

Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro – ISSN 2178-6925
Faculdade Presidente Antônio Carlos de Teófilo Otoni - Junho de 2017

**IMPORTÂNCIA DA TERAPIA NUTRICIONAL PARA PORTADORES DA
DOENÇA DE CROHN**

Nayane Cordeiro Ramos ¹ Rafaela Luiz Reis ² Lorena Rodrigues Simões Carla Pereira Fiuza Rodrigues ⁴ Karine Rodrigues da Silva Neumann ⁵ Paloma Benigno de Moraes ⁶ Ludmila Soares Antunes Bernadini ⁷

Resumo

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, a partir de revisão crítica da literatura, realizada para análises do tema escolhido e das contribuições da investigação deste tema para os processos de formação e desenvolvimento profissional, com o objetivo de discorrer sobre a importância da terapia nutricional para minimizar complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com Doença de Crohn. Nesse sentido, a pesquisa baseou-se em artigos científicos de periódicos de grande circulação nacional e de livros que retratam as temáticas que envolvem a descrição de hábitos alimentares relacionados com a prevalência da Doença de Crohn (DC); a influência que sua crise aguda exerce no estado nutricional e os objetivos da indicação de Terapia Nutricional (TN) na fase aguda e remissiva da patologia estudada. Verificou-se que a TN, portanto, é particularmente importante no que se refere à manutenção e/ou recuperação do estado nutricional do doente. O suporte nutricional realizado pelo profissional da Nutrição demonstra-se fundamental para evitar e/ou suprir deficiências calóricas de macro e micronutrientes, a fim de proporcionar ao doente uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Doença de Crohn. Terapia Nutricional. Fases da Doença de Crohn.

Abstract

The present work deals with a qualitative research, based on a critical review of the literature, carried out to analyze the chosen theme and the contributions of the research of this theme to the processes of formation and professional development, with the objective of discussing the Importance of nutritional therapy to minimize complications and improve the quality of life of patients with Crohn's disease. In this sense, the research was based on scientific articles of national newspapers and books that portray the topics that describe the dietary habits related to the prevalence of Crohn's Disease (CD); The influence that its acute crisis exerts on the nutritional status and the objectives of the indication of Nutritional Therapy (TN) in the acute and remissive phase of the studied pathology. TN has therefore been found to be particularly important in maintaining and / or recovering the nutritional status of the patient. The

nutritional support performed by the Nutrition professional is essential to avoid and / or suppress caloric deficiencies of macro and micronutrients, in order to provide the patient with a better quality of life.

Key words: Crohn's disease. Nutrition Therapy. Phases of Crohn's Disease.

Introdução

A Doença de Crohn (DC) é classificada como uma doença inflamatória intestinal (DII) e constitui um problema de saúde pública em muitos países, tendo incidência variada conforme a região. O Brasil ainda é considerado área de baixa prevalência de DII, apesar do aumento substancial da incidência dessa patologia no país.

Mota et al.(2007), ao estudarem sobre a prevalência de manifestações extra-intestinais na RCUI e na DC, verificando seu predomínio em relação ao tipo e a extensão da DII e o sexo do paciente, observaram que as doenças inflamatórias intestinais (DII) são relevantes visto a sua incidência e ascensão.

Tanto a etiologia quanto a patogênese da DC continuam ainda pouco esclarecidas. É considerada uma doença multifatorial, resultante da interação entre fatores ambientais relacionados à presença de microrganismos e sua relação com sistema imunitário e o epitélio intestinal e com a predisposição genética. Então, caracteriza-se por uma inflamação que acomete toda a parede intestinal de forma descontínua, podendo atingir todo o tubo digestivo.

Devido aos sintomas comuns na patologia que envolvem, fadiga, diarreia, dores abdominais, dor nas articulações e redução nas atividades físicas, além de sinais de má absorção, um programa dietético faz-se necessário, tanto para as fases agudas como para os períodos mais brandos da enfermidade a fim de se promover melhora da qualidade de vida e do bem-estar dos pacientes com DC.

