

## **A IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA PARA PORTADORES DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS**

Caroline Rosa Rodrigues Pantuzza  
Juliana Batista Alves Pinheiro  
Nayara Ferreira Favoreto Moisés  
Rayane Campos Alves  
Jheniffer Loranna Silva Fonseca

### **RESUMO**

O presente trabalho aborda sobre as doenças inflamatórias intestinais (DII), principais sintomas e causas. Teve como finalidade buscar a relação da alimentação com o surgimento das doenças inflamatórias intestinais, fatores de risco e apontar a importância do nutricionista e dos cuidados com a alimentação na prevenção e tratamento dessas doenças. As DII citadas nesse trabalho são a Doença de Crohn e a Retocolite Ulcerativa. O trabalho foi realizado através de pesquisas, base de dados Scientific Electronic Library Online (SciElo), (DeCS) Descritores em Ciências da Saúde, Portal Regional da BVS e Ministério da Saúde. A pergunta de pesquisa foi respondida, os objetivos foram alcançados e a hipótese foi confirmada.

**Palavras- chave:** Doença de Crohn. Doenças Inflamatórias Intestinais. Retocolite Ulcerativa. Nutricionista.

### **ABSTRACT**

*The present work deals with inflammatory bowel diseases (IBD), main symptoms, and causes. Its purpose was to seek the relationship of food with the emergence of inflammatory bowel diseases, risk factors, and to point out the importance of the nutritionist and care with food in the prevention and treatment of these diseases. The main IBD cited in this work are Crohn's Disease and Ulcerative Colitis. The work was carried out through research, Scientific Electronic Library Online (SciElo) database, (DeCS) Descriptors in Health Sciences, Regional Portal of the VHL and Ministry of Health. The research question was answered, the objectives were achieved and the hypothesis was confirmed.*

**Keywords:** *Inflammatory Bowel Diseases. Crohn's disease. Ulcerative Colitis. Nutritionist.*

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias do intestino são doenças crônicas, de causa desconhecida, mas aptas de criar uma conduta inflamatória na mucosa digestiva de natureza imunológica. São retratadas por duas doenças principais: a retocolite ulcerativa (RCU), a doença de Crohn (DC). Na retocolite ulcerativa, somente o colo é atingido; na doença de Crohn qualquer elemento do trato digestivo pode ser atingido (BARBIERI, 2000).

A DII tem impacto significativo na qualidade de vida das pessoas, sendo que os níveis variam se a doença encontra-se em fase ativa ou em remissão. Na fase com mais atividade, são visíveis os efeitos dos sintomas intestinais na vida das pessoas e, conseqüentemente, na sua capacidade para realizar suas atividades diárias, seus momentos de lazer e suas tarefas de trabalho (TRINDADE; FERREIRA & GOUVEIA, 2016).

A pessoa que possui a doença, vê-se sujeita a mudanças consideráveis nos seus planos de vida a curto, médio e longo prazo, com específicas alterações nos seus hábitos rotineiros e alimentares, costumes e comportamentos (GIL; FERNANDEZ, 2019).

O Brasil ainda possui baixa prevalência de DII, ainda que suceda um aumento significativo da ocorrência destas doenças nos territórios nacionais. Há uma prevalência das DII na população branca, na faixa etária entre 20 e 40 anos, e classificação análoga em ambos os sexos, com exclusão para a DC que possui prevalência na população feminina (SOUZA; BELASCO; AGUILAR-NASCIMENTO, 2008).

A dietoterapia tem finalidade de impedir ou retificar a desnutrição, restituir deficiências de macro e micronutrientes e modificar parte dos efeitos metabólicos dessas patologias. Para a maior parte dos pacientes, terapia nutricional opera como coadjuvante alinhada ao tratamento clínico ou cirúrgico, contudo, a cerca de algumas situações distintas, pode ser o tratamento fundamental (REVOREDO *et al.*, 2018).

Nesse contexto, infere-se que o trabalho dará ênfase as duas doenças com maior índice, sendo elas: RCU e DC.

## **2 DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**

Doença inflamatória intestinal abrange patologias como a retocolite ulcerativa (RCU) e a doença de Crohn (DC) que se configuram por serem comuns. O órgão alvo da doença é o intestino e o episódio principal preeminente é o processo inflamatório crônico. A etiologia é desconhecida, possivelmente relativo a vários fatores. Acredita-se que pessoas com tendência genética ao interagirem com agentes ambientais, viáveis estímulos da doença, despertam um retorno imunológico desgovernado, que ocasiona em um processo inflamatório crônico intestinal. No avanço da doença são capazes de aparecer obstruções, perfurações, incluindo tumores intestinais (ZALTMAN; CYRLA, 2007).

