

TRATAMENTO NUTRICIONAL NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

Liliane Santos de Castro

Graduanda em Nutrição,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Melissa Moreira Siketo Corrêa de Paula

Graduanda em Nutrição,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Renata Petrucci Flumian

Nutricionista; Mestre em Ciências da Saúde – UFMS;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

As doenças inflamatórias intestinais (DII) afetam o sistema digestivo; devido a esse fator apresentam complicações nutricionais severas, como retardos de crescimento e maturação óssea em crianças, além da desnutrição proteico-energética. São classificadas em agudas ou crônicas e afetam a população do mundial e não tem cura. As DII, doença de Crohn (boca e reto) a retocolite ulcerativa (côlon e reto), apesar de serem classificadas como DII atingem localizações diferentes no intestino humano. Essas patologias de origem multicausal provêm da influência de fatores ambientais e genéticos, da resposta imunológica dos pacientes e da microbiota intestinal. Este artigo tem por objetivo expressar a importância da nutrição adequada para melhora do quadro desses pacientes. A metodologia utilizada foi a de revisão da literatura. Pacientes com acompanhamento do profissional nutricionista apresentam melhora na qualidade de vida, evitando os agravos da doença.

PALAVRAS-CHAVE: doença inflamatória intestinal; doença de Crohn; retocolite ulcerativa; tratamento nutricional.

1 INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais (DII) referem-se a qualquer processo inflamatório que envolva o sistema digestivo, mais precisamente o trato gastrointestinal. Pode apresentar-se de forma aguda ou crônica, sendo que as duas principais DII são a doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU), apesar de apresentarem manifestações clínicas semelhantes, são patologias distintas que são referidas a problemas nutricionais como deficiência de vitaminas e desnutrição proteico-calórica (LANNA et al; 2006).

A DC é crônica, reconhecida por envolvimento transmural e descontínuo, pode afetar todo o trato gastrointestinal, atingindo principalmente a parte inferior do intestino delgado (íleo) e intestino grosso (côlon). Sintomática de frequência é diarreia, dor abdominal e perda de peso consecutiva, além de sintomas variáveis

como febre, mal-estar, emagrecimento severo e febre (BIONDO-SIMÕES et al., 2003; SMITH, 2008).

A RCU deprecia o intestino grosso, na região do cólon e do reto, causa inflamação na mucosa, provoca lesões erosivas e sangramentos. As manifestações clínicas mais comuns são diarreia sanguinolenta, tenesmo, eliminação de muco, cólicas abdominais e urgência para evacuar (BURGOS et al., 2008).

Fatores ambientais e genéticos, resposta imunológica e microbiota intestinal caracterizam a etiologia multicausal dessas patologias. O desenvolvimento, porém está associado a perturbações no sistema imune digestivo, o que desencadeia resposta inflamatória inapropriada, grave em indivíduos com predisposição genética (BURGOS et al., 2008). O número de novos casos de pacientes portadores de DII tem aumentado em âmbito mundial, é relacionado a fatores do estilo moderno de vida, ao qual a industrialização cada vez mais intensificada dos produtos, a vida agitada e as insatisfações geram estresse, tabagismo, dietas de restrição sem ter alguma patologia (YAMAMOTO et al., 2009).

O prognóstico das DII varia conforme a evolução, localização do acometimento e outros fatores associados. Ambas as patologias têm manifestações clínicas como irritação e remissão, podendo variar em cada indivíduo. Agravos como anemias, doenças ósseas metabólicas e risco elevado para carcinomas intestinais estão relacionados à má absorção intestinal (LUCENDO; REZENDE, 2009).

Os quadros inflamatórios intestinais podem levar o doente a complicações como desnutrição, não só pela atividade da doença, também anorexia, má absorção de nutrientes, estresse, necessidades nutricionais aumentadas e uso de medicamentos (BIONDO-SIMÕES et al., 2003; SMITH, 2008).