O paciente sofre alterações físicas como emagrecimento, deficiências nutricionais e também alterações psicológicas, inclusive pelos medos e apreensões que não existiam antes da doença.

Nesse contexto, as DII apresentam condições crônicas acompanhadas de quadros com exacerbação de atividade inflamatória e remissão variável dependendo do grau de atividade, da localização, da extensão, da gravidade e

das complicações destas condições em curto e longo prazo, verifica-se, por meio da literatura, que problemas nutricionais são comuns em pacientes portadores de DC.

Diante das alterações fisiológicas e problemas nutricionais enfrentados pelo paciente com DC, o objetivo do presente estudo é discorrer sobre a importância da terapia nutricional para minimizar essas complicações e melhorar a qualidade de vida desse paciente.

Sabe-se através de estudos do tema sobre a influência da terapia nutricional como melhora significativa desse paciente, tratando e prevenindo algumas deficiências nutricionais que podem ocorrer decorrente de uma alimentação desequilibrada e de uma má absorção de nutrientes pelos tecidos intestinais acometidos pela DC.

Assim, por meio do objetivo desse estudo, buscou-se responder como a terapêutica nutricional pode auxiliar no tratamento desta patologia e melhor qualidade de vida, considerando que os diferentes hábitos alimentares podem estar intimamente relacionados com a etiologia e/ou causa da Doença de Crohn.

1 Doença de Crohn

Conforme Burgos et al. (2008), as DII englobam várias entidades patológicas, sendo uma das mais comuns a DC, “que acometem o trato gastrointestinal e são comumente associadas à desnutrição protéico-energética (DPE)”.

Caruso (2005), Flora; Dichi (2004) e Izidro (2009) concordam que as DII sejam doenças crônicas, de etiologia desconhecida, com frequente exacerbação de sintomas e diferenças pela localização e extensão do processo fisiopatológico, dependendo sua classificação destes sinais.

A DC não possui etiopatogenia definida e caracteriza-se por um processo inflamatório crônico com períodos de agudização, que pode comprometer toda a parede do trato gastrointestinal (TGI), no entanto, Magro et al. (2012) acreditam que “a etiologia é multifatorial resultando da interação entre fatores genéticos, imunológicos e ambientais, microflora intestinal e resposta imune”.

Dentre os aspectos ambientais, os fatores dietéticos, sendo estas dietas com baixo teor de fibras e altos conteúdos de açúcar, gordura animal, gorduras totais, ácidos graxos poliinsaturados ômega-6 e carnes, podem constituir fatores de risco para estas doenças. (DIESTEL; SANTOS; ROMI, 2012)

A temática dos hábitos alimentares no desenvolvimento das DII tem sido muito investigada e aprofundada em estudos caso-controle, retrospectivos, de forma a compreender de que modo os alimentos e a dieta influenciam o quadro clínico da DC. Sabe-se que os produtos alimentares, juntamente com a microbiota, são considerados os antígenos luminais mais comuns que poderão conduzir a uma eventual inflamação intestinal (SANTOS, 2013).

Ainda segundo Ribeiro (2009), a participação crescente na dieta do homem de alimentos industrializados contendo aditivos e preparados químicos diversos; o consumo excessivo de carboidratos refinados, gorduras poli-saturadas, a baixa ingestão de fibras e de leite; o desmame precoce, e a presença de pesticidas em alimentos vegetais, associados a microorganismos, poderiam justificar o aumento da incidência da DC nos últimos anos.

Embora não existam, ainda, evidências experimentais que comprovem a influência de fatores dietéticos na etiologia da DC, sugere-se que determinados antígenos da dieta possam ser impropriamente absorvidos devido a algum defeito na permeabilidade das células da mucosa, ou que ocorra um aumento da permeabilidade intestinal a macromoléculas e a alguns açúcares não-absorvíveis em pacientes com DC e seus familiares.

