

ALIMENTAÇÃO DE QUALIDADE PARA PORTADORES DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS (DII)

Liliane Santos de Castro

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

Melissa Siketo

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

Willian Pereira Gomes

Docente-Mestre; Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Deigilam Cestari Esteves

Docente-Mestre; Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), por envolverem diretamente o sistema digestório, apresentam como consequência direta muitas complicações nutricionais. Em relação à dietoterapia, é necessário que sejam tratadas de forma distinta. Assim, torna-se fundamental o tratamento nutricional. Os nutrientes chamados de imunomoduladores, com funções fisiológicas específicas, atuam modulando a função imune e mantendo a integridade da mucosa intestinal, podendo melhorar a resposta imunológica e inflamatória.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças inflamatórias intestinais; Retolite ulcerativa; Doença de crohn; Alimentação; Tratamento nutricional; Desnutrição.

INTRODUÇÃO

Doença inflamatória intestinal é um grupo de doenças inflamatórias crônicas de causas desconhecidas, envolvendo o aparelho digestivo e são geralmente associadas a desnutrição, é uma enfermidade no qual o intestino se torna vermelho, inchado e com feridas espalhadas no intestino. Elas podem ser divididas em dois grupos principais, a RETOCOLITE ULCERATIVA (RCU), e a DOENÇA DE CROHN (DC).

Embora sejam doenças distintas, compartilham de algumas semelhanças. Ambas são crônicas e incluem recaídas e períodos de bem - estar (remissões). Em geral a idade de início da doença está entre 10 e 40 anos de idade. Algumas vezes podem manifestarem em crianças menores e idosos.

Tanto a Retocolite Ulcerativa quanto a Doença de Crohn cursa com importantes alterações no estado nutricional. O acompanhamento nutricional tem como objetivo controle dos sintomas, a prevenção, a correção da desnutrição, as diversas deficiências nutricionais e a redução das sequelas ao longo prazo, incluindo o déficit de crescimento em crianças e a osteoporose em adultos.

1 METODOLOGIA

O trabalho foi realizado através de pesquisa bibliográfica, utilizando-se de artigos científicos e dissertações, nas bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Lilacs (Literatura Latino - Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DII)

Segundo Maldaum (2015), a RCU é uma enfermidade definida por uma inflamação crônica que compromete exclusivamente a mucosa colorretal, gerando o aparecimento de hiperemia, friabilidade, erosão ou úlceras superficiais e lesões que se localizam no reto, em praticamente todos os doentes, com possibilidade de acompanhamento dos segmentos cólicos, de forma contínua.

Keinubing (2014), cita que a DC é definida como doença inflamatória crônica, cuja inflamação granulomatosa transmural pode afetar todas as camadas teciduais que constituem a parede intestinal, localizando-se em qualquer segmento do tubo digestório e com manifestações clínicas variáveis, pode inflamar da boca ao ânus. O acometimento ileal é o mais comum, ainda que comprometimentos apenas do cólon ou de ambos (cólon e delgado) tenha uma incidência significativa. Diferentemente da RCU, a inflamação da DC pode ser descontínua, com áreas sadias intercaladas com lesões inflamatórias.

De acordo com Krause (2012), a DC caracteriza-se também por abscessos, fístulas, fibrose, espessamento da submucosa, estenoses localizadas, segmentos

estreitados do intestino e obstrução parcial ou total do lúmen intestinal, ocorrendo sangramento, que na CRU é mais comum ainda. Ambas são doenças autoimunes.

2.2 TERAPIA NUTRICIONAL

Os estudos de Zaltan (2007) e Diestel, Santos e Romi (2012) apresentam que a etiologia das doenças inflamatórias está relacionadas aos aspectos genéticos, imunológicos e ambientais. Dentro dos aspectos ambientais, encontra-se os aspectos dietéticos, onde se sugere dietas específicas, para cada fase da doença.

