



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
ESCOLA DE NUTRIÇÃO

Naillany Carvalho da Silva

**Consumo alimentar de indivíduos com colite ulcerativa em atendimento nutricional
ambulatorial**

RIO DE JANEIRO

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS

ESCOLA DE NUTRIÇÃO

Naillany Carvalho da Silva

**Consumo alimentar de indivíduos com colite ulcerativa em atendimento nutricional
ambulatorial**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado à Escola de Nutrição da
Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro, como requisito parcial para obtenção
do grau de Bacharelado em Nutrição

Orientadora: Profa. Dra. Fabricia Junqueira das Neves

Coorientadora: Profa. Dra Thaís da Silva Ferreira

RIO DE JANEIRO

C257

Carvalho da Silva, Naillany Consumo alimentar de indivíduos com colite ulcerativa em atendimento nutricional ambulatorial / Naillany Carvalho da Silva. -- Rio de Janeiro, 2023. 55

Orientadora: Fabricia Junqueira das Neves.

Coorientadora: Thaís da Silva Ferreira.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Graduação em Nutrição, 2023.

1. doença inflamatória intestinal. 2. colite ulcerativa. 3. consumo alimentar. I. Junqueira das Neves, Fabricia, orient. II. da Silva Ferreira, Thaís, coorient. III. Título.

Naillany Carvalho da Silva

Consumo alimentar de indivíduos com colite ulcerativa em atendimento nutricional ambulatorial

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à Escola Nutrição da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do título Bacharelado em Nutrição.

Data da aprovação: 05/12/2023

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Fabricia Junqueira das Neves (Orientadora)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Profª. Dra. Thaís da Silva Ferreira (Coorientadora)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Prof. Dr. Carlos Magno de Marce Rodrigues Barros
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, expresso meu profundo agradecimento à minha família pelo suporte incansável ao longo desses anos. Lembro vividamente do dia em que estive pela primeira vez na UNIRIO, na companhia do meu Pai Willian, para fazer a matrícula na minha futura segunda e eterna casa. Obrigada amados Pais, Márcia e Willian e meus queridos irmãos Naillivy e Lean, amo vocês.

A gratidão se estende a toda a minha família, com um agradecimento especial a minha amada Vovó Nely, pelos constantes estímulos à minha profissão a cada conversa. Vocês são verdadeiramente especiais!

Agradeço também ao meu parceiro, namorado Vinícius, por todo apoio desde o início da faculdade, especialmente durante essa fase final desafiadora.

Aos meus amigos Lucas e Letícia, meu reconhecimento por estarem sempre ao meu lado desde o início, da vida escolar até o presente momento, torcendo pela minha jornada acadêmica.

Aos meus amigos que fiz na Universidade, especialmente Danielle Pires, Maria Clara Ribeiro, Fernanda Destro, Karoline Fernandes e Raquel Assis. Vocês tornaram essa jornada tão importante mais leve. Vocês são parte fundamental dessa história e é uma honra ter vocês como futuras amigas de profissão.

À minha Orientadora Fabricia Junqueira e Coorientadora Thaís Ferreira, expresso minha sincera gratidão pelo apoio desde os ensinamentos em sala de aula e no ambulatório até a orientação da minha defesa. Vocês são professoras admiráveis, verdadeiros exemplos de profissionais.

Agradeço, em geral, sem exceção, a todos que de alguma forma contribuíram para a minha formação.

Por fim, e não menos importante, agradeço a Deus por me permitir concluir mais uma etapa na minha vida.