Nutrição específica a esses indivíduos culmina em sintomatologia mais amena e até em períodos prolongados de remissão. Ponderar mediante a condição alimentar é um fator importante para o tratamento da desnutrição e como medida preventiva para deficiência específica de nutrientes e alterações nos níveis de oligoelementos, além de osteoporose e até óbito. O estado nutricional é associado à gravidade da doença e os agravos contribuem para debilitar o sistema imune. Os benefícios da terapia nutricional para o restabelecimento das condições nutricionais adequadas têm maior efeito em crianças (SALVIANO; BURGOS; SANTOS, 2007).

O tratamento nutricional ainda diverge entre pesquisadores e as inovações

caminham a passos lentos, ao que há escassez de estudos randomizados para salientar a eficácia de alguns produtos como a utilização do melhor tipo de dieta, a eficiência de simbióticos, prebióticos e probióticos (VENTURI et al., 1999).

Mediante o exposto, o profissional nutricionista é primordial para a manutenção e promoção da saúde a esses indivíduos, analisar cada caso individualmente é fundamental para obtenção de resultados mais satisfatórios. A terapia nutricional deve estar associada ao acompanhamento médico e terapia medicamentosa (PINTO; 2008).

2 OBJETIVOS

O objetivo desse artigo é evidenciar a importância do acompanhamento nutricional em pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais, salientando os aspectos epidemiológicos e as diferenças entre DC e RCU.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica, fundamentada nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* Brasil (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS, Ministério da Saúde, Brasil). Utilizaram-se os descritores doença inflamatória intestinal, doença de Crohn, retocolite ulcerativa e tratamento nutricional. A pesquisa foi realizada no período de fevereiro a setembro de 2018.

4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

As DII apresentam-se em âmbito mundial e representa um problema grave de saúde, pois atingem preferencialmente jovens, há períodos de recaídas frequentes e exibem formas clínicas de alta gravidade. O intervalo de idade mais susceptível compreende de 10-40 anos. Não há predomínio de sexo, mas uma possível associação com grupos étnicos específicos (PINTO, 2008; ZALTMAN, 2007; DIESTEL et al., 2012). São mais comuns no norte da Europa e nos Estados Unidos da América, onde são diagnosticados 5.000-10.000 novos casos por ano. No entanto, diversos estudos epidemiológicos têm demonstrado incidência crescente

das DII nas últimas décadas, particularmente no que tange à doença de Crohn (ANDERSEN et al., 2012; PINTO, 2008). Essas patologias eram consideradas de baixa ocorrência na América do Sul, porém estudos recentes têm mostrado aumento do número de casos no sudeste do Brasil. No entanto, geralmente ocorrem muitos diagnósticos errôneos (BIONDO-SIMÕES et al., 2003; SMITH, 2008).

As DII geram repercussões importantes na qualidade de vida dos doentes (PONTES et al., 2004). Uma das principais características da DII é a sua imprevisibilidade, e conviver com uma doença implica em se adaptar à condição; os portadores de DII relatam menor satisfação geral com a vida. Observa-se que a doença promove alterações negativas, principalmente na vitalidade, no estado geral de saúde (BURGOS et al., 2008).

O suporte promovido pelo estado nutricional adequado com o fornecimento de dieta que cabem às necessidades do indivíduo traz importantes benefícios para a evolução e tratamento. Entretanto, a terapia nutricional (TN) também pode representar um tratamento principal ou coadjuvante na indução e manutenção da remissão da DII, apresentando, portanto, um efeito direto na atividade da doença (DAY et al., 2008).

Promover qualidade de vida aos portadores de DII, através de medidas qualitativas e quantitativas como norte para a manutenção da abordagem terapêutica e os relatos dos pacientes. Permitem que o médico analise de forma mais ampla as condições das doenças, assim podendo instruir até intervenções sociais (CHIBA; ABE, 2010; MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012).

5 MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida é referida ao tanto que as pessoas desempenham bem suas funções na vida diária com relação ao bem estar. Quanto às DII, o problema é que são doenças imprevisíveis e que a adaptação às condições de saúde são complicadas (FLORA, 2006).