A terapia nutricional visa controle dos sintomas, a prevenção e a correção da desnutrição e diversas deficiências nutricionais; redução das sequelas a longo prazo, incluindo o déficit de crescimento em crianças e osteoporose em adultos; modulação das resposta imune, como ocorre com o emprego dos ácidos graxos ômega 3; aumentar o tempo de remissão da doença; reduzir as indicações cirúrgicas complicações pós operatório; há grande importância em respeitar as necessidades de cada paciente e evitar o excesso de restrições para não piorar o quadro de desnutrição (ZALTAN, 2007; DIESTEL, SANTOS e ROMI, 2012)

2.3 ORIENTAÇÕES DIETÉTICAS SEGUNDO A FASE DE ATIVIDADE DA DOENÇA

2.3.1 Fase ativa

É importante que a alimentação ajude no controle dos sintomas, como a diarreia, dor abdominal, distensão e previna ou reverta a perda de peso, através do uso de suplementos nutricionais adequados. A dieta deve ser hipercalórica, pelo aumento das necessidades energéticas em decorrência da inflamação (DIESTEL; SANTOS; ROMI, 2012).

O teor de fibras insolúveis e resíduos (lactose) deve ser restrito e a alimentação deve ser fracionada contendo pouco volume (VASCONCELOS, 2013).

2.3.2 Fase de remissão da doença

Diestel, Santos e Romi (2012) afirmam também, com a melhora do paciente podem ser incluídos os carboidratos simples e a lactose, introduzindo gradativamente o conteúdo na dieta, mantendo moderado o teor de gordura. O conteúdo calórico deve ser adequado ao estado nutricional do paciente (Tabela 1).

Tabela 1 - Alimentos recomendados e evitados nas DIIIs de acordo com a atividade da doença

Grupos Alimentares	Fase Ativa		Fase Remissão	
	Consumir	Evitar	Consumir	Evitar
Vegetais	Cenoura, chuchu, abóbora, batatas, aipim, inhame. Todos sem casca e cozidos.	Todos os outros, principalmente os verdes crus ou cozidos.	Todos.	Os que tem maior flatulência, se o paciente não tolerar.
Leguminosas	Caldos.	Grãos.	Todos.	Colocar carnes, bacon e linguiças como temperos
Frutas	Banana, maçã e pêra sem casca, goiaba e pêssego sem casca e sem caroços.	Todas as outras, inclusive as secas	Todos.	Evitar excessos de açaí e coco.
Cereais	Branco ou refinados.	Integrais.	Todos.	Nenhum, em princípio.
Leite e derivados	Leites de soja light, iogurte de soja light, Leites baixo teor de lactose desnatados ou semi-desnatados e queijos brancos magros (avaliar tolerância).	Leite de vaca comum integral, iogurte comum queijos amarelos.	Todos os desnatados ou lights.	Evitar excessos dos gordurosos. Pode-se restringir lactose se intolerância ou flatulência excessiva.

Gorduras	Margarinas light/ Creme vegetal, azeite e óleo vegetal em pouca quantidade – preferir assar, grelhar ou cozinhar os alimentos.	Excessos	Todos.	Excessos de gorduras e frituras.
Carnes e Ovos	Carnes magras, frango sem pele, peixe (filé), ovo (gema – 03 vezes na semana), blanquet de peru light.	Carnes gordas, linguiças, defumados, vísceras, embutidos, frutos do mar.	Todos.	Ingerir os muito gordurosos com moderação.
Açúcar e doces	Adoçantes e gelatina diet.	Açúcar, mel, melado.	Todos.	Excessos
Temperos	Alho, cebola, sal e ervas naturais em pouca quantidade, molho de tomate feito em casa (sem pele e sem semente) ou polpa de tomate.	Pimenta, tempero prontos, mostarda, catchup, shoyu, molho de tomates pronto.	Alho, cebola sal e ervas naturais em maior quantidade.	Pimenta, tempero prontos, mostarda, catchup, shoyu.

Fonte: Diestel, Santos e Romi (2012).

2.4 NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTAL

A via oral é a primeira escolha da administração para pacientes com DII. Em princípio cogita-se o uso de nutrição enteral, quando a paciente apresentar necessidades calóricas aumentadas que não podem ser alcançadas por via oral, mesmo quando associadas a suplementos nutricionais (DIESTEL; SANTOS; ROMI; 2012).

Os benefícios da nutrição enteral estão diretamente relacionados com a localização da doença, sua extensão e gravidade. Portanto ela pode ser indicada com este objetivo para pacientes portadores de DII (DIESTEL, SANTOS E ROMI, 2012).