O diagnóstico da DC é um processo extremamente complexo, que se inicia pela anamnese, que inclui toda a sintomatologia, gravidade e duração da doença, bem como um conjunto de métodos para complementar a avaliação clínica – envolvendo exames endoscópicos, histológicos, radiológicos e bioquímicos. Não existe um exame específico para diagnóstico auxiliar (SANTOS, 2013).

Na DC a principal característica é a inflamação com maior frequência na região terminal do íleo, cujos principais sintomas são diarreia, dor abdominal e perda de peso.

Segundo Santos (2013), a DC “envolve, tipicamente, o intestino delgado e o intestino grosso de forma segmentar, com áreas entrepostas, ou

seja, é caracterizado por possuir segmentos saudáveis que separam os segmentos inflamados” (p. 15).

Biondo-Simões et al. (2003) relatam que o “tratamento deve começar pelo diagnóstico preciso, pois depende do conjunto da história clínica, dos achados de exame físico, endoscópico, radiológico e histológico, assim como dos exames laboratoriais” (p. 175).

Nesse sentido, a dieta elementar tem sido sugerida como tratamento inicial, porém a adesão dos pacientes é baixa, além do que é de alto custo, o que a torna inviável para a maioria dos doentes de DC.

Um grande número de drogas que atuam como anti-inflamatórios gerais ou seletivos têm sido empregados, porém consegue-se a remissão das crises, mas não a cura da doença.

O tratamento consagrado da DC é inicialmente clínico. Instituem-se medidas gerais como estas: dieta leve, individualizada, rica em fibras e sintomáticos para cólica e diarreia. As dietas enteral, parenteral parcial ou total são indicadas na DC grave e/ou complicada, principalmente com fístulas, podendo causar remissão da inflamação aguda e melhora da condição nutricional (BIONDO-SIMÕES et al., 2003).

O tratamento visa o controle dos sintomas gastrointestinais, das manifestações extra-intestinais e alívio sintomático das complicações, para redução ou reversão do processo inflamatório, que envolve educação alimentar, medicações e cirurgia (IZIDRO, 2009).

Para Peter (2005), a DC gera grandes repercussões na qualidade de vida dos doentes, justamente porque tem evolução crônica. Nesse sentido, Sarlo; Barreto; Domingues (2008) esclarecem que as respostas físicas e emocionais dos pacientes à doença são muito variáveis.

Compreende-se, então, que a DC, caracterizada como crônica, pode trazer inúmeras perturbações para os acometidos, tanto pelo tratamento, que nem sempre é efetivo, quanto pelas alterações psicológicas, pois se trata de uma doença que tem várias repercussões na vida social do paciente.

Segundo Baxter; Waitzberg (2006), o diagnóstico nutricional dietético é de extrema importância, pois, confirma a relação entre a adequação da ingestão de calorias e nutrientes versus a queda no estado geral apresentado pelo doente e/ou o déficit nutricional/metabólico.

Compreende-se que é de extrema importância diagnosticar o risco de desnutrição ou deficiência nutricional já no estágio inicial da DC e, para tanto, todo o esforço deve ser voltado para reconhecer e identificar pacientes portadores de desnutrição ou prestes a desenvolvê-la.

Nesse sentido, Bin (2007) refere que “o propósito da realização da avaliação nutricional não é apenas o diagnóstico de desnutrição, mas também uma forma de apontar pacientes que tragam consigo maiores riscos de sofrer complicações associadas ao estado nutricional. Dessa maneira é possível uma intervenção precoce no controle e manejo da doença.” (p. 23).

2 Terapia Nutricional na DC

Silva; Schieferdecker; Amarante (2011) afirmam que as intolerâncias alimentares observadas variam e devem ser tratadas individualmente. Mannarino; Gerude (2002) acrescentam que a terapia nutricional adequada é de essencial aplicação na tentativa de recuperação da resposta imunológica e cicatrizante, vulnerável ao catabolismo proteico, para a obtenção de um melhor prognóstico, uma vez que a depleção nutricional um ponto crítico na patologia de Crohn.

