

RELAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR COM SINAIS E SINTOMAS NA DOENÇA DE CROHN

Jéssica Azevedo Oliveira (IC) e Ana Paula Bazanelli (Orientador)

Apoio: PIVIC CNPq

RESUMO

A Doença de Crohn apresenta importantes alterações nutricionais que resultam em déficits de micronutrientes e desnutrição protéico-calórica e pode ocasionar diarreias e a dor abdominal, sendo desencadeada por conta do estímulo contínuo e inadequado do sistema imune mucoso. A presente pesquisa teve como objetivo avaliar o consumo alimentar de indivíduos portadores de Doença de Crohn e investigar a presença de sinais e/ou sintomas associados que podem levar a um prejuízo no estado nutricional. O presente estudo teve o delineamento transversal e descritivo. A amostra foi composta por 50 indivíduos portadores de doença de Crohn participantes de grupos fechados de uma rede social, maiores de 18 anos de idade. O estudo foi realizado entre os meses de março de 2019 a julho de 2019. Os dados foram coletados com auxílio de um questionário semiestruturado na forma de entrevista, que foi realizado pela internet. A maioria dos indivíduos eram do sexo feminino (88,24%), com idade entre 28 e 38 anos (33,33%) e solteiro (64,71%). Em relação ao grau de escolaridade, a maioria apresentava o ensino médio completo (31,37), seguido de superior completo (29,41). Em relação a frequência dos sinais e/ou sintomas apresentados nas últimas semanas, a maioria informou que sempre tem dor abdominal (26%), seguido de distensão abdominal (24%) e 24% relatam que tiveram um grande problema na liberação de gases. O presente estudo demonstrou uma deficiência importante de nutrientes essenciais no consumo alimentar o que pode afetar de forma negativa no prognóstico da doença a longo prazo.

Palavras-chave: Alimentação, Doença de Crohn, Sintomas.

ABSTRACT

Crohn's disease presents important nutritional changes that result in micronutrient deficits and protein-calorie malnutrition and can cause diarrhea and abdominal pain, being triggered by the continuous and inadequate stimulation of the mucous immune system. The present research aimed to evaluate the food consumption of individuals with Crohn's disease and to investigate the presence of associated signs and / or symptoms that may lead to a loss in nutritional status. The present study had a cross-sectional and descriptive design. The sample consisted of 50 individuals with Crohn's disease participating in closed groups of a social network, over 18 years of age. The study was carried out between March 2019 and July 2019. Data were collected with the aid of a semi-structured questionnaire in the form of an interview, which was conducted over the internet. Most individuals were female (88.24%), aged between 28 and 38 years old (33.33%) and single (64.71%). Regarding the level of education, most had completed high school (31.37), followed by higher education (29.41). Regarding the frequency of signs and / or symptoms presented in the last few weeks, most reported that they always have abdominal pain (26%), followed by abdominal distension (24%) and 24% report that they had a major problem in the release of gases. The present study demonstrated an important importance of essential nutrients in food consumption or that can affect the negative form in the long-term prognosis of the disease.

Keywords: Food, Crohn's disease, symptoms.

1. INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMA DA PESQUISA

A Doença de Crohn apresenta importantes alterações nutricionais que resultam em déficits de micronutrientes e desnutrição protéico-calórica. Fatores como náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia e dietas restritivas estão associados a uma diminuição na ingestão alimentar e comprometimento de estado nutricional. Além disso, a má absorção pela diminuição da área absorptiva e necessidades nutricionais aumentadas ocasionadas pela atividade inflamatória e complicações da doença também podem levar a prejuízos importantes no estado nutricional destes pacientes (SILVA *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2015).

Sabe-se que o retardo no diagnóstico médico da doença assim como ausência de acompanhamento nutricional adequado tem impacto negativo no prognóstico do paciente portador de Doença de Crohn.

Assim, é necessário avaliar o consumo alimentar destes indivíduos e aumentar o conhecimento dos fatores predisponentes para uma reduzida ingestão alimentar a fim de evitá-los e prevenir prejuízos a saúde que possam surgir desse déficit nutricional.

1.2 JUSTIFICATIVA

O tratamento nutricional para Doença de Crohn tem como objetivo prevenir e controlar os sintomas, evitar a desnutrição, amenizar deficiências nutricionais e diminuir impactos causados ao longo e a curto prazo. Para que isso possa ser desenvolvido e tais objetivos alcançados é fundamental caracterizar os hábitos alimentares desses pacientes assim como a presença de sinais e sintomas que possam comprometer um estado nutricional saudável.