5.1 Avaliação Nutricional

Detalhar a avaliação, combinada a diferentes métodos deve ser parte integrante da avaliação dos pacientes na rotina do atendimento com o profissional nutricionista (ALASTAIR, 2011). Por outro lado, a terapia nutricional também pode

representar tratamento principal ou coadjuvante na indução e manutenção da remissão da DII, apresentando, portanto um efeito direto na atividade da doença (DAY et al., 2008).

A nutrição inadequada tem como principal causa, presença de inflamação, perdas intestinais de nutrientes, que provém do comprometimento na absorção dos nutrientes pelo intestino (DIESTEL, 2012). A conduta terapêutica para cada paciente é individualizada e deve avaliar o estado total do mesmo (CHIBA; ABE, 2010).

Alimentar-se adequadamente traz benefícios á saúde de todo o ser humano, para portadores de DII é questão de qualidade de vida na rotina das atividades e evitar agravos futuros. As refeições devem ser realizadas em volumes pequenos, no máximo seis refeições por dia, comer devagar, mastigar bem os alimentos, utilizar-se de adoçante, prefira líquidos entre as refeições, uso de gordura em mínimas quantidades, procure utilizar-se de elementos grelhados, cozidos ou crus. Lembrando que cada paciente deve ser orientado pelo nutricionista mediante a adequação dos seus hábitos, estado da doença no momento e a sintomática, instruir o paciente montar um diário, contendo refeições, alimentos e sintomas, assim ele deve anotar em cada parte o que sentiu em cada vez de alimento. A alimentação adequada para esses pacientes deve basear-se em (i) carnes magras e brancas sem pele; (ii) derivados de farináceos (pão francês, broa de milho, torradas e bolachas não recheadas); (iii) leite isento ou de baixo teor de lactose; (iv) frutas (maçã sem a casca, pera sem a casca, goiaba sem a casca, banana maçã, banana nanica, caju, limão (cru, cozido como compota ou suco); (v) legumes cozidos (cenoura, chuchu, abobrinha); (vi) feculentos cozidos (batata, cará, inhame, mandioquinha e mandioca); (vii) leguminosas em forma de caldos (feijão, ervilha, grão de bico, lentilha e soja); (viii) doces (de preferência os dietéticos, que não contenha açúcar); (ix) ovo (mexido, pochê, cozido e omelete); (x) cereais (arroz refinado e macarrão com molho sem condimentos); (xi) diversos (sal, temperos naturais e vinagre) e (xii) bebidas (água, chá, café, limonada). No entanto, não devem ser ingeridos (i) derivados de leite (integral, condensado, creme, achocolatado; queijos amarelos (mussarela, prato), parmesão, cheddar, roquefort; margarina e manteiga); (ii) açúcar em grande quantidade e doces (goiabada, marmelada e chocolates); (iii) verduras folhosas e (iv) condimentos picantes (páprica, orégano, pimenta do reino, pimentas, mostarda e catchup)

(VASCONCELLOS, 2014).

Em situações específicas e rotineiras, as medidas são mais simples de serem tomadas como nos casos de obstipação e perda de peso. Na primeira situação (menos que três dejeções semanais e fezes endurecidas), nota-se inflamação do reto. A minimização desses sintomas pode ser obtida pelo aumento da hidratação até estar adequada, além de aumentar o conteúdo de fibras e laxantes. A perda de peso ocorre em situações de crises agudas da doença. Neste caso, indica-se refeições pequenas e frequentes, sopa, sumo de frutas e dieta rica em proteína e energia (SANTOS, 2015).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com as alterações nutricionais presentes na vida dos portadores de DII, podem ocorrer comprometimento nutricional grave, mais frequentes em pacientes portadores de doença de Crohn enquanto para a RCU, o sobrepeso e a obesidade são as sintomática mais comum.

Avaliar o estado nutricional e relacionar o fornecimento de dieta adequada às necessidades do indivíduo traz importantes benefícios para a evolução e tratamento da DII.