RCU e Doença de Crohn são provavelmente as duas doenças mais estudadas dentre o gênero das doenças inflamatórias intestinais. A maior discrepância entre as duas patologias é o local onde se manifestam. Na doença de Crohn, é possível que todo o trato gastrointestinal seja afetado, em contrapartida, na retocolite ulcerativa as inflamações se limitam ao intestino. Mais uma diferença está no modo como essas inflamações afetam os tecidos (SILVA; SANTOS; FERRAZ, 2022).

O diagnóstico das DIIs é feito por meio de uma análise do quadro clínico do portador, juntamente de exames de imagens, laboratoriais e histopatológicos. Contudo, ainda que exista avanços na ciência, diversos pacientes ainda enfrentam adversidades em razão do atraso no diagnóstico (SOUZA; BELASCO; AGUILAR-NASCIMENTO, 2008).

Os exames para diagnóstico das DIIs a todo momento estão em evolução. Exames de imagem tais como enema opaco, radiografia, endoscopia, ressonância magnética, tomografia computadorizada, cápsula endoscópica, colonoscopia e enteroscopia. Por meio dos exames de imagem podem-se identificar as lesões e o acometimento do trato gastrointestinal, o que ajuda no diagnóstico e no tratamento (MARANHÃO; VIERA; CAMPOS, 2015).

Ocorre a carência funcional, má absorção, comprometimento do acúmulo

de proteínas e vitaminas das condições, tanto na DC quanto na RCU. Ademais, podem ser evidenciados distúrbios extra intestinais que abrangem a sacroileíte, uveíte, poliartrite migratórias, danos na pele, dentre outras. Essas ocorrências podem aparecer antecipadamente dos sintomas intestinais, concomitante ou posteriormente à ação da patologia (CAMBUI; NATALI, 2015).

Acredita-se que aspectos genéticos acarretam os indivíduos a serem propensos de desenvolver DC E RCU, e aspectos ambientais, tais como, situações sanitárias e higiênicas, dieta microbiota intestinal sejam as causas encarregadas pelo desencadeamento das mesmas. As razões de expansão da vulnerabilidade ainda necessitam ser melhor analisados e estabelecidos. Estas patologias divergem conforme a localização e ao comprometimento do intestino (SPEHLMAN, 2008).

Atualmente, há predomínio da RCU em homens, ao passo que na DC haveria uma taxa superior em mulheres. A questão do gradiente norte-sul, a observação de que as DII são mais habituais quanto mais para o norte nos mudarmos, com maior incidência na América do Norte e Europa, em relação ao continente latino-americano, África e Ásia. Ademais, as DII são mais comuns em brancos, especialmente judeus. Existem dois picos de incidência: o principal entre 15-40 anos e 50-80 anos (CARMO, 2022).

As DIIs são doenças crônicas, que possuem a necessidade de uma atenção contínua do paciente. O contato e boa relação entre o profissional e o paciente são essenciais para a adesão alimentar e medicamentosa e assim, contribui para o sucesso do tratamento. Consensos internacionais fazem a recomendação de que a equipe de profissionais seja composta de diversas áreas para oferecer tratamento integral e de qualidade para o portador (KEMP, 2008).

É importante notar que em até 20% dos casos, a doença inflamatória intestinal não pode ser diferenciada. Neste caso, são classificados como "colite indeterminada". São conhecidas várias manifestações extraintestinais, incluindo alterações nas articulações, mucosas da pele, fígado e vesícula biliar, rins, ossos e olhos (SANTOS, 2011).

## **2.1 RETOCOLITE ULCERATIVA (RCU)**

RCU qualifica-se por processo inflamatório crônico restringido à camada mucosa do cólon, começando a partir do reto distal (proctite), podendo se expandir em direção a segmentos colônicos proximais, até dominar o intestino grosso (pancolite) (QUILICI; MISZPUTEN, 2010).

Apesar da etiologia da RCU ainda permanecer oculta, uma das fundamentais hipóteses para o esclarecimento deste mecanismo é que a doença seja causada por uma resposta imune exagerada a bactérias endógenas em indivíduos geneticamente propensos (COSNES, 2016).

Os sintomas clínicos mais constantes desta patologia se consistem em diarreia muco-sanguinolenta, seguido de cólicas intestinais, tenesmo, urgência evacuatória, e manifestações sistêmicas como inapetência, emagrecimento, febre e astenia (COLOMBEL, 2007).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de RCU aparentam estar conexos a rupturas nas barreiras da mucosa intestinal e consequentes perturbações da microbiota intestinal. Entre os fatores de risco se destacam as infecções, uso de alguns medicamentos, histórico familiar positivo para a doença, tabagismo, apendicectomia e dieta (NG *et al.*, 2013).

Ainda neste contexto, a etnia judaica tem um risco maior de desenvolver RCU comparada com outras etnias, sendo notadas taxas mais baixas em afro-americanos ou hispânicos (COSNES, 2016).