Nesse sentido, o Projeto Diretrizes da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral postula que, a Terapia Nutricional (TN) tem o objetivo de corrigir a DPE e a DN revertendo suas consequências metabólicas e patológicas, dessa forma a melhora da desnutrição colabora para a qualidade de vida na DC, uma vez que determina melhora no bem-estar geral.

A conduta dietoterápica possui concordância com a área anatômica acometida, assim os problemas nutricionais estão agravados quando ocorre comprometimento, sobretudo, do intestino delgado, já que este é o local de absorção da maior parte dos nutrientes.

Para Burgos et al. (2008), a terapia nutricional tem se mostrado como recurso terapêutico auxiliar extremamente útil, atuando diretamente sobre o estado nutricional, mantendo-o e/ou recuperando-o, com conseqüente benefício na evolução e tratamento das DII. As indicações e as características básicas das dietas são motivos de discussão.

Os referidos autores sugerem ainda que “o suporte nutricional oral, enteral e parenteral tem se mostrado bastante eficaz na indução e na manutenção da remissão da DII, pelo fornecimento de nutrientes com funções fisiológicas específicas. Estes nutrientes atuam modulando a resposta imunoinflamatória e mantendo a integridade da mucosa intestinal, melhorando o estado clínico e, conseqüentemente, o estado nutricional destes pacientes” (p. 185).

A TN tem se mostrado como recurso terapêutico auxiliar extremamente útil e pode ser iniciada em todos os pacientes com estado nutricional comprometido, também indicada, independente do estado nutricional, como medida terapêutica nos casos de má evolução clínica e nas fases de atividade da doença (BURGOS et al, 2008).

Nesse sentido, Diestel, Santos; Romi (2012) acrescentam que a terapia nutricional na vigência das doenças inflamatórias intestinais (DII) tem como objetivo o controle dos sintomas, a prevenção e a correção da desnutrição e das diversas deficiências nutricionais e a redução das sequelas em longo prazo, incluindo o déficit de crescimento em crianças e a osteoporose em adultos.

Para Bin (2007) “a boa nutrição é essencial nas doenças crônicas, principalmente naquelas em que existe espoliação de líquidos, eletrólitos e nutrientes do corpo, causados por diarreia e vômitos”, como é o caso da DC (p. 19).

Na visão de Almeida; Neves (2011), a correção e a prevenção de déficits nutricionais, tanto quanto o controle e alívio dos sintomas, são os principais objetivos do tratamento nutricional.

Para Martins (2009), a intervenção nutricional é importante na monitoração da DII, assumindo deste modo funções relevantes na prevenção e tratamento da desnutrição e a TN pode ser efetuada como tratamento primário da inflamação intestinal, sendo aplicada em pacientes que exijam um suporte nutricional de longa duração.

Neste contexto Flora; Dichi (2004) e Martins (2009) apresentam os objetivos primordiais da dietoterapia na DC, adequar a alimentação ao tipo de doença e à sua atividade, diminuir a atividade da doença, manter e/ou recuperar o estado nutricional do paciente, aumentar o tempo de remissão da

doença, reduzir as indicações cirúrgicas e diminuir as complicações pós-operatórias.

De acordo com Magro et al. (2012), a TN tem como objetivo corrigir a desnutrição e a deficiência de nutrientes e reverter as suas consequências metabólicas e patológicas. De acordo com a fase em que a patologia se encontra podem ser utilizadas, a Nutrição Enteral (NE) oral ou por sonda, que se caracteriza por uma terapêutica efetiva na prevenção de crises de agudização e manutenção da remissão da DC em adultos. Em crianças com DC leve a moderada, a NE deve ser a indicada para evitar atrasos no crescimento, bem como para melhorar a qualidade de vida das crianças.