O uso da nutrição parental deve ser considerado apenas nos casos em que o suporte nutricional esteja contra indicado ou não tem obtido sucesso, pois está associadas a maiores riscos de complicações infecciosas, além de ser de alto custo (DIESTEL; SANTOS; ROMI, 2012).

2.5 INTOLERANCIA A LACTOSE NAS DII

Diestel, Santos e Romi (2012) afirmam que na fase ativa da doença é necessária a restrição de lactose, pois ela produz alto teor de resíduos intestinais através da fermentação bacteriana da lactose. A presença da lactose é responsável pela existência de diarreia.

Ao se iniciar a fase de remissão da doença pode ser introduzida gradativamente a lactose, desde que observada sua tolerância (BURGOS *et al.* 2008).

De acordo com Diestel, Santos e Romi (2012) a suspeita de intolerância a lactose deve ser sempre investigada, através de testes diagnóstico de confirmação e/ou dieta de exclusão, pois os produtos lácteos são fontes importantes de proteína e cálcio e não deve ser arbitrariamente excluídos da alimentação.

A intolerância a lactose ocorre predominantemente nos pacientes com doença de Crohn (DIESTEL; SANTOS; ROMI, 2012).

2.6 SUPLEMENTAÇÃO COM NUTRIENTES IMUNOMODULADORES

O tratamento com imunomoduladores é uma nova modalidade terapêutica, baseada nas suas propriedades farmacológicas, que vem apresentando perspectivas promissoras. Esses nutrientes atuam modulando a resposta imunoinflamatória, mantendo a integridade da mucosa intestinal e melhorando o estado clínico e conseqüentemente o estado nutricional dos pacientes (ZALTMAN; COSTA; DIESTEL, 2007).

São eles:

- Ácidos graxos Ômega 3: tem tido resultados favoráveis diminuindo sintomas, necessidades de corticosteróides promovendo melhor a colônica, histológica e endoscopia (ZALTMAN; COSTA; DIESTEL, 2007).

- Probióticos: A utilização de probióticos na DII tem resultado no prolongamento do tempo de remissão em pacientes nas doenças intestinais (ZALTMAN; COSTA; DIESTEL, 2007).

- Glutamina: É tida como nutriente imunulador, promove menos lesão intestinal grave, menor perda de peso e menor atividade da doença (BURGOS, *et al.*2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A manutenção do estado nutricional, com o fornecimento de dieta adequada as necessidades do paciente traz importantes benefícios para evolução e tratamento da DII.

O acompanhamento nutricional pode representar o tratamento principal ou coadjuvante na indução ou manutenção da remissão da doença, apresentando um efeito direto na atividade da mesma.

Manter uma oferta calórica durante a fase aguda da doença via oral, é muito difícil, dessa forma torna-se necessário a utilização de outra via de administração, a nutrição enteral é mais vantajosa em relação a parenteral, favorecendo a prevenção da mucosa intestinal e prevenindo a translocação da doença.

A suplementação com os nutrientes imunomoduladores pode se constituir como importante coadjuvante no tratamento da doença inflamatória intestinal, talvez alternativa de maior relevância ao longo prazo.

Diante das consequências da Doença inflamatória intestinal, é necessário que as deficiências nutricionais sejam detectadas o mais cedo possível, traçando um plano alimentar individualizado de acordo com os aspectos nutricional do paciente, tipo de doença e sua gravidade. Assim os efeitos da doença poderão ser atenuados, proporcionando a recuperação e manutenção do estado nutricional do paciente e melhorando sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

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.

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

FLORA, A. P. L.; DICHI, I. **Aspectos atuais na terapia nutricional da doença inflamatória intestinal.** Revista Brasileira Nutrição Clínica, 2006. 131 p.1

KLEINUBING JUNIOR, H. **Conversando sobre doença de crohn.** Joinville: Letramédica, 2014. 15p.

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

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

VASCONCELOS, M. I. L. **Saiba se alimentar corretamente, tanto durante as crises quanto fora dela, para ter uma vida com qualidade.** ABCD em Foco, revista da associação brasileira de colite ulcerativa e doença de crohn, 14 p. 2013.

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