

## Relação do consumo alimentar com sinais e sintomas na doença de Crohn/

### Relationship of food intake with signs and symptoms in Crohn's disease

DOI:10.34117/bjdv7n7-549

Recebimento dos originais: 07/06/2021

Aceitação para publicação: 27/07/2021

#### **Jéssica Azevedo Oliveira**

Nutricionista graduada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie  
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Endereço: Rua da Consolação, 930. Consolação, São Paulo/SP, CEP 01302-907, Brasil  
E-mail: jess.oliveiraa@hotmail.com

#### **Renata Furlan Viebig**

Nutricionista. Doutora em Ciências pelo Departamento de Medicina Preventiva da  
Faculdade de Medicina da USP  
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Endereço: Rua da Consolação, 930. Consolação, São Paulo/SP, CEP 01302-907, Brasil  
E-mail: renata.viebig@mackenzie.br

#### **Marcia Nacif**

Nutricionista. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP  
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Endereço: Rua da Consolação, 930. Consolação, São Paulo/SP, CEP 01302-907, Brasil  
E-mail: marcia.nacif@mackenzie.br

#### **Ana Paula Bazanelli**

Nutricionista. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo -  
Unifesp/EPM.

Universidade Presbiteriana Mackenzie  
Endereço: Rua da Consolação, 930. Consolação, São Paulo/SP, CEP 01302-907, Brasil  
E-mail: ana.bazanelli@mackenzie.br

### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A Doença de Crohn, na sua fase ativa, está associada a episódios recorrentes de diarreia e dor abdominal, fatores estes que podem interferir no consumo alimentar dos pacientes, podendo dessa forma comprometer o estado nutricional. **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. **METODOLOGIA:** O estudo teve delineamento transversal e descritivo. A amostra foi composta por indivíduos portadores de Doença de Crohn participantes de grupos fechados de uma rede social, com idade igual ou maior que 18 anos e de ambos os gêneros. Os dados foram coletados com auxílio de um questionário,

que foi realizado de forma online, contendo questões referentes a identificação do paciente, dados socioeconômicos, hábitos de vida, informações associadas ao diagnóstico da doença, presença de sintomas gastrointestinais, estado nutricional e ingestão alimentar. Para caracterizar os sinais e/ou sintomas, foi utilizado um questionário adaptado de Pontes et al. (2004), onde foi abordado questões sobre a frequência com que tais sintomas apareceram nas últimas duas semanas. Para avaliar o consumo alimentar dos pacientes foi solicitado que o indivíduo preenchesse um recordatório de 24hs, o qual era autoexplicativo e com orientações para o preenchimento. **RESULTADOS:** A amostra foi composta por 50 indivíduos portadores de Doença de Crohn, sendo a maioria do sexo feminino (88,2%), com idade entre 28 e 38 anos (33,3%) e com tempo de diagnóstico de doença de 5 anos (42%). Em relação estado nutricional, a maioria dos pacientes encontrava-se com sobrepeso (40%), seguido de eutróficos (24%) e baixo peso (16%). Quando questionados sobre o acompanhamento nutricional, a maioria dos pacientes relatou nunca ter realizado (84%). Dentre os sinais e/ou sintomas referidos pelos participantes como mais frequentes nas últimas duas semanas destacou-se a diarreia como presente muitas vezes (16%), dor abdominal como sempre presente (26%) e distensão abdominal como quase sempre presente (26%). Em relação ao consumo alimentar, a maioria dos indivíduos apresentou uma dieta hiperglicídica (68%), hiperproteica (72%) e normolipídica (46%) e com reduzida ingestão de grande parte dos micronutrientes com destaque para as vitaminas hidrossolúveis, cálcio, potássio e vitamina D. **CONCLUSÃO:** O presente concluiu que os indivíduos com Doença de Crohn apresentaram um consumo desequilibrado de macro e micronutrientes, evidenciando potenciais riscos nutricionais. Além disso, os principais sinais e/ou sintomas clássicos da doença estiveram presentes neste estudo, o que a longo prazo, pode levar a um déficit de estado nutricional.