Parece ter a mesma eficácia que a NP com a vantagem de lhe estarem associados menores efeitos colaterais e registrar menores custos ou como alternativa a Nutrição Parenteral, que contribui para a cicatrização de fístulas, reduz o índice de atividade da doença, há ganho de peso e aumento dos níveis plasmáticos de albumina sérica. Está restrita à má nutrição severa e suporte nutricional no pré e pós-operatório em pacientes com história de perda de peso e albumina baixa.

Flora; Dichi (2004) e Martins (2009) reforçam com tais concepções, acrescentando que no paciente com DC pode ser utilizada TN enteral (oral ou por sonda) e parenteral, de acordo com as diferentes fases da patologia. É de notar que sempre que o paciente consiga fazer uma ingestão nutricional adequada às suas necessidades por via oral, esta torna-se a via de eleição. Em caso de impossibilidade, pode ser feita a introdução de nutrição artificial.

Em sua revisão de literatura, Silva; Schieferdecker; Amarante (2011) observaram que os pacientes com diagnóstico recente de DII, já em remissão, “apresentaram maior ingestão de carboidratos e menor de proteína quando comparados com controles saudáveis, de acordo com a história alimentar. Os pacientes com DC não apresentaram diferença” (p. 207).

Nesse sentido, para Ribeiro (2009), “as terapêuticas nutricionais podem ter um importante valor se se provarem eficazes e sem efeitos secundários, uma vez que os nutrientes fazendo parte da constituição da membrana celular, podem mediar a expressão de proteínas envolvidas na resposta imunitária, como as citocinas ou moléculas de adesão” (p. 66).

De acordo com Machado; Patsko; Cortez (2013), “o suporte nutricional oportuno que inclui o uso de prebióticos, probióticos e imunomoduladores é vital para o restabelecimento e manutenção da saúde nutricional do paciente, pois as funções digestivas e absorptivas estão comprometidas e podem aumentar a permeabilidade do trato gastrointestinal a agentes inflamatórios, sendo assim, por meio de uma dieta balanceada, a colonização por bactérias patogênicas no intestino irá reduzir, viabilizando o aumento de bactérias benéficas, proporcionando maior bem estar intestinal ao paciente” (p. 24).

2.1 Fases da Doença de Chron

Segundo a descrição de Sarlo; Barreto; Domingues (2008), existem duas fases da doença, a ativa e a silenciosa. Na fase ativa, os portadores tendem a alimentar-se cada vez menos devido a náuseas, cólicas e distensão abdominal, podendo desenvolver anorexia. O comum aparecimento de fístulas, diarreia e fadiga compromete as ações da vida diária do paciente. A fase silenciosa compreende o portador com a doença em remissão ou controlada farmacologicamente, e tem como foco minimizar a tensão emocional desses pacientes, visto que tal tensão pode desencadear a fase ativa da doença. A seguir, veremos detalhadamente.

Na fase ativa, autores como Mannarino; Gerude (2002), Caruso (2005) e Bin (2007) indicam dieta hipercalórica, hiperprotéica, hipolipídica, normoglicídica, sem lactose, fracionada, sem fibra.

Para a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral e a Associação Brasileira de Nutrologia, “o uso de nutrição com glutamina e/ou ácido graxo ômega 3 na DC ativa não é recomendado, pois não existe comprovação de benefícios, sendo necessária a realização de mais estudos (p. 7).

Para Diestel; Santos; Romi (2012), “nesta fase é importante que a alimentação auxilie no controle dos sintomas como 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 (30 a 35 kcal/kg/dia),

hiperprotéica (1,5 a 2,0g/kg/dia), hipolipídica (menos de 20% das calorias totais) e normoglicídica com restrição de carboidratos simples e alimentos que causam flatulência.”

Júnior (2006) acrescenta que o teor de fibras insolúveis e resíduos (lactose, por exemplo) deve ser restrito e a alimentação deve ser fracionada em seis a oito refeições ao dia, contendo pouco volume.