RESUMO

Introdução: A colite ulcerativa (CU) é um dos tipos de doença inflamatória intestinal (DII) que inclui inflamação crônica no trato gastrointestinal com períodos de atividade e remissão da doença. Caracterizar qualitativamente o consumo alimentar de indivíduos com CU é o primeiro passo para entender melhor as possíveis deficiências e/ou excessos nutricionais e desenvolver recomendações dietéticas que auxiliem no tratamento, prevenindo a atividade da doença e consequentemente melhorando o prognóstico e a qualidade de vida dos portadores. **Objetivo:** Caracterizar o consumo alimentar de indivíduos com diagnóstico de CU em atendimento nutricional no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG). **Métodos:** Estudo transversal e observacional de indivíduos com diagnóstico de CU atendidos no ambulatório de gastroenterologia do HUGG, de ambos os sexos e idade igual ou maior a 19 anos. Os voluntários foram convidados a participar da pesquisa via contato telefônico ou presencial e os dados foram compilados no formulário eletrônico Google *forms* pelo pesquisador. O questionário incluiu perguntas sociodemográficas, clínicas e de consumo e percepção alimentar. Todos os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre esclarecido. Os dados coletados foram organizados e tabulados em um banco de dados no programa Microsoft Excel 2016 e submetidos à análise estatística no programa Jamovi versão 2.3 (Computer Software), sendo adotado como significativo $p < 0,05$. **Resultados:** Foram incluídos 37 voluntários, sendo a maioria adultos e do sexo feminino. Do total de participantes, 35% estavam na fase ativa da doença (FA) e 65% na fase de remissão (REM). A presença de sangramento retal foi encontrada apenas no grupo FA ($p = < 0,001$). Quando avaliado o consumo alimentar, biscoito salgado industrializado ($p = 0,027$) apresentou maior consumo no grupo REM quando comparado ao grupo FA. Tendência semelhante foi observada para os embutidos ($p = 0,065$). Observa-se que 81% dos indivíduos alteraram a alimentação na FA, 89,2%, acreditavam que a alimentação auxiliava no tratamento da doença, 89,9% conseguiram identificar os alimentos que pioravam e 48,6% não perceberam os que melhoravam os sintomas gastrointestinais. **Conclusão:** Indivíduos com CU na FA apresentavam sintomas gastrointestinais como sangramento e menor consumo de alguns alimentos considerados como ultraprocessados. Apesar da autopercepção alimentar sobre o consumo de alimentos considerados benéficos e maléficos e sua possível influência no tratamento da CU, é importante reforçar entre estes indivíduos a necessidade de condutas alimentares específicas que influenciem positivamente nos sinais e sintomas gastrointestinais e, consequentemente melhor qualidade de vida e prognóstico da doença.

Palavras-chave: doença inflamatória intestinal; colite ulcerativa; consumo alimentar

ABSTRACT

Introduction: Ulcerative colitis (UC) is one of the types of inflammatory bowel disease (IBD) that includes chronic inflammation in the gastrointestinal tract with periods of disease activity and remission. Qualitatively characterizing the dietary intake of individuals with UC is the first step towards better understanding possible nutritional deficiencies and/or excesses and developing dietary recommendations that help with treatment, preventing disease activity and consequently improving the prognosis and quality of life of sufferers. **Objective:** To characterize the food consumption of individuals diagnosed with UC undergoing nutritional care at the gastroenterology outpatient clinic of the Gaffrée e Guinle University Hospital (HUGG). **Methods:** This was a cross-sectional, observational study of individuals diagnosed with UC attending the gastroenterology outpatient clinic at HUGG, of both sexes and aged 19 or over. The volunteers were invited to take part in the study by telephone or in person and the data was compiled by the researcher using an electronic Google Forms form. The questionnaire included sociodemographic, clinical and food consumption and perception questions. All study participants signed an informed consent form. The data collected was organized and tabulated in a database using Microsoft Excel 2016 and submitted to statistical analysis using Jamovi version 2.3 (Computer Software), with $p < 0.05$ being considered significant. **Results:** 37 volunteers were included, most of them adults and females. Of the total number of participants, 35% were in the active phase of the disease (AF) and 65% in the remission phase (REM). The presence of rectal bleeding was only found in the AF group ($p = < 0.001$). When food consumption was assessed, industrialized salty cookies ($p = 0.027$) were consumed more in the REM group than in the AF group. A similar trend was observed for sausages ($p = 0.065$). It can be seen that 81% of individuals changed their diet during AF, 89.2% believed that food helped treat the disease, 89.9% were able to identify foods that worsened gastrointestinal symptoms and 48.6% did not notice foods that improved gastrointestinal symptoms. **Conclusion:** Individuals with UC in AF had gastrointestinal symptoms such as bleeding and lower consumption of some foods considered to be ultra-processed. Despite dietary self-perception about the consumption of foods considered beneficial and harmful and their possible influence on the treatment of UC, it is important to reinforce among these individuals the need for specific dietary behaviors that positively influence gastrointestinal signs and symptoms and, consequently, better quality of life and prognosis of the disease.

Keywords: inflammatory bowel disease; ulcerative colitis; food consumption; food perception.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Extensão da colite ulcerativa.....	15
Quadro 2. Escore completo de <i>Mayo</i>	16
Quadro 3. Vantagens e desvantagens dos métodos de análise de consumo alimentar.....	21
Gráfico 1. Consumo de feijão de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.....	30
Gráfico 2. Consumo de leite de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle..	30
Gráfico 3. Consumo de legumes de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.....	31
Gráfico 4. Consumo de verduras de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.....	32
Gráfico 5. Consumo de frutas de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.....	32
Gráfico 6. Consumo de bebida artificial de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.....	33
Gráfico 7. Consumo de biscoito salgado industrializado de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.....	34
Gráfico 8. Consumo de sobremesa industrializada de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.....	34
Gráfico 9. Consumo de embutidos de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de indivíduos com colite ulcerativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.....	26
Tabela 2. Índice de massa corporal, informações sobre acompanhamento de indivíduos com colite ulcerativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.....	27
Tabela 3. Sinais e sintomas dos indivíduos com colite ulcerativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.....	28
Tabela 4. Consumo alimentar dos indivíduos com colite ulcerativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.....	29