**Palavras-chave:** Alimentação, Doença de Crohn, Sintomas, Estado Nutricional.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Crohn's Disease, in its active phase, is associated with recurrent episodes of diarrhea and abdominal pain, factors that may interfere in food intake of patients, thus compromising the nutritional status. **OBJECTIVE:** To evaluate the food intake of individuals with Crohn's disease and investigate the presence of signs and/or symptoms associated that may lead to an impaired nutritional status. **METHODOLOGY:** The study had a cross-sectional and descriptive design. The sample was composed of individuals with Crohn's disease participating in closed groups of a social network, aged 18 years or older and of both genders. The data were collected with the help of a questionnaire, which was conducted online, containing questions about patient identification, socioeconomic data, lifestyle, information associated with the diagnosis of the disease, presence of gastrointestinal symptoms, nutritional status and food intake. To characterize the signs and/or symptoms, a questionnaire adapted from Pontes et al. (2004) was used, where questions about the frequency with which such symptoms appeared in the last two weeks were addressed. To evaluate the patients' food intake, they were asked to fill out a 24-hour food recall, which was self-explanatory and had instructions for completion. **RESULTS:** The sample was composed of 50 individuals with Crohn's disease, being most of them female (88.2%), aged between 28 and 38 years (33.3%) and with a diagnosis time of 5 years (42%). Regarding nutritional status, most patients were overweight (40%), followed by eutrophic (24%) and underweight (16%). When questioned about nutritional monitoring, most patients reported never having done it (84%). Among the signs and/or symptoms mentioned by the participants as most frequent in the last two weeks, diarrhea was highlighted as often present (16%), abdominal pain

as always present (26%) and abdominal distension as almost always present (26%). Regarding food intake, most individuals presented a hyperglycemic (68%), hyperproteic (72%) and normolipidic (46%) diet, with reduced intake of most micronutrients, especially water-soluble vitamins, calcium, potassium and vitamin D. **CONCLUSION:** The present study concluded that individuals with Crohn's Disease had an unbalanced intake of macro and micronutrients, evidencing potential nutritional risks. Moreover, the main classic signs and/or symptoms of the disease were present in this study, which in the long term, may lead to a deficit in nutritional status.

**Keywords:** Diet, Crohn's Disease, Symptoms, Nutritional Status.

## 1 INTRODUÇÃO

A Doença de Crohn é uma doença inflamatória crônica, que pode comprometer qualquer segmento do aparelho digestório, desde a boca até o ânus e a região perianal, porém as partes mais comuns a serem comprometidas são o intestino delgado distal e o colón. Vale ressaltar que existe quatro padrões principais a serem comprometidos pela doença, sendo eles: íleo e ceco, intestino delgado, colón e outros locais menos comuns que são as partes proximais do trato gastrointestinal como boca, língua e esôfago (CAMBUI; NATALI, 2015; CARUSO, 2014; IQUEDA, 2013).). É peculiar da doença o acometimento segmentar da inflamação, entremeada por áreas normais do intestino. A lesão pode estender-se para todas as camadas do intestino causando espessamento e estreitamento intestinal (CARUSO, 2014)

Os sintomas clínicos da Doença de Crohn normalmente se iniciam na idade adulta, apesar de que pode ocorrer em qualquer faixa etária. Quando se trata da incidência, pode-se notar que a patologia vem aumentando de modo lento e progressivo, 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). Em países desenvolvidos, a prevalência e a incidência situam-se em torno de 50:100.000 e 5:100.000, respectivamente. Uma estimativa da prevalência na cidade de São Paulo encontrou 14,8 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2017). No entanto existe uma grande dificuldade de avaliar-se os casos na população geral, pois persiste uma grande dificuldade de diagnosticar esta doença

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). Vale destacar também 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 (SILVA *et al.*, 2010).

A terapia nutricional tem sido considerada um dos principais fatores para a manutenção da Doença de Crohn, a qual tem um efeito direto na atividade desta enfermidade. Um tratamento nutricional adequado tem um papel importante na recuperação desses pacientes 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 e por meio de um plano alimentar individual promover uma excelente qualidade de vida, o que é uma prioridade no tratamento desta enfermidade (RODRIGUES *et al.*, 2008; CASTRO *et al.*, 2017).

Diante desse cenário e para que os objetivos da terapia nutricional sejam alcançados é fundamental caracterizar os hábitos alimentares desses pacientes assim como a presença de sinais e sintomas que possam comprometer um estado nutricional saudável. Portanto o objetivo do presente estudo foi 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 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 (TCLE) foram convidados a participar do estudo respondendo o questionário online.

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

diagnostico, 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/m<sup>2</sup>, eutrófico: 18,5 a 24,9 kg/m<sup>2</sup>, sobrepeso: 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup>, obesidade grau I: 30 a 34,9 kg/m<sup>2</sup>, obesidade grau II: 30 a 39,9 kg/m<sup>2</sup>, obesidade grau III: ≥ 40,0 kg/m<sup>2</sup> (OMS, 2000). Para os indivíduos com idade superior a 65 anos de idade, o seguinte IMC foi utilizado para classificação:

desnutrição: < 22 kg/m<sup>2</sup>, normal: 22 a 27 kg/m<sup>2</sup> e obesidade: >27 kg/m<sup>2</sup> (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 umacarta de informação e o TCLE foi assinado para aqueles que aceitaram voluntariamente a participar do estudo. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê De Ética Em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie CAAE: 08449318.6.0000.0084.

