sim () Não Quanto tempo: _____

Histórico familiar: () Diabetes () HAS () Cardiopatia () Renal

Outro: _____

Ativ.: Física: () Sim () Não Tipo: _____ Duração: _____

Freq _____ Horas de sono: _____

Alergias: _____

Qual: _____

Já fez tratamento dietético: () Sim () Não

Com quem: () Nutricionista () Grupo de apoio () Médico () Conta própria

DIMENSIONAMENTO NUTRICIONAL

Numero de Refeições/ Consistência: _____

Alimentos que mais consome: _____

Alimentos que não gosta: _____

Alergia Alimentar/ Aversão: _____

Freq. Evacuações/ Const. evacuações: _____

Medicamento/Interação: _____

Existe algum alimento que, após consumir, causa mal-estar? Se sim, qual (is)?

Após as refeições sente desconfortos intestinais como:

- () vômitos () gases () diarreia
 () Indigestão () obstipação intestinal () síndrome de dumping
 () Pirose () Náuseas/ enjôo () Sensação de empachamento
 () outros: _____
-

EXAMES BIOQUÍMICOS

Exames	<u> / / </u>	<u> / / </u>	<u> / / </u>	<u> / / </u>

SINAIS E SINTOMAS

- () Dificuldade de engolir, engasgo, ou o alimento fica entalado
 () Suores noturnos
 () Retenção de água
 () Edema (tornozelo ou pulso)
 () Tontura / vertigem
 () Inquietação / Impaciência
 () Sente muita sede
 () Intolerância ou muito sensível ao frio
 () Dificuldade de falar, de articular as palavras
 () Ansiedade/ apreensão
 () Irritabilidade/ nervosismo
 () Agitação/ hiper atividade
 () Aumento de sensibilidade à dor
 () Desorientação/confusão mental
 () Sonolência
 () Insônia
 () Diminuição da memória/ concentração
 () Dificuldade de aprendizado
 () Tendência a tristeza
 () Fraqueza muscular
 () Fraqueza ao fechar as mãos
 () Cansaço/ fadiga
 () Câimbra noturna
 () Dores musculares (mialgia)
 () Formigamento (pés ou mãos)

- () Diminuição da sensibilidade (pés e tornozelos)
- () Queimação na planta dos pés
- () Tremores dos braços e pernas
- () Câimbra a qualquer hora
- () Dor nos ossos
- () Pele seca/ áspera/ com descamação
- () Pele c/ seborréia (oleosidade exagerada)
- () Dificuldade de cicatrização
- () Acne
- () Palidez/ anemia
- () Fácil sangramento da pele
- () Ferida no canto da boca
- () Erupção da pele /dermatite / urticária
- () Afta (feridas muito dolorosas na boca ou faringe)
- () Lábios secos/com rachaduras
- () Lábios vermelhos/ grossos / com dor
- () Sangramento da gengiva ao escovar os dentes
- () Gengivas inflamadas e dolorosas
- () Halitose (mau hálito)
- () Perda de dente facilmente
- () Facilidade em ter cáries
- () Dentes quebram facilmente
- () Cabelos secos e quebradiços
- () Aumento excessivo da queda de cabelo
- () Cabelos retirados fáceis e sem dor
- () Cabelos brancos precoce
- () Cabelos crescem muito devagar
- () Unhas grossas e espessas
- () Manchas brancas nas unhas
- () Unhas frágeis e quebradiças
- () Ardência na língua
- () Rachadura na língua
- () Língua vermelha, lisa e dolorosa
- () Dor de cabeça
- () Dificuldade de audição
- () Visão turva
- () Dificuldade de enxergar no escuro
- () Queimação /irritação / coceira nos olhos
- () Lacrimejamento dos olhos
- () Vermelhidão dos olhos
- () Olho seco
- () Intolerância a gorduras / frituras
- () Perda do olfato
- () Dor abdominal
- () Coceira no ânus
- () Urina muitas vezes ao dia
- () Inchaço nos tornozelos ou pés que piora com o passar do dia
- () Dores nas articulações
- () Palpitação / Batedeira / Taquicardia
- () TPM antecedente a menstruação
- () Irregularidade menstrual
- () Sangramento vaginal fora da menstruação
- () Urina vermelho c/ sangue

CONDUTA / EVOLUÇÃO NUTRICIONAL



RECORDATÓRIO 24 HORAS

Pesquisador (a) responsável: Sara Câmara de Medeiros

Refeição/Horário	Alimento(s)	Quantidade	Medida Caseira
1ª ref.: Hr:			
2ª ref.: Hr:			
3ª ref.: Hr:			
4ª ref.: Hr:			
5ª ref.: Hr:			
6ª ref.: Hr:			
Obs:			



QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR

Pesquisador (a) responsável: Sara Câmara de Medeiros

I. Doces, salgados e guloseimas.

ALIMENTO	QTDE	NUNCA	Menos de 1 x mês	1 a 3 x mês	1 x por semana	2 a 4 x semana	1 x ao dia	2 x ou mais ao dia
1. Batatinha tipo chips ou salgadinho								
2. Chocolate/brigadeiro								
3. Bolo comum/bolo Pullman								
4. Sorvete massa/palito								
5. Achocolatado em pó (Nescau, Quick, etc)								
6. Pipoca								
7. Açúcar adicionado em café, chá, leite etc.								
8. Balas								
9. Doces de frutas (goiabada, marmelada, doce de abóbora)								
10. Sobremesa tipo musse								
11. Croissant de chocolate								

II. Salgados e preparações

ALIMENTO	QTDE	NUNCA	Menos de 1 x mês	1 a 3 x mês	1 x por semana	2 a 4 x semana	1 x ao dia	2 x ou mais ao dia
12. Cheeseburger de carne/frango								
13. Sanduíche (misto, queijo, frios ou quentes)								
14. Sanduíche natural								
15. Coxinha/rissole/pastel/enroladinho frito de presunto e queijo								
16. Pão de queijo								
17. Esfirra/empada/pão de batata/enroladinho, assado de presunto e queijo								
18. Salada de batata com maionese								

19. Sopa (canja, feijão, legumes)								
20. Farofa (de farinha, de mandioca)								
21. Pizza								
22. Cachorro-quente								
23. Croissant de presunto e queijo								

III. Leites e produtos lácteos

ALIMENTO	QTDE	NUNCA	Menos de 1 x mês	1 a 3 x mês	1 x por semana	2 a 4 x semana	1 x ao dia	2 x ou mais ao dia
24. Leite integral								
25. Leite desnatado								
26. Leite fermentado								
27. Iogurte natural/frutas								
28. Iogurte <i>diet</i>								
29. Queijo minas frescal/ricota, <i>cottage</i>								
30. Requeijão								

IV. Óleos e gorduras

ALIMENTO	QTDE	NUNCA	Menos de 1 x mês	1 a 3 x mês	1 x por semana	2 a 4 x semana	1 x ao dia	2 x ou mais ao dia
31. Maionese tradicional								
32. Manteiga (origem animal)								
33. Margarina (origem vegetal)								
34. Azeite de oliva								

V. Cereais, pães e tubérculos

ALIMENTO	QTDE	NUNCA	Menos de 1 x mês	1 a 3 x mês	1 x por semana	2 a 4 x semana	1 x ao dia	2 x ou mais ao dia
35. Arroz cozido								
36. Macarrão/instantâneo/ao sugo/manteiga								
37. Massas (lasanha, raviole, capeleti)								
38. Biscoitos sem recheio/cream cracker								
39. Biscoitos com recheio								
40. Pão francês/forma/integral/pão de <i>hot dog</i>								
41. Cereal matinal/barra de cereal								
42. Batatas fritas de palito								
43. Batatas (purê, <i>sauté</i>)								
44. Polenta cozida e frita								
45. Mandioca cozida								
46. Pamonha doce/salgada								

VI. Verduras, legumes e leguminosas

ALIMENTO	QTDE	NUNCA	Menos de 1 x mês	1 a 3 x mês	1 x por semana	2 a 4 x semana	1 x ao dia	2 x ou mais ao dia
47. Alface								
48. Acelga/repolho								
49. Agrião/rúcula								
50. Couve-flor								
51. Beterraba								
52. Cenoura								
53. Espinafre/couve								
54. Ervilha								

55. Milho verde								
56. Pepino								
57. Tomate								

VII. Frutas

ALIMENTO	QTDE	NUNCA	Menos de 1 x mês	1 a 3 x mês	1 x por semana	2 a 4 x semana	1 x ao dia	2 x ou mais ao dia
58. Abacate								
59. Abacaxi/suco com açúcar								
60. Abacaxi/suco sem açúcar								
61. Banana								
62. Laranja/tangerina/suco com açúcar								
63. Laranja/tangerina/suco sem açúcar								
64. Maçã/pêra								
65. Mamão/suco com açúcar								
66. Mamão/suco sem açúcar								
67. Melão/melancia/suco com açúcar								
68. Melão/melancia/suco sem açúcar								
69. Manga								
70. Morangos								
71. Uva								

VIII. Feijão

ALIMENTO	QTDE	NUNCA	Menos de 1 x mês	1 a 3 x mês	1 x por semana	2 a 4 x semana	1 x ao dia	2 x ou mais ao dia
72. Feijão (marrom ou preto)								

IX. Carnes e ovos

ALIMENTO	QTDE	NUNCA	Menos de 1 x mês	1 a 3 x mês	1 x por semana	2 a 4 x semana	1 x ao dia	2 x ou mais ao dia
73. Carne cozida (bife role/moída/de panela/picadinho)								
74. Bife frito/bife à milanesa								
75. Frango cozido/assado/grelhado/frito								
76. Peixe frito/cozido								
77. Carne suína (bisteca/lombo)								
78. Ovo frito/mexido/omelete								
79. Embutidos (presunto/peito de peru, mortadela, salame etc.)								
80. Salsicha/linguiça								