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

CU – Colite Ulcerativa

DC – Doença de Cohn

DII – Doença Inflamatória Intestinal

FA – Fase ativa

IHB – Índice de Harvey – Bradshaw

IMC – Índice de massa corporal

NP – Nutrição parenteral

SIC – Síndrome do intestino curto

WHO – World Health Organization

VHS – Velocidade de hemossedimentação

PCR – Proteína C reativa

QFA – Questionário de frequência alimentar

R24h – Recordatório 24 horas

REM - Remissão

VIGITEL – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 Doença Inflamatória Intestinal	14
2.2 Colite Ulcerativa	14
2.2.1 Epidemiologia da Colite Ulcerativa	16
2.2.2 Diagnóstico da Colite Ulcerativa	17
2.2.3 Tratamento da Colite Ulcerativa	17
2.3 Consumo Alimentar	18
3. JUSTIFICATIVA	22
4. OBJETIVOS	23
a. Geral	23
b. Específicos	23
5. MATERIAIS E MÉTODOS	24
5.1 Amostra do estudo	24
5.2 Aspectos éticos	24
5.3 Coleta de dados e Questionário	24
5.4 Análise dos dados	25
6. RESULTADOS	26
7. DISCUSSÃO	37
8. CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICES	50
ANEXOS	54

1. INTRODUÇÃO

A doença inflamatória intestinal (DII) apresenta um caráter inflamatório crônico do trato gastrointestinal, sendo considerada uma doença heterogênea que se divide em doença de Crohn (DC) e colite ulcerativa (CU). A DII pode apresentar períodos de remissão, quando os sinais e sintomas não estão presentes ou fase ativa, em que os sinais e sintomas são potencializados (ZANARDI e NOWACKI, 2018).

A DII está presente em todo o mundo e representa um problema de saúde importante, visto que também pode atingir pessoas jovens, de 20 a 30 anos, cursando com recidivas frequentes e assumindo formas clínicas de alta gravidade (MATOS et al., 2016; SEGAL et al., 2021). No Brasil, do ano de 2012 a 2020, as taxas de incidência permaneceram estáveis (de 9,4/100 mil para 9,6/100 mil habitantes) e as de prevalência apresentaram um aumento expressivo (de 30/100 mil para 100,1/100 mil habitantes) (QUARESMA et al., 2019).

É importante destacar que a DC e a CU compartilham características clínicas, porém, são doenças com manifestações fisiopatológicas distintas e que diferem tanto na evolução quanto no tratamento, sendo fundamental a sua distinção durante o acompanhamento interdisciplinar (LIMA et al., 2021).

A CU é uma DII de caráter autoimune, crônica, idiopática e que se apresenta de forma difusa e inespecífica nas regiões da mucosa e submucosa do cólon e reto, gerando inflamação (FRANCO, 2021; GAJENDRAN., et al 2019). A fase ativa da CU é caracterizada por sintomas de atividade inflamatória, sendo os mais comuns a diarreia sanguinolenta com ou sem muco, urgência retal, fadiga, tenesmo, constipação em poucos casos e graus variáveis de dor abdominal que na maioria das vezes é aliviada pela defecação. Já na fase de remissão, não há presença dos sintomas, mas o acompanhamento médico e nutricional deve permanecer, para que o indivíduo não desenvolva gatilhos desencadeadores para novas crises (CORRÊA et al., 2017).

A etiologia da CU não é completamente compreendida e não há cura, mas a patogênese mais amplamente aceita envolve uma desregulação complexa do sistema imunológico, disbiose da microbiota intestinal, fatores genéticos e ambientais (CRESCI & ESCURO, 2022). Dentre os fatores ambientais, a alimentação desempenha um papel vital na patogênese da doença por meio de uma interação entre a microbiota intestinal, a função de barreira do hospedeiro e a imunidade, interferindo também no seu prognóstico (ANANTHAKRISHNAN et al., 2018; TIAN et al., 2021).

Nos países ocidentais, o hábito alimentar da maior parcela da população apresenta elevada densidade energética; teores excessivos de sacarose, ácidos graxos poli-insaturados da série n6; alimentos ultraprocessados e ricos em ácidos graxos trans; emulsificantes dietéticos; excesso de fosfato, carne vermelha, produtos lácteos e álcool. Essa proposta de consumo alimentar pode ser determinante para a intensificação dos sinais e sintomas que podem surgir como resultado da atividade da CU. Por outro lado, a ingestão de frutas, hortaliças, fibras alimentares e peixes apresenta-se reduzida, de modo que nutrientes como ácidos graxos poli-insaturados da série n3, vitaminas D e E, cujas propriedades anti-inflamatórias ou antioxidantes propiciam efeitos benéficos sobre o curso da doença e minimização dos sintomas, são menos presentes (FRANCO, 2021).