### 3 RESULTADOS 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
<b>TOTAL</b>		<b>50</b>	<b>100</b>

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/SP, 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. Palmiro et al. (2021) também confirmaram uma prevalência de pacientes do sexo feminino (60,9%) em pacientes com diagnóstico de doenças inflamatórias intestinais acompanhados no ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal do Hospital Geral Roberto Santos – Salvador/BA, média de idade considerada jovem e, corroborando com os resultados do presente estudo, também apresentavam a maioria dos pacientes com ensino médio completo (44,7%) (PALMIRO *et al*, 2021).

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 de 5 a 10 anos. Análises detalhadas mostraram que apenas 8% dos participantes relataram que não faziam acompanhamento médico, mesmo tendo o diagnóstico da doença. Dos indivíduos que realizavam este acompanhamento, a maioria tinha uma frequência de consulta médica a cada 3 meses (26%), seguido de 26% dos participantes 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 referido que frequentavam o profissional nutricionista a cada 3 meses (2%), a cada 2 meses (2%) e apenas 4% faziam esse acompanhamento já fazia 2 anos.

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 Infiximabe (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 enfermaria de um hospital na cidade do Rio de Janeiro com 43 pacientes com diagnóstico de doença inflamatória intestinal, foi observado 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 relatados 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 manutenção de peso no mesmo período.

**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(%)]
<b>Sempre</b>	6 (12)	13 (26)	12 (24)	3 (6)	6 (12)	5 (10)
<b>Quase sempre</b>	4 (8)	7 (14)	13 (26)	4 (8)	4 (8)	5 (10)
<b>Muitas vezes</b>	8 (16)	4 (8)	8 (16)	3 (6)	7 (14)	7 (14)
<b>Poucas vezes</b>	8 (16)	6 (12)	7 (14)	5 (10)	5 (10)	11 (22)
<b>Bem poucas vezes</b>	5 (10)	5 (10)	4 (8)	6 (12)	7 (14)	7 (14)
<b>Raramente</b>	12 (24)	10 (20)	6 (12)	9 (18)	6 (12)	5 (10)
<b>Nunca</b>	7 (14)	5 (10)	0	20 (40)	15 (30)	10 (20)

Outro sintoma questionado foi o mal-estar e a maioria informou que quase sempre (n=15, 30%) apresenta esse sintoma, 8 (16%) indivíduos relataram que muitas vezes sentem mal-estar e 6 (12%) responderam que sempre apresentam esse sintoma.

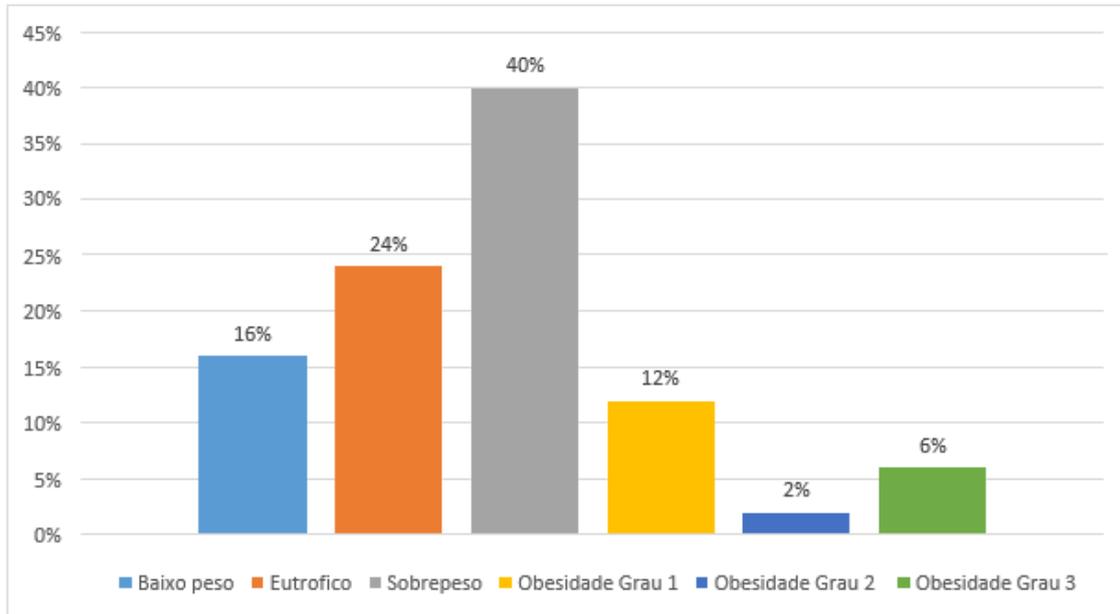
Em relação ao aumento na frequência das evacuações nas últimas duas semanas, 28% dos indivíduos informaram que tiveram um aumento considerável das evacuações e 18% relatam um aumento moderado.