A colite ulcerativa pode ser classificada de acordo com a gravidade da exacerbação (leve, moderada e grave), o curso clínico (aguda, fulminante, crônica persistente e crônica intermitente) e o grau do processo inflamatório. O exame físico geral de pacientes diagnosticados com colite ulcerativa leve ou moderada pode não revelar sinais clínicos importantes e, na maioria dos casos, a saúde geral é boa ou regular; porém, na proctocolite grave, podem aparecer sinais de desnutrição e anemia (ESTOMIAS; INTESTINAL-GAMEDII, 2019).

A comprovação diagnóstica da RCU baseia-se na anamnese, exames laboratoriais e exame físico, endoscopia, biopsia e avaliação radiológica. As alterações mais usuais são anemia por má absorção ou perda sanguínea, leucocitose, trombocitose, hipopotassemia em casos de diarreia grave e aumento dos níveis fecais de calprotectina e lactoferrina, além da progressão da PCR e da VHS (MARANHÃO; VIERA; CAMPOS, 2015).

Os exames endoscópicos para confirmação diagnóstica da RCU são a retossigmoidoscopia e a colonoscopia, com realização de biópsias de reto e cólons, e análise anátomo-patológica dos espécimes (CARDOZO; SOBRADO, 2015).

A apresentação clínica no momento do diagnóstico é variável e seu curso é difícil de prever, variando de uma doença quiescente a um curso crônico refratário, o que acaba determinando a necessidade de internações, cirurgias ou complicações como o câncer colorretal (CCR), podendo comprometer a qualidade de vida (POPOV, 2021).

O diagnóstico da RCU não pode ser definitivamente estabelecido por apenas um único estudo diagnóstico. Em vista disso, deverá ser feito com base em uma análise global dos sintomas clínicos, exames laboratoriais e achados endoscópicos, histológicos e radiológicos (VENITO *et al.*, 2022).

Geralmente, o tratamento é medicamentoso, visando melhorar os sintomas e controlar a doença. O tratamento cirúrgico é reservado para íleo, sangramento intestinal descontrolado grave, complicações purulentas e casos refratários ao medicamento (ESTOMIAS; INTESTINAL-GAMEDII, 2019).

## **2.2 DOENÇA DE CROHN (DC)**

A Doença de Crohn (DC) é definida como doença inflamatória intestinal (DII) patologicamente crônica, com capacidade de afetar qualquer fragmento do trato gastrointestinal, que se inicia na boca e se estende até o ânus. Pode se apresentar de forma inflamatória, fistulosa e fibroestenotante, atingindo o ílio distal, cólon e região anorretal (GUIMARÃES; GONÇALVES; SILVA, 2020).

Se trata de uma doença crônica e sem cura. Pode se manifestar ao longo da vida com crises agudas comuns, assim como períodos longos de acalmia e desaparecimento dos sintomas, chamado remissão. Outros distúrbios podem surgir fora do trato gastrointestinal, afetando a pele, olhos, articulações, vasos e fígado, classificados por manifestações extraintestinais (PAPACOSTA, 2017).

A DC pode evoluir de forma crônica, progressiva e contínua, ou com crises intermitentes, alternadas com fases de remissão de duração variável, podendo o paciente apresentar-se assintomático em uma fase inicial da doença, porém com manifestações clínicas intensas com o acometimento de extensões maiores do trato

digestivo. As lesões são transmurais e, frequentemente, salteadas, intercalando áreas doentes com outras sãs, ou seja, livres de doença (GASPARINI, 2018).

Assim como a RCU, a etiologia da DC ainda permanece oculta, mas compreende-se que fatores imunológicos, microbiológicos, genéticos e ambientais estão implicados na sua expressão. Evidências atuais afirmam que indivíduos geneticamente aptos possuem uma desregulação imunológica a um determinado fator ambiental, o que desencadeia uma resposta da microbiota intestinal e, por conseguinte a patologia (LOPES, 2017).

Os portadores da DC passam por um período de inflamação intestinal crônica, a fase aguda, acompanhada de um período de remissão. A fase aguda é marcada pela subnutrição com perda de peso, deficiência proteico-energética, de tal modo como deficiências específicas em vitaminas, minerais e oligoelementos, e gera alterações não específicas no metabolismo do substrato análogas às observadas em situações de fome e/ou inflamação (BASSON, 2012).

O quadro clínico da DC é heterogêneo, e caracteriza-se por sintomas gastrointestinais, extraintestinais ou a combinação de ambos. Tipicamente incluem dor abdominal, diarreia (muitas vezes com muco e/ou sangue), tenesmo, emagrecimento, podendo ainda apresentar febre, anorexia e mal-estar geral. Pode evoluir para o surgimento de abscessos, fístulas (muitas vezes perianais) e obstrução intestinal por estenoses (CARDOZO; SOBRADO, 2015).