A terapia nutricional, através da adequação da conduta dietética é o tratamento fundamental na promoção da qualidade de vida de pacientes portadores de DII, ao qual auxilia tanto fase de remissão da doença, quanto no momento da inflamação aguda da doença. A dieta de exclusão mostra-se eficaz na manutenção do período de remissão da doença inflamatória intestinal, sendo necessária para aqueles pacientes que estão frequentemente com a doença ativa. Mediante às consequências da DII, é necessário que as deficiências nutricionais sejam detectadas o mais cedo possível, traçando-se um plano alimentar individualizado de acordo com o estado nutricional do paciente, tipo de doença e a gravidade tendo como objetivo fundamental melhorar a qualidade de vida dos portadores.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, V. et al. Diet and risk of inflammatory bowel disease. *Digestive and Liver Disease*. v. 44, p. 185-194, 2012.

BIONDO-SIMOES, M. de L. P.; MANDELLI, K. K.; PEREIRA, M. A. C.; FATURI, L. Opções terapêuticas para as doenças inflamatórias intestinais: revisão. Revista Brasileira de Colo-Proctologia, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p. 172-182, 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 de Nutrição Clínica, v. 23, p. 184-189, 2008.

CHIBA M, ABE T. et al. Lifestyle-related disease in Crohn's disease: Relapse prevention by a semi-vegetarian diet. World Journal of Gastroenterology. v. 28;16, n. 20, p. 2484-2495, 2010.

DAY, A.S.; WHITTEN, K. E.; SIDLER, M.; LEMBERG, D. A. Systematic review: nutritional therapy in paediatric Crohn's disease. Aliment Pharmacol Ther. v. 27, p. 293-307, 2008.

DIESTEL, C. F., SANTOS, M. C., ROMI, M. D. Tratamento nutricional das doenças inflamatórias intestinais: revista universitária Pedro Ernesto, 52 p. 2012.

LUCENDO, A. J.; DE REZENDE, L. C. Importance of nutrition in inflammatory bowel disease. World Journal of Gastroenterology.; v. 15, n. 17, p. 2081-2088, 7 Mai. 2009.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J. L. Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 13ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 628 p., 2012.

MALDAUN, D. Inflammatory Bowel Diseases (IBD), The influence of psychosocial, emotional and environmental aspects. 1ª edição. São Paulo: Exceção editorial, 18 p., 2015.

PINTO, M. A. A Biologia Molecular das Doenças Inflamatórias Intestinais, RevBrasColoproct. v. 28, n. 1, p. 119-123, 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 "InflammatoryBowelDiseaseQuestionnaire" (IBDQ).Arq Gastroenterol. v. 41, p. 137-43, 2004.

SALVIANO, F. N.; BURGOS, M. G.; SANTOS, E. C. Perfil socioeconômico e nutricional de pacientes com doença inflamatória intestinal internados em um hospital universitário.ArqGastroenterol. v. 44, n. 2, p. 99-106, 2007.

SANTOS, V. C. Nutrição e Dieta: Doença Inflamatória do Intestino Serviço de Gastreenterologia - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE Diretora: Dra. Maria Antônia Duarte - APD, 2015.

SMITH, P. A. Nutritional therapy for active Crohn's disease. World Journal of Gastroenterol. v. 21;14 n. 27, p. 4420-4423, 2008.

VASCONCELLOS, M. I. L. ABCD Diet para doenças intestinais. <https://abcd.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Dicas-de-alimenta%C3%A7%C3%A3o-para-DII.pdf>

ZALTMAN, C.; COSTA, M. H. M.; DIESTEL, C. F. Tratamento Clínico. In: Flavio Quillici. (Org.). Guia Prático: Doença Inflamatória Intestinal. 1ed. Rio de Janeiro: Elsevier, v. 1, p. 105-143, 2007.

YAMAMOTO, T.; NAKAHIGASHI, M.; SANIABADI, A. R. Review article: diet and inflammatory bowel disease – epidemiology and treatment. Aliment Pharmacol Ther. v. 30, n. 2, p. 99-112, 2009.