1.3 OBJETIVO

A presente pesquisa teve como objetivo avaliar o consumo alimentar de indivíduos portadores de Doença de Crohn e investigar a presença de sinais e/ou sintomas associados que podem levar a um prejuízo no estado nutricional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As doenças inflamatórias intestinais reúnem um conjunto de circunstâncias inflamatórias crônicas que afetam o trato gastrointestinal e de causas desconhecidas. Dois diagnósticos possuem maior notoriedade: a Doença de Crohn é uma patologia inflamatória granulomatosa que pode acometer qualquer área do trato gastrointestinal, da boca até o ânus, podendo ocasionar diarreias e a dor abdominal, sendo desencadeada por conta do

estímulo contínuo e inadequado do sistema imune mucoso (CAMBUI; NATALI, 2015; CARUSO, 2014).

A localização da doença de Crohn pode variar, pois pode acometer qualquer fração do trato gastrointestinal. As partes mais comuns a serem comprometidas são o intestino delgado distal e o cólon, mas existe quatro padrões principais a serem comprometidos pela doença, sendo eles: íleo e ceco, intestino delgado, cólon e outros locais como boca, língua, esôfago, estômago e duodeno. Apesar de que a probabilidade de atingir partes proximais do trato gastrointestinal seja incomum (IQUEDA, 2013).

Os sintomas clínicos da doença de Crohn normalmente se inicia da idade adulta, apesar de que possa ocorrer em qualquer faixa etária. Quando se trata da incidência, pode-se notar que a patologia vem aumentando de modo lento e progressivo, especialmente quando esta análise é feita na população infantil. Podendo manifestar-se a doença raramente antes dos 10 anos, mas tendo seu pico de incidência entre os 12 a 18 anos idade (SANTOS, 2011).

Nos países desenvolvidos estima-se que a incidência chega em torno de 50:100.000, no Brasil está prevalência notou-se 14,8 casos por 100.000 habitantes. No entanto existe uma grande dificuldade de avaliar-se os casos na população geral, pois persiste uma grande dificuldade de diagnosticar esta doença (BRASIL, 2017).

Dentre as razões que impulsiona a resposta do sistema imune, acredita-se que indivíduos geneticamente predispostos, antígenos derivados da microflora e a dieta aumenta esta reação. Diante destes fatores, sucede a ativação da cascata imunoinflamatória, o que ocasiona a lesão contínua da mucosa do intestino, alteração da barreira do epitélio intestinal e uma resposta imunológica anormal da mucosa. Os sintomas mais recorrentes envolvem diarreia e dor abdominal com períodos assintomáticos, que podem durar meses ou anos e acarretando perda de peso (RODRIGUES *et al.*, 2008).

Por conta dos sintomas gastrointestinais mostrados, os indivíduos com doença de Crohn podem desenvolver um quadro severo de desnutrição com uma perda de peso grave, além de apresentar deficiência proteica e deficiência específica de vitaminas, minerais, o que é bastante comum na fase aguda da doença. Na fase de remissão, o estado nutricional é supostamente controlado. Consequentemente, o cuidado nutricional é de grande importância na prevenção e no tratamento de desnutrição e deficiências específicas de nutriente na doença de Crohn (SILVA *et al.*, 2010).

Estudos que avaliaram o consumo alimentar dos pacientes com doença de Crohn mostraram, de uma maneira geral, uma reduzida ingestão de nutrientes. Um estudo realizado por Silva *et al.* (2011) com 55 pacientes observou que independente se a doença estava em atividade ou remissão, os portadores apresentaram uma ingestão alimentar deficiente, tanto de macro como de micronutrientes e de energia. Fato este que apresentar

um risco pois essa redução no consumo alimentar pode afetar de forma negativa a melhora do diagnóstico, justificando uma intervenção nutricional nestes pacientes. De fato, no Estudo realizado por Bin (2007) com 73 pacientes portadores de doença de Crohn foi observado que apesar dos pacientes estarem em remissão clínica, a desnutrição esteve presente em 6,7% dos pacientes, dependendo caso, em maior ou menor grau.