As indicações existentes, tanto para a intervenção farmacológica como para a cirúrgica e terapia nutricional, tem em consideração onde estão localizadas as lesões, a intensidade da apresentação, a resposta à terapia medicamentosa antecedente e o diagnóstico de complicações. São compreendidas a terapia farmacológica, nutricional e cirúrgica, que possuem o principal objetivo a indução e manutenção da remissão, correção de deficiências nutricionais e prevenção de complicações da DC (WĘDRYCHOWICZ; ZAJĄC; TOMASIK, 2016).

A doença de Crohn pode ocorrer em qualquer idade, porém, seu início mais frequente é na idade adulta jovem (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000).

A DC é conhecida por causar sinais e sintomas intestinais significativos que interferem na vida social de seus pacientes. Neste caso, por se tratar de uma doença grave, os pacientes convivem diariamente com muitas complicações e exacerbações,

por isso é imprescindível investigar os fatores sociais, físicos e psicológicos que enfrentam, pois estes podem levar a constantes mudanças (LOPES, 2017).

Garantir uma boa nutrição é um fator importante no manejo da DC, e as intervenções e tratamentos nutricionais visam a manutenção da remissão e melhorar o estado nutricional, pois esses pacientes correm o risco de desenvolver desnutrição global e deficiências de nutrientes específicos (OLIVEIRA, 2017).

A medição da atividade da doença de Crohn pode ser difícil de realizar devido aos diferentes padrões de localização da doença e à presença de complicações (DE, 2011).

A distribuição bimodal da idade na DII é evento já confirmado pelos estudos relativos ao tema, sendo evidenciado um primeiro pico da doença entre os 15 e os 25 anos de idade e outro na faixa dos 50 aos 80 anos (ESCOTT, 2009).

Os principais objetivos no tratamento da doença de Crohn, levando em consideração o fato de se tratar de uma doença crônica que segue um curso que inclui períodos de exacerbação e remissão, são: melhoria da qualidade da vida; preservação da função intestinal; prevenir e tratar qualquer complicação (PAPACOSTA, 2017).

Pacientes sintomáticos recebendo corticosteroides ou com febre, vômitos, dor abdominal, suspeita de íleo ou desnutrição aparente devem ser hospitalizados (DE, 2011).

Quando o tratamento clínico e dietético não é satisfatório, poderá ser necessário tratamento cirúrgico. As resseções resultantes da cirurgia podem induzir a má absorção de líquidos e nutrientes e, em casos mais graves, à síndrome de intestino curto (YAMAMOTO-FURUSHO, 2017).

### **3 NUTRICIONISTA E SUA IMPORTÂNCIA NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS**

A dieta tradicional das gerações anteriores, quando a prevalência de Doenças inflamatórias, intestinais era consideravelmente mais baixa, é diferente da dieta atual. A dieta ocidental é caracterizada pelo grande consumo de açúcar refinado, gorduras poli-insaturadas, ômega-6, fast-food, e baixo consumo de frutas, vegetais e fibras (KOSTIC; XAVIER-GEVERS; 2014).

Antigamente os alimentos produzidos localmente, eram consumidos logo após a colheita, nos dias atuais a alimentação processada, modificada, armazenada e transportada por grandes distâncias até chegar ao consumidor final. Acredita-se que essa mudança na alimentação pode aumentar essas citocinas pró-inflamatórias que pode causar inflamação crônica de baixo grau no intestino (EECKHAUT, 2014).

O Nutricionista é um profissional que caracteriza muito bem o mundo de hoje, em que a preocupação com a qualidade de vida é cada vez maior. Tem um papel primordial na prevenção e tratamento de diversas doenças (BENTO, 2007).

Devido aos conhecimentos nutricionais variáveis e por alguns serem leigos, é fundamental realizar um acompanhamento multiprofissional, contendo especialmente médico e nutricionista trabalhando em conjunto, com uma visão holística do paciente, abordando temas como a ingestão e o estado nutricional, pediátricos. Enfatiza-se que a terapia dietética merece destaque no trabalho multiprofissional (BRALY, 2017).

Em vista disso, o nutricionista possui uma função muito importante dentro de uma equipe multidisciplinar, e deve ser visto como um grande aliado para o tratamento, tanto em pacientes hospitalizados quanto ambulatoriais das DIIs (VERNIA, 2014).

As DII possuem um enorme impacto nutricional, especialmente devido a sua sintomatologia. Dessa forma, a terapia nutricional se faz fundamental para a melhora dos sintomas, correção ou reestabelecimento do estado nutricional e ajuda no tratamento (FERREIRA, 2016).

O diagnóstico nutricional dietético feito pelo nutricionista é de extrema importância, pois, confirma a relação entre a adequação da ingestão de calorias e nutrientes x déficit nutricional/metabólico e/ou a queda no estado geral apresentado pelo doente (BURGOS, 2008).