X. Bebidas

ALIMENTO	QTDE	NUNCA	Menos de 1 x mês	1 a 3 x mês	1 x por semana	2 a 4 x semana	1 x ao dia	2 x ou mais ao dia
82. Refrigerante normal								
83. Refrigerante diet								
84. Chá mate com sabor								
85. Sucos naturais com leite/vitaminas de frutas								
86. Sucos artificiais								
88. Bebida com álcool (cerveja, vinho, batidas)								
89. Água								
90. Chimarrão								

XI. Outros

ALIMENTO	QTDE	NUNCA	Menos de 1 x mês	1 a 3 x mês	1 x por semana	2 a 4 x semana	1 x ao dia	2 x ou mais ao dia
91. Adoçante gotas/pó								
92. Vitamina/suplementos/comprimidos/xarope								

XII. Não mencionados

ALIMENTO	QTDE	NUNCA	Menos de 1 x mês	1 a 3 x mês	1 x por semana	2 a 4 x semana	1 x ao dia	2 x ou mais ao dia
93.								
94.								
95.								

ANEXOS

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para senhor (a) participar da pesquisa “Perfil Nutricional de Pacientes com Doenças Inflamatórias Atendidas na Clínica Escola da FARN” que é coordenada por Célia Regina Barbosa de Araújo.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa procura avaliar o estado nutricional, identificar o consumo alimentar do senhor (a) e realizar o tratamento nutricional adequado. A pesquisa justifica-se pela importância da terapia nutricional na doença inflamatória intestinal, tendo em vista, a intensa participação do estado nutricional com a evolução clínica da doença, podendo o excesso de peso ou a desnutrição influenciar na melhora dos sintomas. Caso decida aceitar o convite, você será submetido aos seguintes procedimentos: avaliação antropométrica, onde será aferido o peso e a altura; circunferência da cintura; circunferência do quadril, visando avaliar seu estado nutricional e risco para doenças crônicas; avaliação dietética quantitativa e qualitativa, que visa identificar a quantidade e qualidade dos alimentos consumidos, através do Questionário de Frequência Alimentar e do Recordatório 24 horas. O primeiro método consiste na descrição de todos os alimentos mais ingeridos no dia a dia, já o segundo verifica o consumo alimentar no período de 24 horas.

Os riscos possíveis associados a sua participação nesta pesquisa são pequenos, que serão minimizados através das seguintes providências: não será utilizado nenhum método invasivo que o cause algum tipo de constrangimento.

Você terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: orientação nutricional, esclarecimento de complicações que o estado nutricional pode acarretar na doença, como também através da avaliação antropométrica e avaliação do consumo alimentar será possível fornecer a situação nutricional atual do senhor (a).

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Carina Leite de Araújo Oliveira, no Endereço R Prefeita Eliane Barros N: 2000 Tirol ou pelo telefone: 3215-2946.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço: Praça do campus Universitário Lagoa Nova Caixa Postal 1666, CEP 59072970 Natal/RN Telefone 3215-3135.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa Avaliação nutricional de portadores da anemia falciforme na cidade de Natal/RN.

Participante da pesquisa:

Pesquisador responsável:

Rua Prefeita Eliane Barros, Nº 2000 - Tirol - Telefone: 3215-3135

Comitê de ética e Pesquisa Praça do campus Universitário Lagoa Nova Caixa Postal 1666, CEP 59072970 Natal/RN Telefone 3215-3135.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

10 anos contribuindo com a ética na pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFRN

PARECER N° 013/2011

Prot. nº	163/10-P CEP/UFRN
CAAE	0181.0.051.000-10
Projeto de Pesquisa	Perfil nutricional de pacientes com doenças inflamatórias atendidas na Clínica Escola da FARN
Área de Conhecimento	4 - CIÊNCIAS DA SAÚDE 4.05 - Nutrição
Pesquisador Responsável	Célia Regina Barbosa de Araújo
Instituição Onde Será Realizado	Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN
Instituição Sediadora	Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN
Nível de abrangência do Projeto	Produção Científica
Período de realização	Início - out/2010 - Término - out/2011 Arrolamento dos participantes: Início - fev/2011 - Término - jul/2011
Revisão ética em	4 de março de 2011

RELATO

1. RESUMO

Este protocolo objetiva identificar o perfil clínico e nutricional de pacientes com doenças Inflamatórias intestinais (DII). O projeto será desenvolvido no período de fevereiro a julho de 2011. O público alvo são pacientes adultos acima de 18 anos e idosos selecionados de forma aleatória, que são assistidos no HUOL/UFRN e nos quais sejam identificadas tais patologias. Estes pacientes serão convidados a participar da pesquisa que será realizada na Clínica Integrada da Faculdade Natalense Para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN, onde os dados serão coletados.

2. ENTENDIMENTOS E PARECER

Considerando que as pendências expostas por este Comitê foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

3. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 – CNS o pesquisador deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS – item IV.2d);
2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Res. 196/96 – CNS item III.3z);

PARECER 013/2011 CEP/UFRN

CEP - UFRN
Fls. 54e

3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p. 41);

4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa (Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65).

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 10 de março de 2011.

Dulce Almeida
Dulce Almeida

Coordenadora do CEP-UFRN