Um estudo realizado por Rodrigues *et al.* (2008) analisou que para que o indivíduo alcance uma remissão em seu diagnóstico a terapia nutricional é um grande aliado. Alguns nutrientes devem ser evitados para não piorar os sintomas da doença e uma dieta hipolipídica, associada a suplementação do ácido graxo ômega 3 para redução da resposta inflamatória é recomendada. Assim concluiu-se que a terapia nutricional tem um papel importante na recuperação de paciente portadores de doença de Crohn pois irá suprir as necessidades nutricionais e manter positivamente a remissão do diagnóstico. No entanto é importante avaliar os casos individualmente, para identificar quais são os déficits nutricionais existentes, para um tratamento nutricional adequado (RODRIGUES *et al.*, 2008). Confirmando esses achados, recentemente Castro *et al.* (2017) realizou uma revisão de literatura onde chegou-se à conclusão de que a terapia nutricional é um dos principais fatores para a manutenção da doença de Crohn, no qual tem um efeito direto na atividade desta enfermidade. Com um plano alimentar individual, de acordo com as preferências alimentares e visando atingir um estado nutricional adequado, o paciente irá obter uma excelente qualidade de vida, o que é uma prioridade no tratamento desta enfermidade (CASTRO *et al.*, 2017).

3 METODOLOGIA

O presente estudo teve o delineamento transversal e descritivo. A amostra foi composta por indivíduos portadores de doença de Crohn participantes de grupos fechados de uma rede social, sendo que foram selecionados apenas aqueles com idade igual ou maior que 18 anos e de ambos os gêneros. Todos os indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram a colaborar com a pesquisa por meio do termo de consentimento de livre e esclarecido foram convidados a participar do estudo respondendo o questionário online. O estudo foi realizado entre os meses de março de 2019 a julho de 2019.

Os dados foram coletados com auxílio de um questionário semiestruturado na forma de entrevista, que foi realizado pela internet, contendo questões referentes a identificação, dados socioeconômicos, hábitos de vida, informações associadas ao diagnóstico, presença de sintomas gastrointestinais, estado nutricional e ingestão alimentar.

Para caracterizar os sinais e/ou sintomas apresentados pelos indivíduos, foi utilizado um questionário adaptado de Pontes *et al.* (2004), onde foi abordado questões sobre a frequência com que tais sintomas apresentados nas últimas duas semanas. As variáveis

analisadas foram de: frequência de evacuações por dia, presença de diarreia, dores abdominais, mal-estar, grande quantidade de gases, inchaço abdominal, sangramento retal nas evacuações, enjoo e dores.

Para avaliar o consumo alimentar dos pacientes foi solicitado que o indivíduo preenchesse um recordatório de 24hs, no qual era autoexplicativo e com orientações para o preenchimento correto. Assim, o indivíduo foi orientado a anotar bebidas e alimentos (ingredientes de preparações) consumidos no dia anterior, com os respectivos horários, além das medidas caseiras, como utensílios (tipo de colher, copo, prato, etc.), tamanho das porções (pequena, média, grande) e quando industrializados, o indivíduo era orientado a anotar a marca do produto. Para análise dos dados foi utilizado um software de Nutrição Avanutri Online e avaliado o valor energético total, macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídios) e fibras.

Para avaliar a adequação do consumo alimentar foi utilizado as recomendações de Caruso (2014) - energia: 25 a 30 g/kg/dia, com objetivo de recuperar e manter o estado nutricional do paciente, proteínas: 1,0 a 1,5 g/kg/dia, lipídios: < 20% do VET, fibras: 20 a 35 g/dia. É para análise qualitativa verificamos a composição da dieta, em relação a alimentos flatulentos: brócolis, couve-flor, couve, repolho, cebola crua, pimentão verde, pepino, batata-doce, grão de leguminosas, frutos do mar, mariscos, ostras, melão, abacate, melancia, ovo, sementes oleaginosas, bebidas gasosas, refrigerantes, excesso de açúcar e doces concentrados. Foram avaliados aqueles que possam aumentar a diarreia: alimentos gordurosos, alimentos com prevalência de monossacarídeos, dissacarídeos e fibras insolúveis (CARUSO, 2014).

Para complementar a avaliação do estado nutricional foi utilizado peso e estatura referidos. Posteriormente foram calculados o Índice de Massa Corporal (IMC) e os pacientes adultos foram classificados em: baixo peso: < 18,5 kg/m², eutrófico: 18,5 a 24,9 kg/m², sobrepeso: 25 a 29,9 kg/m², obesidade grau I: 30 a 34,9 kg/m², obesidade grau II: 35 a 39,9 kg/m², obesidade grau III: ≥ 40,0 kg/m² (OMS, 2000). Para os indivíduos com idade superior a 65 anos de idade, o seguinte IMC foi utilizado para classificação: desnutrição: < 22 kg/m², normal: 22 a 27 kg/m² e obesidade: >27 kg/m² (LIPSCHITZ, 1994).

Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Excel. Para a realização da análise descritiva, as variáveis quantitativas foram apresentadas por meio de média e desvio padrão e as variáveis qualitativas por meio de frequências e número e porcentagem.

Os procedimentos para o desenvolvimento deste estudo respeitaram as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo humanos, aprovadas pela Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Desta forma, no banco de dados da pesquisa principal está mantido o anonimato dos sujeitos da pesquisa. Foram utilizados uma carta de informação e o termo de consentimento livre e esclarecido que foi assinada

caso para aqueles que aceitaram voluntariamente a participar do estudo. Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade e só teve os dados coletados após aprovação.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

O presente estudo incluiu 50 indivíduos portadores de Doença de Crohn. A Tabela 1 apresenta as principais características sócio demográficas da amostra estudada.

Tabela 1. Distribuição de indivíduos com Doenças de Crohn segundo as características sócio demográficas. São Paulo, 2019.

Características		N	%
Idade	18 – 27 Anos	13	25,49
	28- 37 Anos	17	33,33
	38 - 47 Anos	15	29,41
	48 – 57 Anos	4	7,84
	58 – 67 Anos	-	-
	68 – 77 Anos	1	1,96
Sexo	Feminino	44	88,24
	Masculino	6	11,76
Estado civil	Solteiro (a)	32	64,71
	Casado (a)	3	5,88
	Divorciado (a)	15	29,41
Escolaridade	Ensino médio completo	15	31,37
	Ensino médio incompleto	2	3,92
	Ensino Superior completo	15	29,41
	Ensino Superior incompleto	13	25,49
	Fundamental 1 incompleto	1	1,96
	Pós-graduação	4	7,84
TOTAL		50	100

Como podemos observar na Tabela 1, a maioria dos indivíduos era do sexo feminino, com idade entre 28 e 38 anos e solteiro. Em relação ao grau de escolaridade, a maioria apresentava o ensino médio completo, seguido de superior completo.

Segundo estudo realizado por Pontes et al. (2004), com pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos em um ambulatório de um hospital da cidade de São Paulo, a idade média dos pacientes também representava uma amostra jovem, e com predominância do sexo feminino (62%), mas a maioria apresentava com nível de escolaridade até o primeiro grau.

Em relação ao tempo de diagnóstico de Doença de Crohn, a maioria (n= 21, 42%) referiu ter descoberto a doença há 5 anos e 15 (30%) dos indivíduos soube do diagnóstico há 5 a 10 anos.

Análises detalhadas mostraram que apenas 8% dos participantes relataram que não faziam acompanhamento com médico, mesmo tendo o diagnóstico da doença. Dos indivíduos que realizam este acompanhamento, a maioria tinha uma frequência de consulta médica a cada 3 meses (26%), seguido de 26% dos participantes que vão a cada 2 meses.

O acompanhamento nutricional, conforme foi relatado pelos participantes do estudo, não era realizado pela maioria (n=42, 84%). Para aqueles que realizavam o acompanhamento, foi relatado que frequentavam o profissional nutricionista a cada 3 meses (2%), a cada 2 meses (2%) e faziam esse acompanhamento já faz 2 anos (4%).

Matos et. al (2016) realizou um comparativo onde foi observado que houve uma redução de 18,8% de desnutrição e 13,3% dos pacientes com sobrepeso após realizam um tratamento com acompanhamento nutricional, mostrando a importância da adesão do tratamento, tendo melhora significativa na qualidade de vida e melhorando quadro do estado nutricional.

Dos pacientes que responderam o questionário, 14% informaram que não faziam o uso de nenhuma medicação para o tratamento do diagnóstico. Dos medicamentos utilizados a maioria informou que faz uso de Infliximabe (28%) que é um medicamento biológico imunossupressor, Mesalazina (18%) que está no grupo de medicamento anti-inflamatórios e Abalimumabe (10%) que também um biológico imunossupressor. Um estudo realizado por Elia et al. (2007) na enfermeira de um hospital na cidade do Rio de Janeiro com 43 com diagnóstico de doença inflamatória intestinal notou-se que 67,7% dos pacientes com doença de crohn utilizavam o corticoide como tratamento, seguido dos imunossupressores (25%).