Durante a DC em fase ativa, deve excluir-se o que concede um mal-estar de saúde geral ao doente, sendo algumas restrições obrigatórias conforme Flora e Dichi (2004). Martins(2009) salienta que, neste contexto, algumas restrições poderão ser efetuadas para benefício dos doentes, auxiliando na diminuição da ocorrência de flatulência, diarreia e estenose intestinal, apresentando-se a colaboração do doente como um fator primordial em todo o processo.

Outro estágio é a fase remissiva, na qual Mannarino; Gerude (2002), Caruso (2005) e Bin (2007) indicam que no período de remissão a dieta individual deve ser hipercalórica, hiperproteica, hipolipídica, hiperglicêmica, e evoluir progressivamente para o conteúdo normal de fibras.

Flora e Dichi (2004) e Martins(2009) acrescentam que, no doente de Crohn, na fase de remissão da doença, devem ser encorajadas dietas orais equilibradas e com poucas restrições.

Para Bin (2007), “os micronutrientes devem ser suplementados, mesmo quando o paciente está com a doença em remissão” (p. 21). Silva (2010) acrescenta que atualmente é descrita uma mudança do padrão dietético dos pacientes com DC estando tendenciosa ao maior consumo de dieta rica em carboidratos e açúcar refinado com baixa ingestão de vitaminas, sais minerais e fibras.

Então, estudos mais recentes têm demonstrado que a maioria dos pacientes em remissão apresenta bom estado nutricional e por vezes sobrepeso ou obesidade.

Apesar das dietas ricas em fibras serem recomendação consagrada para pacientes com doença de Crohn não complicada, existem informações contraditórias a respeito. Entre as recomendações dietéticas, aquela à qual comumente se atribui importância para portadores de DII, é a redução do consumo de produtos derivados de leite. Conforme Biondo-Simões et al.

(2003), “detectou-se que pacientes com DC ingerem mais carboidratos refinados e ácidos graxos e menor quantidade de frutas e vegetais. Além disso, a DC tem sido descrita com maior frequência nos países desenvolvidos, nos quais é maior o consumo de alimentos industrializados e maior nas áreas urbanas do que nas rurais” (p. 175).

Nesse sentido, para Magro et al (2012) é importante evitar alimentos que agravam o desconforto intestinal como os ricos em gordura e fibras, assim como a cafeína e o álcool que podem aumentar a diarreia.

Desta forma, Silva; Mura (2007) acrescentam que a dietoterapia tem como objetivo recuperar o estado nutricional do paciente, fornecendo aporte adequado de nutrientes pela reposição hidroeletrólítica, correção da má absorção, anemia e monitoração das intolerâncias alimentares. Assim, promove o ganho de peso e o alívio dos sintomas, o que reflete na diminuição da atividade da doença, reduzindo as indicações cirúrgicas, as complicações pós-operatórias, bem como evitando ou minimizando os efeitos colaterais e as interações negativas dos fármacos em uso com os nutrientes.

As características da dieta devem ser hiperproteicas, normoglicídicas e hipoglicídicas, hipolipídica, hipervitamínicas e mineralicas, com suplementação, principalmente, das vitaminas B12, B9 e lipossolúveis; e dos minerais, cálcio, ferro, magnésio e zinco.

No grupo dos vegetais na fase ativa deve-se consumir: cenoura, chuchu, abóbora, batatas, todos sem cascas e cozidos, ainda nos vegetais deve-se preferir os verdes crus ou cozidos. Na fase de remissão deve-se consumir todos e evitar os que aumentam a flatulência se o paciente não tolerar.

As leguminosas, na fase ativa devem ser consumidas na forma de caldos e evitar os grãos. Na fase de remissão consumir todos.

As frutas que devem ser consumidas na fase ativa são: banana, maçã, pera, sem casca e sem caroço e evitar todas as outras inclusive as secas, na fase de remissão deve-se consumir todas e evitar o açaí e coco.