Pacientes com DIIs precisam ter a consciência da boa alimentação para a manutenção da saúde, particularmente por que podem perder peso durante a recidiva ou podem apresentar carência de nutrientes, como ferro, vitamina D e cálcio (VERNIA, 2014).

O contexto das DIIs gera um enorme impacto nutricional no indivíduo acometido devido a diversos fatores: a parte do organismo afetada, que é o trato gastrointestinal, o efeito colateral dos medicamentos, e os próprios sintomas que

atrapalham a ingestão alimentar e, ao mesmo tempo, levam a uma grande perda de nutrientes (FERREIRA, 2016).

O acompanhamento com o nutricionista é considerado parte integrante do tratamento do paciente com DII e a dietoterapia deve ser individualizada às necessidades de cada portador da doença, visto que para além das necessidades nutricionais diferirem de pessoa para pessoa, também variam consoante a fase de doença, e também que cada indivíduo possui intolerâncias que têm de ser consideradas aquando da contabilização da dieta (OLIVEIRA C, 2017).

Com os pacientes tendo conhecimento nutricional variável, é essencial ter médico e nutricionista trabalhando em conjunto para além da atividade da doença, mas também a ingestão e o estado nutricional e pediátricos e necessita de uma abordagem multidisciplinar para o tratamento de DII especialmente quando incorporando terapia dietética (BRALY, 2017).

As orientações nutricionais para DIIs devem ser específicas para cada fase da doença. Durante a fase ativa, é recomendado uma restrição de alguns alimentos. Lactose, sacarose, fibras, alimentos flatulentos, excessos de gorduras e condimentos fortes podem piorar os sintomas da doença, como diarreia e dor. Alguns deles podem funcionar também como alergênicos no organismo de alguns pacientes, como é o caso da lactose. Porém, as individualidades e a tolerância de cada paciente devem ser respeitadas (DIESTEL; SANTOS; ROMI, 2012).

Pacientes com DIIs frequentemente apresentam inadequações alimentares, tanto na fase ativa quanto de remissão da doença. O consumo alimentar impróprio pode ocorrer devido as restrições inerentes ao tratamento dietoterápico, ou ainda pelo receio do paciente de ingerir determinados alimentos e desencadear uma piora dos sintomas (VENITO *et al.*, 2022).

O tratamento nutricional tem como objetivo recuperar e/ou manter o estado nutricional, fornecer aporte adequado de nutrientes, contribuir para o alívio dos sintomas, reduzir as indicações cirúrgicas, diminuir a atividade da doença e reduzir as complicações pós-operatórias. Na DC pode ser utilizada a nutrição enteral e nutrição parenteral, de acordo com a fase em que a patologia se encontra. Porém, sendo possível efetuar uma ingestão nutricional adequada por via oral, esta torna-se a via de eleição (OLIVEIRA, 2012).

A equipe multidisciplinar que trata das pacientes com doença crônica terá de ponderar, não somente os aspectos biológicos e físicos, mas também as consequências psicossociais desta patologia, sendo que a pessoa com DII se delimita em um grupo com necessidades particulares e que carece de acompanhamento, tendo que ser garantido cuidados de saúde eficazes (GIL; FERNANDEZ, 2019).

Assim, o nutricionista deve considerar a fase de doença em que se encontra o indivíduo, garantindo que as necessidades nutricionais serão alcançadas e que existem melhorias ao nível da sintomatologia e da evolução da cicatrização da mucosa, evitando alimentos que agravem o estado inflamatório (DE, 2011).

#### **4 ALIMENTAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM AS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS**

A alimentação tem grande influência nas doenças inflamatórias intestinais. Especificamente, refere-se ao papel da dieta na patogênese, bem como na alteração dos sintomas clínicos dos pacientes, alterando sua microbiota intestinal e impactando sua qualidade de vida geral (CAVALCANTE, 2020).

Um estilo de vida caracterizado por uma dieta ocidental, que se trata do consumo elevado teor de gorduras totais (especialmente gorduras animais ricas em ácidos graxos saturados, como as gorduras da carne e do leite, alimentos ricos em ácidos graxos da série ômega-6), açúcares refinados (com elevado teor de monossacarídeos e dissacarídeos) e proteínas, e com e contendo reduzido teor frutas e vegetais, implicam, potencialmente, no risco variável de desenvolver DIIs (SARLO, *et al.*, 2008).

Sabe-se que a dieta tem um papel de suma importância nas DIIs, tanto como fator de risco, quanto como fator protetor. O consumo de açúcar é um fator de risco para desenvolvimento das DIIs, principalmente da DC. O consumo de refrigerantes a base de cola e chocolate parecem ter efeitos semelhantes ao do açúcar. Já as gorduras mono e poli-insaturadas, fibras dietéticas, frutas e vegetais são considerados fatores protetores das DIIs, porém são necessários mais estudos (COLOMBEL, 2007).