A Tabela 2 ilustra os principais sinais e sintomas relatos pelos participantes, os quais foram questionados sobre a frequência que cada sinal/sintoma ocorreu nas últimas duas semanas. Também houve questionamento em relação ao aumento de frequência nas evacuações nas últimas duas semanas, sobre a presença de gases intestinais e manter o peso nas últimas duas semanas.

Tabela 2. Frequência dos principais sinais e/ou sintomas relatados pelos indivíduos com Doenças de Crohn. São Paulo, 2019.

Frequência	Diarreia [n(%)]	Dor abdominal [n(%)]	Distensão abdominal [n(%)]	Sangramento retal [n(%)]	Constipação [n(%)]	Náuseas [n(%)]
Sempre	6 (12)	13 (26)	12 (24)	3 (6)	6 (12)	5 (10)
Quase sempre	4 (8)	7 (14)	13 (26)	4 (8)	4 (8)	5 (10)
Muitas vezes	8 (16)	4 (8)	8 (16)	3 (6)	7 (14)	7 (14)
Poucas vezes	8 (16)	6 (12)	7 (14)	5 (10)	5 (10)	11 (22)
Bem poucas vezes	5 (10)	5 (10)	4 (8)	6 (12)	7 (14)	7 (14)
Raramente	12 (24)	10 (20)	6 (12)	9 (18)	6 (12)	5 (10)
Nunca	7 (14)	5 (10)	0	20 (40)	15 (30)	10 (20)

Outro sinal e/ou sintoma questionado, foi sobre o mal-estar, a maioria informa que quase sempre (n=15, 30%) tem mal-estar, 8 (16%) indivíduos relataram que muitas vezes sentem mal-estar e 6 (12%) responderam que sempre tem mal-estar.

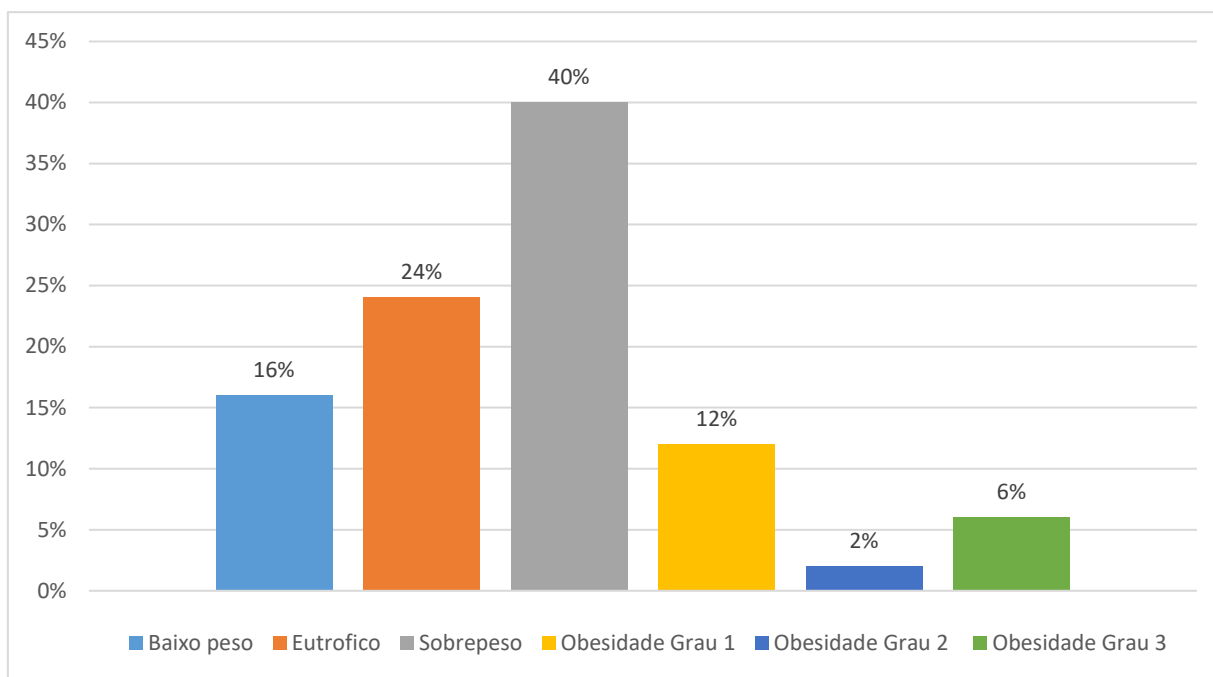
Em relação ao aumento na frequência das evacuações nas últimas duas semanas, 28% dos indivíduos informaram que tiveram um aumento considerável das evacuações e 18% relatam um aumento moderado.