Os cereais que devem ser consumidos na fase ativa são os brancos e refinados e evitar os integrais, já na fase de remissão se consome todos e não é preciso evitar nenhum a princípio.

Sobre os leites e derivados na fase ativa deve-se dar preferência aos *lights*, consumir leites com baixo teor de lactose, desnatados e queijos brancos e magros. Pode-se restringir lactose se tiver intolerância ou flatulência excessiva.

Carnes e ovos na fase ativa deve-se dar preferência as carnes magras, frango, peixe, ovo (gema 3 vezes na semana), evitar linguiças defumadas, vísceras, embutidos, frutos do mar. Na remissiva deve-se consumir todos apenas evitar carnes gordurosas em excesso ou frituras.

No que diz respeito aos açúcares e doces deve-se na fase ativa fazer o uso de adoçantes, evitar açúcar e mel, na remissiva pode se consumir todos com moderação.

Izidro (2009) explica o porquê de algumas restrições, descrevendo que “por ser uma doença que não há um padrão dietético específico para os pacientes, já que depende das manifestações clínicas e da região do trato gastrointestinal afetado, a presença de um nutricionista é de fundamental importância, pois o mesmo auxiliará a partir das adequadas técnicas dietéticas, o melhor aproveitamento dos alimentos, tornando-os mais atrativos e de encontro com a preferência e tolerância do paciente, sendo assim as dietas específicas e orientações nutricionais servirão para a manutenção ou recuperação da qualidade de vida do portador da DC” (p. 58).

3 Considerações Finais

Por meio desta pesquisa, averiguou-se que as necessidades nutricionais no paciente com DC são muito variáveis e dependem, fundamentalmente, do gasto energético basal e do catabolismo de cada paciente. Por isso, devem ser observados os nutrientes dos alimentos ingeridos de acordo com o estágio da doença, dos fármacos utilizados e da tolerância do paciente, minimizando os riscos do desenvolvimento de desnutrição nesses pacientes.

Quanto a Terapia Nutricional, verificou-se a necessidade de que esta seja planejada de acordo com a fase da doença, idade e estado nutricional prévio do paciente.

Vimos ainda que o papel da Terapia Nutricional na DC visa suprir as necessidades nutricionais e manter positivamente a evolução do tratamento, sendo preciso avaliar individualmente cada caso, identificando quais os déficits nutricionais existentes, para que desta forma indique-se a TN mais adequada.

Diante das consequências da DC, as deficiências nutricionais precisam ser detectadas o mais cedo possível, iniciando a TN de forma precoce, assim, os efeitos deletérios da doença poderão ser atenuados, proporcionando a recuperação e/ou manutenção do estado nutricional do paciente e melhorando a sua qualidade de vida através da redução dos sintomas bem como a severidade de todas estas complicações e de futuras comorbidades.

Ressaltamos então a importância do nutricionista que é o profissional responsável e capacitado para intervir nos aspectos nutricionais, vitais para o tratamento do paciente com DC, contribuindo assim para manutenção de um bom estado nutricional.

Conclui-se que a TN, portanto, é particularmente importante no que se refere à manutenção e/ou recuperação do estado nutricional do doente. Deste modo, o suporte nutricional realizado pelo profissional da Nutrição demonstra-se fundamental para evitar e/ou suprir deficiências calóricas de macro e micronutrientes, a fim de proporcionar ao doente uma melhor qualidade de vida.

Referências

ALMEIDA NV, Neves AS. Doença de Crohn e sua relação com a Nefrolitíase: Tratamento Nutricional. **Cadernos UniFOA**, 2011; 16: 99-110.

Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn. Sobre a Doença de Crohn. Disponível em: <http://abcd.org.br/sobre-a-doenca-de-crohn/>

BAXTER Y, WAITZBERG D. Indicações e Usos de Suplementos Nutricionais Oraís. In: **Waitzberg D. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. São Paulo: Atheneu, 2006.