Fatores ambientais como dieta e tabagismo, também podem influenciar a incidência de DIIs. Como já discutido anteriormente, açúcar e alimentos que o

contenham, exercem um papel negativo nas DII. Já o tabagismo é fator de risco para a DC (LOFTUS, 2004).

Apesar da genética ser responsável por boa parte da colonização da microbiota, é o estilo de vida que vai determinar a diversidade e qualidade da microbiota. O estilo de vida, como o uso de antibióticos, o nível de atividade física, o nível de stress e principalmente a alimentação, serão essenciais no equilíbrio entre a microbiota e o organismo humano (RIBEIRO, 2016).

Enriquecer a dieta com alimentos anti-inflamatórios, por exemplo vegetais ricos em fibras e fitoquímicos, diminuir a ingestão de fatores pró inflamatórios, como alimentos fritos ou processados, ricos em ácidos graxos pode ser uma estratégia potencial para reduzir o risco de Retocolite Ulcerativa (DERWA, 2017).

Estudos epidemiológicos mostraram uma maior ocorrência de RCU entre as populações que possuem dietas ocidentais com rico consumo de açúcares refinados, laticínios, proteínas e gordura animal e pobres em fibras alimentares, incluindo grãos integrais, frutas e vegetais. A exposição a antibiótico no decorrer da gestação e infância, estresse psicológico e histórico familiar também aumentam o risco de desenvolver RCU (POPOV, 2021).

Uma maneira auxiliar a qual tem sido apontada como extremamente benéfica no tratamento da doença dietoterapia, a qual pode ser feita em quaisquer pacientes com a doença, independentemente do seu estado nutricional (BURGOS, 2008).

Portadores das DII não têm que se submeter a uma dieta específica, nem existem fatores dietéticos conhecidos que agravem ou causem um aumento da atividade da doença. Alguns indivíduos podem ter intolerâncias alimentares ou desconforto com determinados alimentos, enfatiza-se que, nesses casos, esses alimentos devem ser evitados. Alguns alimentos ligados à exacerbação de sintomas incluem a lactose, sacarose, glúten, baixa ingestão de fruta e vegetais, baixa ingestão de fibras, ingestão de carne vermelha, consumo de álcool, ômega 3 e 6, desapropriado e ingestão de vitamina D insuficiente (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011).

Uma dietoterapia com resíduos mínimos pode diminuir a diarreia, e limitar a ingestão de alimentos fibrosos, que pode diminuir os sintomas obstrutivos. Refeições em menores quantidades e suplementos poli-vitâmicos podem ser utilizados para tratar a má absorção (RODRIGUES; PASSONI; PAGANOTTO, 2008).

O tratamento nutricional engloba dietas e fórmulas contendo ácidos graxos da variedade ômega 3, aminoácidos como glutamina, antioxidantes, probióticos e prébiótico. Os ácidos graxos de cadeia curta estimulam o crescimento da mucosa, aumentam o fluxo sanguíneo local e a absorção de sódio e água pelo lúmen intestinal (CHAPMAN-KIDDELL, 2007).

No decorrer da implementação de uma dieta restrita, torna-se significativa a suplementação com multivitaminas e minerais para que sejam supridas as necessidades diárias do paciente, que se encontram habitualmente aumentadas. A corticoterapia, a má absorção, a inflamação sistêmica e o baixo consumo de produtos lácteos, explicam a recomendação de suplementação em cálcio, cuja necessidade diária é de 1,5g/dia e em vitamina D, pelo risco amplificado de osteoporose nestes pacientes (BRANCO, 2012).

A dietoterapia na fase de remissão dessas doenças atua em remover alimentos ou ingredientes que possam provocar sintomatologia, ou aos quais o paciente seja intolerante, sendo importante substituir estes por outros alimentos que providenciem os mesmos nutrientes. Na fase aguda, deverão ser adotadas estratégias que revertam a sintomatologia, nomeadamente o consumo de cafeína, de bebidas alcoólicas e de fibra insolúvel, optando por fibra solúvel, e a suplementação com lactase ou a ingestão de produtos sem lactose (OLIVEIRA, 2017).

A mudança na alimentação se revelou bastante presente em alguns portadores da doença, que alteraram seus hábitos, quase de maneira obrigatória. Por essa razão, tem um obstáculo com relação a alimentação, visto que sentem falta dos alimentos que consumiam anteriormente e se desanimam com as restrições alimentares colocadas pela sua patologia. Outros, por outro lado, possuem medo de se alimentar e manifestar sintomas como dor ou vômito, e por esse motivo não consomem a quantidade de alimentos adequada, com a frequência necessária para manter seu organismo com um bom desempenho (SARLO *et al.*, 2008).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Tomando cada vez mais notoriedade, as doenças inflamatórias intestinais têm cada sido mais diagnosticadas pelo mundo. Dentre os tratamentos disponíveis para essas doenças, a terapia nutricional vem ganhando mais reconhecimento.