Quando questionados em relação a flatulência, nas últimas duas semanas, 24% informaram que tiveram um grande problema para liberação de gases, 18% informaram que tiveram pouco ou problema moderado na eliminação de gases.

Observou-se no trabalho realizado por Matos et. Al (2016) que os sintomas mais relatados por 56 pacientes com Doença de Crohn atendidos em um ambulatório predominou flatulência (85%), seguido de dor abdominal (55%) e distensão abdominal (46%), que afirmar os resultados encontrados no presente estudo.

O gráfico 1 apresenta os dados referentes ao estado nutricional dos participantes do estudo.

Gráfico 1. Distribuição dos indivíduos com Doença de Crohn, de acordo com o estado nutricional baseado na classificação do IMC. São Paulo, 2019.



Como podemos notar no gráfico 1, a maioria dos participantes apresentou sobrepeso ($n=20$) de acordo com a classificação do IMC, seguido de eutrofia. Silva et al. (2010) avaliou o estado nutricional e a fase da doença de 55 indivíduos atendidos em um ambulatório em Curitiba. Os autores identificaram que na média do IMC para os pacientes com a doença em atividade foi de 24 kg/m^2 e os em remissão $23,5 \text{ kg/m}^2$.

Análises detalhadas do consumo alimentar dos pacientes mostraram que 6% dos participantes realizavam uma dieta normoglicídica, e 68% dos indivíduos realizavam uma dieta hiperglicídica ($>70\%$ VET). Segundo a recomendação do Guia Alimentar da População Brasileira – GAPB (2014), a recomendação de carboidratos deve ser de 45% a 65% do valor energético total (VET).

Para pacientes em fase aguda da doença, ou seja, em fase sintomática, a recomendação é de uma dieta isenta de lactose, então deve-se evitar o consumo de leite e derivados, já que podem aumentar a irritabilidade do intestino. Ter o controle de monossacarídeos e dissacarídeos, já que podem aumentar o quadro de diarreia. É importante que consuma fibras solúveis, que tem um importante papel para células intestinais e evitar as fibras insolúveis, que pode ajudar no controle das diarreias (CUPPARI, 2019).

Em relação ao consumo de proteína, 72% dos entrevistados realizavam uma dieta hiperproteica (>15% VET), apenas 4% tinham uma dieta normoproteica e 4% apresentaram o consumo considerado hipoproteica (<10% VET). Quando a análise foi realizada considerando o consumo de proteína por g/kg de peso por dia, também observamos que a maioria da amostra realizava uma dieta hiperproteica, no qual o consumo de proteína foi maior que 1,0g/kg/dia (n=39, 78%). Segundo Cuppari (2019) a recomendação de proteína, deveria ser aumentada apenas na fase de atividade da doença.

Conforme a análise do consumo de lipídeos na dieta, a maioria apresentou o consumo de uma dieta normolipídica (46%), mas 32% dos participantes realizam uma dieta hiperlipídica (>30% VET) e apenas 2% dos entrevistados nota-se o consumo de uma dieta hipolipídica (<20% VET). Esse achado mostra uma inadequação no consumo desse macronutriente uma vez que a ingestão de lipídios deveria ser < 20% das calorias totais para os pacientes com doenças inflamatórias intestinais em função da possível deficiência de sais biliares, o que ocasionaria uma diarreia.

Na tabela 3, foi realizado a distribuição dos micronutrientes de acordo com a classificação da DRI, de diferencia o consumo de micronutrientes de acordo do sexo (feminino e masculino) e sua faixa de idade.

De acordo com estudo realizado por Silva et. Al (2011) observou-se que os pacientes com doença de crohn, tanto em atividade quanto em remissão da doença, tiveram a ingestão proteica maior que as necessidades. Todos os pacientes com doença de crohn apresentaram baixa ingestão de potássio, magnésio, cálcio e vitamina D. No estudo também se notou baixa no consumo de sódio, vitamina B2, vitamina C, vitamina B9, vitamina B5, vitamina K, sódio e vitamina B3. Os pacientes com doença de crohn tiveram uma ingestão de Vitamina A e manganês maior do que a recomendada.