BIN CM. Comparação entre método funcional com avaliação subjetiva global, antropometria, inquérito alimentar e análise bioquímica na estimativa do estado nutricional de pacientes com Doença de Crohn em remissão clínica. **Dissertação de Mestrado em Gastroenterologia**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2007. 101f.

BIONDO-SIMÕES MLP et al. Opções terapêuticas para as doenças inflamatórias intestinais: revisão. **Rev bras Coloproct**, 2003; 23(3): 172-182.

BURGOS MGPA, et al. Doenças inflamatórias intestinais: o que há de novo em terapia nutricional? **Rev Bras Nutr Clin**. 2008; 23(3): 184-189.

CARUSO L. Distúrbio do trato digestório. In: Cuppari L. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. 2. ed Barueri, SP: **Manole**, 2005. 221-232 p.

DIESTEL CF, SANTOS M dos C, ROMI, MD. Tratamento Nutricional nas Doenças Inflamatórias Intestinais. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, out/dez, 2012: 52-58

FLORA APL, Dichi I. Aspectos atuais na terapia nutricional da doença inflamatória intestinal. **Rev Bra Nutr Clin.**, 2006; 21(2): 131-137.

IZIDRO BD. Doença de Crohn: um estudo de caso com análise descritiva do perfil clínico e fisiopatológico em ação conjunta à intervenção nutricional. **TCC de Bacharelado em Nutrição**, Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC: Criciúma, 2009. 89f

JÚNIOR P. Moléstia inflamatória intestinal. In: **Waitzberg D. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 1361–1363.

MACHADO C L F, PATSKO DR de A, CORTEZ DB. Disfunções orgânicas e deficiências nutricionais na Doença de Crohn. (2013). Disponível em: <http://www.unifil.br/portal/arquivos/publicacoes/paginas/2013/6/621_1117_publiclipg.pdf>.

MAGRO F. et al. Decisões clínicas na doença de Crohn. **GE J Port Gastrenterol**, 19(2):71-88, 2012.

MANNARINO IC, GERUDE M. Doença Inflamatória Intestinal - Colite Ulcerativa – Doença de Crohn. In: MANNARINO, I.C. et al. **Terapia Nutricional**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 103-109.

MARTINS ISB. Doença de Crohn: implicações nutricionais. **Monografia**. Universidade do Porto. Lisboa, 2009: 47f.

MOTA ES et. al. Manifestações Extra-Intestinais em Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa: Prevalência e Correlação com o Diagnóstico, Extensão, Atividade, Tempo de Evolução da Doença. **Rev Bras Coloproct**. 2007; 27(4): 349-363.

PETER L. Terapia Clínica Nutricional para Distúrbios do Trato Gastrointestinal Baixo. In: Mahan LK et. al. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2005: 657-662.

RIBEIRO ICT. Doença de Crohn: Etiologia, Patogénese e suas Implicações. **Dissertação de Mestrado em Medicina** – Universidade da Beira Interior. Covilhã, 2009: 99f.

SANTOS GM. Avaliação nutricional de crianças e adolescentes portadores de doenças inflamatórias intestinais. **Monografia de Graduação em Medicina**, Universidade Federal da Bahia, 2013. 29f.

SARLO RS, BARRETO CR, DOMINGUES TAM. Compreendendo a vivência do paciente portador de doença de Crohn. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(4): 629-635.

SILVA AF da, SCHIEFERDECKER MEM, AMARANTE HMB dos S. Ingestão alimentar em pacientes com doença inflamatória intestinal. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, 2011; 24(3): 204-209.

SILVA SMCS; MURA, JDP. **Tratado de alimentação, nutrição & dietoterapia**, São Paulo: Roca, 2007.

SILVA TA da. Avaliação dietética, da concentração sérica e da reserva hepática de vitamina A em pacientes com Doença de Crohn. **Dissertação de Mestrado em Ciências** - Faculdade de Medicina na Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, 2010. 78f.

Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Associação Brasileira de Nutrologia. Projeto Diretrizes. Terapia Nutricional na Doença de Crohn.