Este trabalho buscou entender o papel da alimentação no âmbito das doenças inflamatórias intestinais e a sua importância, dando ênfase ao nutricionista. Nesse sentido, considera-se que uma alimentação rica em gorduras e açúcares pode influenciar no surgimento de doenças inflamatórias intestinais, e uma dieta rica em fibras alimentos *in natura* pode ajudar pessoas com predisposição a desenvolver essa doença.

É de extrema importância que os pacientes tenham acompanhamento com um nutricionista, para que seja feita a melhor dietoterapia para que o paciente tenha uma qualidade boa de vida e acompanhar se há deficiências nutricionais e instaurar sua condição nutricional para a melhor possível.

Dessa forma, o nutricionista tem uma função de suma importância para o tratamento e a prevenção das DIIs, pois se torna responsável pelo monitoramento nutricional dos pacientes desta patologia, garantindo que o organismo esteja em equilíbrio, amenizando os sintomas e aumentando a qualidade de vida do portador da doença, e principal incentivador da alimentação saudável, a fim de evitar que pessoas com pré-disposição a essas doenças venham a desenvolver a doença.

## REFERÊNCIAS

BARBIERI, Dorina. **Doenças inflamatórias intestinais**. Jornal de Pediatria, v. 76, n. Supl 1, p. 173-180, 2000.

BASSON, Abigail. **Nutrition management in the adult patient with Crohn's disease**. South African Journal of Clinical Nutrition, v. 25, n. 4, p. 164-172, 2012.

BRALY, K. et al. **Adequação nutricional da dieta específica de carboidratos na pediatria doença inflamatória intestinal**. Revista de gastroenterologia pediátrica e nutrição, Filadélfia, v. 65, n. 5, p. 533, 2017.

BRANCO, Mafalda Cavaco. **Aspetos nutricionais da doença inflamatória do intestino**. 2012.

BENTO, Alexandra; MATOS, Clara. **O nutricionista hoje**. Nutricias, v. 7, p. 7-8, 2007.

BURGOS, Maria Goretti Pessoa de Araújo, et al. **Doenças inflamatórias intestinais: o que há de novo em terapia nutricional?** Ver. Bras Nutr Clin. v.23, p 184-189, 2008.

CAMBUI, Yan Robert Santos; NATALI, Maria Raquel Marçal. **Doenças inflamatórias intestinais: revisão narrativa da literatura**. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 17, n. 3, p. 116-119, 2015.

CARVALHO, Lanna do Carmo et al. **Doenças inflamatórias intestinais: uma abordagem geral.** Revista Eletrônica Acervo Médico, v. 2, p. e9650-e9650, 2022.

CAVALCANTE, Regina Márcia Soares et al. **Retocolite ulcerativa e citocinas: uma revisão da literatura.** Research, Society and Development, v. 9, n. 9, p. e314997145-e314997145, 2020.

CHAPMAN-KIDDELL CA. **Role of diet in the development of inflammatory bowel disease.** Inflammatory Bowel Disease. 2010; 16: 137-151.

COLOMBEL, Jean-Frédéric. **Adalimumab for maintenance of clinical response and remission in patients with Crohn's disease: the CHARM trial.** Gastroenterology, v. 132, n. 1, p. 52-65, 2007.

COSNES, Jacques. **Smoking and diet: impact on disease course?.** Digestive Diseases, v. 34, n. 1-2, p. 72-77, 2016.

DERWA, Y. **Revisão sistemática com meta-análise: a eficácia dos probióticos em doença inflamatória intestinal.** Farmacologia alimentar & terapêutica vol. 46,4 (2017): 389-400. doi:10.1111/apt.14203.

DIESTEL, Cristina; DOS SANTOS, Mariana; ROMI, Marcela. **Tratamento nutricional nas doenças inflamatórias intestinais.** Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE), v. 11, n. 4, 2012.

ESCOTT, G. M. **Prevalência de anemia nas doenças inflamatórias intestinais.** Ciência em Movimento, v.11, n.1, p.75-80, 2009.

FERREIRA, Priscila de Ataídes. **Atualização das orientações nutricionais para doença inflamatória intestinal, doença renal crônica e hipertensão arterial: Ambulatório de Nutrição e Gastroenterologia do HUB.** 2016.

GASPARINI, Rodrigo Galhardi. **Incidência e Prevalência de Doenças Inflamatórias Intestinais no Estado de São Paulo- Brasil,** 2018.

GIL, Lúcia Maria Torres dos Santos; FERNANDES, Isabel Maria Ribeiro. **Qualidade de vida da pessoa com doença inflamatória intestinal.** Revista de Enfermagem Referência, v. 4, n. 23, p. 89-98, 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GUIMARÃES, Mariane de Cássia; GONÇALVES, Maycon Douglas Santana; SILVA, Claudia Peres. **Doença De Crohn: Um Estudo De Caso.** Humanidades e Tecnologia (FINOM), v. 23, n. 1, p. 343-361, 2020.