Tabela 3. Distribuição dos micronutrientes do consumo alimentar dos indivíduos com Doença de Crohn de acordo com a classificação de idade e sexo. São Paulo, 2019.

Variáveis	Mulheres 19 – 30 Anos		Mulheres 31 – 50 Anos		Mulheres >70 anos ²		Homens 19 – 30 Anos		Homens 31 – 50 Anos		Homens 51 – 70 Anos ²	
	Média (DP ¹)	Mínimo (Máximo)	Média (DP ¹)	Mínimo (Máximo)	Média (DP ¹)	Mínimo (Máximo)	Média (DP ¹)	Mínimo (Máximo)	Média (DP ¹)	Mínimo (Máximo)	Média (DP ¹)	Mínimo (Máximo)
Cálcio	281,64 (302,58)	34,28 (838,76)	387,30 (303,12)	15,98 (1070,72)	354,83		311,35 (147,84)	152,22 (444,44)	187,93 (80,81)	130,79 (245,07)	329,31	
Ferro	7,63 (4,28)	2,22 (14,33)	6,69 (4,51)	0,36 (18,04)	5,05		7,24 (1,59)	5,70 (8,87)	8,26 (2,08)	6,79 (9,73)	10,43	
Sódio	1152,43 (1024,69)	119,65 (3209,47)	2152,77 (2537,00)	354,63 (9442,20)	1484,81		2092,05 (1608,19)	587,27 (3786,78)	1245,94 (1174,48)	415,45 (2076,42)	1057	
Potássio	1223,90 (614,38)	576,36 (2149,57)	1187,15 (576,80)	40,00 (2092,24)	1389,01		1707,42 (995,00)	559,93 (2330,82)	1472,51 (746,00)	945,00 (2000,01)	2225,35	
Zinco	4,57 (4,10)	0,03 (12,73)	4,52 (5,27)	0,00 (15,28)	5,26		0,92 (0,80)	0,40 (1,84)	2,98 (4,00)	0,15 (5,80)	12,15	
Magnésio	70,42 (70,72)	5,41 (269,27)	68,83 (59,85)	0,00 (218,05)	61,5		54,70 (452,67)	14,02 (108,40)	75,15 (102,03)	3,00 (147,29)	140,57	
Vit. A	393,07 (573,20)	0,00 (1751,50)	184,69 (489,98)	0,00 (2275,00)	44,34		321,12 (452,67)	7,20 (840,02)	108,00 (152,74)	0,00 (216,00)	122,25	
Vit. D	0,64 (1,01)	0,00 (2,59)	0,55 (0,78)	0,00 (3,38)	0		0,45 (0,42)	0,16 (0,94)	0,54 (0,76)	0,00 (1,07)	2,1	
Vit. E	12,36 (23,74)	0,00 (81,00)	3,85 (3,85)	0,00 (14,75)	5,71		5,57 (3,30)	3,12 (9,32)	10,74 (15,18)	0,00 (21,47)	5,17	
Vit. B1	2,86 (5,79)	0,00 (21,00)	1,35 (1,40)	0,00 (4,92)	0,28		1,10 (1,36)	0,08 (2,64)	0,50 (0,56)	0,10 (0,89)	0,89	
Vit. B2	0,55 (0,49)	0,00 (1,43)	0,57 (0,51)	0,00 (1,82)	0,3		0,35 (0,18)	0,18 (0,54)	0,41 (0,46)	0,08 (0,73)	0,98	
Vit. B6	0,47 (0,51)	0,00 (1,71)	0,40 (0,38)	0,00 (1,13)	0,57		0,35 (0,27)	0,04 (0,55)	0,29 (0,40)	0,00 (0,57)	1,16	
Àcid. Fólico	46,43 (55,98)	0,00 (151,10)	45,71 (85,56)	0,00 (399,42)	56,45		42,28 (31,24)	6,26 (62,00)	33,41 (47,24)	0,00 (66,81)	76,45	
Vit. B12	1,37 (1,58)	0,00 (4,71)	1,45 (1,88)	0,00 (5,89)	1,9		0,22 (0,19)	0,00 (0,34)	0,71 (1,00)	0,00 (1,42)	5,29	
Vit. C	65,32 (66,40)	0,29 (192,29)	27,67 (52,17)	0,00 (190,06)	42,82		105,26 (94,66)	0,89 (185,57)	36,61 (37,70)	9,95 (63,26)	50,82	
Fibra	15,09 (11,96)	3,02 (38,44)	11,22 (8,34)	1,30 (30,10)	13,1		16,62 (8,29)	7,39 (23,45)	19,30 (1,71)	18,09 (20,51)	10,44	

¹ DP= Desvio padrão.