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 estudo de Matos et. al (2016) que os sintomas mais relatados por 56 pacientes com Doença de Crohn atendidos em um ambulatório de especialidade foi a flatulência (85%), seguido de dor abdominal (55%) e distensão abdominal (46%), dados esses que estão de acordo com os resultados do presente estudo.

O Gráfico 1 apresenta os informações 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 estado nutricional e a fase da doença de 55 indivíduos com Doença de Crohn atendidos em um ambulatório médico de Curitiba/PR. Os autores identificaram que a média do IMC para os pacientes com a doença em atividade foi de 24 kg/m<sup>2</sup> e os em remissão 23,5 kg/m<sup>2</sup>.

Análises detalhadas do consumo alimentar dos pacientes do presente estudo 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 (2014), a recomendação de carboidratos deve ser de 45% a 65% do valor energético total (VET).

Para pacientes com Doença de Crohn 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 também faz-se necessário já que podem intensificar o quadro de diarreia. É importante que haja um consumo regular de fibras

solúveis, as quais tem um papel significativo para células intestinais e evitar as fibras insolúveis, que podem 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% apresentaramo 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 DRIs, segundo sexo (feminino e masculino) e faixa etária (IOM, 2000).

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.

No presente estudo todos os pacientes apresentaram baixa ingestão de potássio, magnésio, cálcio e vitamina D. No estudo também notou-se 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. Consumo alimentar de micronutrientes dos indivíduos com Doença de Crohn, segundo idade e sexo. São Paulo, 2019.

Variáveis	Mulheres 19 – 30 Anos		Mulheres 31 – 50 Anos		Mulheres >70 anos <sup>2</sup>		Homens 19 – 30 Anos		Homens 31 – 50 Anos		Homens 51 – 70 Anos <sup>2</sup>	
	Média (DP <sup>1</sup> )	Mínimo (Máximo)	Média (DP <sup>1</sup> )	Mínimo (Máximo)	Média (DP <sup>1</sup> )	Mínimo (Máximo)	Média (DP <sup>1</sup> )	Mínimo (Máximo)	Média (DP <sup>1</sup> )	Mínimo (Máximo)	Média (DP <sup>1</sup> )	Mínimo (Máximo)
<b>Cálcio</b>	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	
<b>Ferro</b>	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	
<b>Sódio</b>	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	
<b>Potássio</b>	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	
<b>Zinco</b>	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	
<b>Magnésio</b>	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	
<b>Vit. A</b>	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	
<b>Vit. D</b>	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	
<b>Vit. E</b>	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	
<b>Vit. B1</b>	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	
<b>Vit. B2</b>	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	
<b>Vit. B6</b>	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	
<b>Àcid. Fólico</b>	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	
<b>Vit. B12</b>	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	
<b>Vit. C</b>	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	
<b>Fibra</b>	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	

<sup>1</sup> DP= Desvio padrão.

<sup>2</sup> 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.

#### 4 CONCLUSÃO

O presente concluiu que os indivíduos com Doença de Crohn apresentaram um consumo desequilibrado de macro e micronutrientes, evidenciando potenciais riscos nutricionais para essa população. Além disso, os principais sinais e/ou sintomas clássicos da doença em fase ativa estiveram presentes neste estudo, o que a longo prazo, pode levar a um déficit de estado nutricional.

Diante dos resultados apresentados podemos reforçar a necessidade de mais estudos na área para ressaltar a importância do acompanhamento nutricional e médico contínuo nessa população para que se tenha uma melhor adesão ao tratamento clínico e consequentemente um bom prognóstico da doença.

## REFERÊNCIAS

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.

ELIA, P. P., et al. Análise descritiva dos perfis social, clínico, laboratorial e antropométrico de pacientes com doenças inflamatórias intestinais, internados no hospital universitário Clementino Fraga Filho, Rio de Janeiro. **Arq Gastroenterol**. v. 44, n.4, 2007.

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.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary reference intakes: applications in dietary assessment**. Washington (DC): National Academy Press; 2000.

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.

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.

PALMIRO L. P et al. Aspectos sociodemográficos em pacientes com doenças inflamatórias intestinais em um centro de referência em Salvador-BA. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.3, p. 32503-32513, 2021.

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.