KEMP, Karen. **Second N-ECCO consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis.** Journal of Crohn's and Colitis, v. 12, n. 7, p. 760-776, 2018.

LOFTUS, Edward. **Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences.** *J. Gastroenterology*, 2004, Volume 126, Issue 6, 1504 – 1517.

MACHIELS, Katheleen, et al. **Uma Diminuição das espécies produtoras de butira roseburia Hominis e Faecalibacterium Prausnitzii define disbiose em pacientes com colite ulcerativa.** *GUT*, vol. 63, nº 8, 2014.

MARANHÃO, Débora Davalos de Albuquerque; VIEIRA, Andrea; CAMPOS, Tércio de. **Características e diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais.** *J. bras. med*, 2015.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. **Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022,** 2011.

NG, Siew C. et al. **Geographical variability and environmental risk factors in inflammatory bowel disease.** *Gut*, v. 62, n. 4, p. 630-649, 2013.

OLIVEIRA, Carina et al. **Suporte nutricional na doença de Crohn.** *Associação Portuguesa de Nutrição*, Portugal, v. 10, p. 44-48, 2017.

OLIVEIRA, Joana Andreia de Sousa. **Doença de Crohn e terapêutica nutricional: revisão das recomendações.** 2012.

PAPACOSTA, Nicolas Garcia et al. **Doença de crohn.** *Revista de patologia do Tocantins*, v. 4, n. 2, p. 25-35, 2017.

POPOV, Jelena. **Microbiota-immune interactions in ulcerative colitis and colitis associated cancer and emerging microbiota-based therapies.** *International Journal of Molecular Sciences*, v. 22, n. 21, p. 11365, 2021.

QUILICI, F. A. et al. **Guia prático: doença inflamatória intestinal.** 2007.

REVOREDO, Camila Maria Simplicio et al. **Doença de Crohn e probióticos: uma revisão.** *Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN*, v. 8, n. 2, p. 67-73, 2017.

RIBEIRO, Ana Rita Palmar. **A microbiota intestinal nas doenças inflamatórias do intestino e o potencial recurso a probióticos e prebióticos.** 2016. Tese de Doutorado.

RODRIGUES, Sueleen Cristiane; PASSONI, Cynthia Matos Silva; PAGANOTTO, Mariana. **Aspectos nutricionais na doença de Crohn.** *Cadernos da Escola de Saúde*, v. 1, n. 1, 2008.

SANTOS, Amanda Luizy Camara, **Terapia nutricionais nas doenças inflamatórias intestinais: Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa.** 10.7 (2021): e11410716660-e11410716660.

SARLO, Roberta Soares; BARRETO, Carolina Ribeiro; DOMINGUES, Tânia Arena Moreira. **Compreendendo a vivência do paciente portador de doença de Crohn**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 21, p. 629-635, 2008.

SOUZA, Mardem Machado de; BELASCO, Angélica Gonçalves Silva; AGUILAR-NASCIMENTO, José Eduardo de. **Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal do estado de Mato Grosso**. Revista Brasileira de Coloproctologia, v. 28, n. 3, p. 324-328, 2008.

SPEHLMANN, Martina E. Et al. **Epidemiology of inflammatory bowel disease in a German twin cohort: results of a nationwide study**. Inflammatory bowel diseases. v. 14, n. 7, p. 968-976, 2008.

TRINDADE, Inês A. et al. **Clarity of personal values and committed action: Development of a shorter engaged living scale**. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, v. 38, n. 2, p. 258-265, 2016.

VENITO, Lucas da Silva; SANTOS, Mila Schiavini Beiriz; FERRAZ, Adriana Rodrigues. **Doença de Crohn e retocolite ulcerativa**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15, n. 7, p. e10667-e10667, 2022.

VERNIA, Piero et al. **Dietary calcium intake in patients with inflammatory bowel disease**. Journal of Crohn's and Colitis, v. 8, n. 4, p. 312-317, 2014.

WĘDRYCHOWICZ, Andrzej; ZAJĄC, Andrzej; TOMASIK, Przemysław. **Advances in nutritional therapy in inflammatory bowel diseases**. World journal of gastroenterology, v. 22, n. 3, p. 1045, 2016.

WU, Gary D. et al. **Linking long-term dietary patterns with gut microbial enterotypes**. Science, v. 334, n. 6052, p. 105-108, 2011.

YAMAMOTO-FURUSHO, J. K. et al. **Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: Primer Consenso Latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation**. Revista de Gastroenterología de México, v. 82, n. 1, p. 46-84, 2017.

ZALTMAN, Cyrla. **Doença inflamatória intestinal: qual a relevância para o Brasil?** Cadernos de Saúde Pública, v. 23, p. 992-993, 2007.