² para a classificação de mulheres >70 Anos e Homens > 50 anos, houve apenas um indivíduo, sendo assim, não foi possível realizar o cálculo para média, desvio padrão, mínimo e máximo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou uma deficiência importante de nutrientes essenciais no consumo alimentar dos pacientes portadores de Doença de Crohn o que pode afetar de forma negativa no prognóstico da doença a longo prazo. Além disso, a presença de diversos sinais e sintomas característicos da doença foram identificados no presente estudo, o que também pode contribuir para uma repercussão negativa em relação ao curso da doença de Crohn.

Diante dos resultados apresentados podemos reforçar a importância de se realizar um acompanhamento nutricional e médico contínuo para que se tenha uma melhor adesão ao tratamento, ressaltando a necessidade de se realizar mais estudos sobre o tema.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIN, C. M. **Comparação entre o método funcional com a avaliação subjetiva global, antropometria, inquérito alimentar e análise bioquímica na estimativa do estado nutricional de paciente com doença de crohn em remissão clínica.** 2007. p. 101. Dissertação (Mestrado em ciências em gastroenterologia) – Faculdade de medicina, Universidade federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira.** Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Secretaria de atenção à saúde. **Aprova o protocolo clínicas e diretrizes terapêuticas da Doença de Crohn.** Portaria n. 14, de 28 de novembro de 2017.

CAMBUI, Y. R. S., NATALI, M. R. M. Doenças inflamatórias intestinais: Revisão narrativa da literatura. **Revista farmacêuticas de ciências médicas de Sorocaba.** Sorocaba, v. 17, n.3, p. 116-119, 2015.

CARUSO, L. Distúrbios do trato digestório. In: CUPARRI, L. **Nutrição clínica no adulto.** 3º edição. São Paulo: Manole, 2014. Cap. 12.

CASTRO, L. et al. Terapia nutricional nas doenças inflamatórias intestinais. **Revista conexão eletrônica.** Três Lagoas, v. 14, n. 1, p. 430-438, 2017.

CUPARRI, L. **Nutrição clínica no adulto.** 4ª edição. Barueri. Editora Manole, 2019. P. 282.

IQUEDA, J. M. **Avaliação do consumo alimentar e do estado nutricional em portadores da doença de Crohn.** 2013. 105p. Dissertação (Mestrado em Ciências) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

LIPSCHITZ, D. A., Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

MATOS C. H., et al. Percepção da importância e adesão ao tratamento dietético de pacientes com doença inflamatória intestinal. **Demetra**, Itajaí, v. 11, n. 2, p. 459-472, 2016.

NRC (National Academic Press). **Dietary Reference Intakes**: applications in dietary assessment. Washington DC, National Academic Press, 2001. Disponível em: <http://fnic.nal.usda.gov> . Acesso em 27 de março de 2018.

RODRIGUES, S. C. et al. Aspectos nutricionais na doença de Crohn. **Revista escola de saúde e nutrição**. V. 1, n. 1, p. 1-8, 2008.

PONTES, R. M. A. et al. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal: Tradução para o português e validação do questionário “inflammatory bowel disease questionnaire” (IBDQ). **Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva**. Londrina, v. 41, n. 2, p. 137-143, 2004.

SANTOS, L. A. et al. Terapia nutricional na doença inflamatória intestinal: Artigo de revisão. **Nutrire**. São Paulo, v. 40, n. 3, p. 383-395, 2015.

SANTOS, S. C. **Doença de Crohn: Uma visão geral**. 2011. 46p. Dissertação (Especialista em Análise Clínicas), Faculdade Federal do Paraná. Paraná. 2011.

SILVA, A. F. et al. Relação entre o estado nutricional e atividade inflamatória em paciente com doença inflamatória intestinal. **Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva**. Curitiba, v.23, n. 3, p. 154-158, 2010.

SILVA, A. F., et al. Ingestão alimentar em pacientes com doença inflamatória intestinal. **Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva**. Curitiba, v. 24, n. 3, p. 204-209, 2011.

WHO (World Health Organization). **Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic**. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO. 2000.

Contatos: jess.oliveiraa@hotmail.com e ana.bazanelli@mackenzie.br