Como a CU afeta parte do trato digestivo, frequentemente ocorre o questionamento de como a modificação da alimentação pode influenciar nos sinais e sintomas. Porém, a orientação dietética é relatada como o tópico menos abordado adequadamente entre os indivíduos com diagnóstico recente e com doença de longa data, ou seja, há mais de 10 anos (KAMP et al., 2021). Logo, para que o tratamento nutricional seja eficaz, é crucial iniciar com um diagnóstico nutricional sólido e conhecimento sobre o consumo alimentar do indivíduo com CU.

Na prática clínica, a análise da alimentação tem como objetivo identificar consumo alimentar inadequado, como a ingestão excessiva de alimentos com baixo valor nutricional ou a falta de consumo de alimentos saudáveis. Essa avaliação busca fornecer suporte na criação de planos dietéticos, além de promover a educação alimentar e nutricional, visando criar mudanças positivas nos hábitos alimentares (FISBERG et al., 2009).

Portanto, torna-se evidente a importância de se caracterizar o consumo alimentar do indivíduo com CU para que seja realizada uma intervenção nutricional de forma assertiva, alertando tanto os portadores da doença como a equipe multiprofissional de saúde sobre a influência do consumo dietético no prognóstico da doença.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Doença Inflamatória Intestinal

A DII é uma doença crônica remitente-recorrente do trato gastrointestinal que engloba a DC e a CU (PETERS et al., 2021). A DC caracteriza-se por afetar qualquer parte do trato gastrointestinal de forma segmentar, assimétrica e transmural com intensidade variável. Os sinais e sintomas mais frequentes que fazem os indivíduos com DII procurarem atendimento médico são a diarreia persistente, dor abdominal e a perda de peso (ZALTMAN et al., 2018). Já a CU afeta a mucosa do cólon e do reto, que provoca sangramento intestinal e lesões erosivas, apresentando como principais sinais e sintomas cólicas abdominais, diarreia com presença de sangue e muco (CARVALHO et al., 2022).

Na DII o indivíduo sofre perdas funcionais importantes por conta do comportamento da doença, podendo receber um diagnóstico de desnutrição por consequência da má absorção de nutrientes no aparelho digestivo, uso de medicamentos, alimentação inadequada e/ou hipermetabolismo devido ao processo inflamatório. Além disso, entre 25% a 40% dos casos de DII há manifestações extraintestinais como artralgia, artrite, sacroilíte, aftas orais, eritema nodoso, episclerite e pioderma gangrenoso (DAMIÃO et al., 2019).

Existe uma predominância da DII em pessoas da etnia branca, na faixa etária entre 15 e 40 anos, e um segundo pico a partir dos 55 a 80 anos de idade. A distribuição parece ser semelhante em ambos os sexos, exceto para a DC que atinge mais a população feminina. Prevalece, ainda, em moradores de área urbana, pessoas de classe econômica mais alta, fumante e parente de primeiro grau de indivíduos acometidos (SOUZA et al., 2011; CAMBUI e NATALI, 2015).

2.2 Colite Ulcerativa

A CU é uma doença inflamatória crônica caracterizada por inflamação somente da mucosa – raramente atinge a submucosa – do cólon e do reto com extensão contínua em uma distância variável, muitas vezes com uma demarcação abrupta entre mucosa inflamada e não inflamada. Pode-se classificar os indivíduos de acordo com a porção afetada, ou seja, a extensão da doença em: proctite, colite esquerda ou distal, pancolite ou proctossigmoidite (Quadro 1). Ainda, a região perianal pode encontrar-se escoriada porém, a doença perianal é incomum (GAMEDII; LAMB et al 2019).

Quadro 1. Extensão da colite ulcerativa

E1 - Proctite	limitada ao reto, até a junção retossigmoidiana
E2 – Colite esquerda ou distal	limitada à porção distal do cólon e reto, até o ângulo esplênico
E3 – Pancolite ou Colite extensa	além do ângulo esplênico, todo o cólon
E4 - Proctossigmoidite	limitada ao reto e sigmóide

Fonte: derivado de Satsangi et al., 2006.

Os indivíduos com CU apresentam períodos de doença ativa e inativa e 90% deles costumam ter um ou mais períodos de atividade após os primeiros sinais e sintomas da doença (LAMB et al 2019). Entre os sinais e sintomas mais frequentes da doença na fase ativa é a diarreia com a presença de sangue e/ou muco, associadas ou não a evacuações. O número de evacuações é variável, podendo ser de duas a três vezes ou até mais episódios em 24 horas. Outras manifestações clínicas associadas a doença são: febre, inapetência, cansaço, fraqueza, emagrecimento e anemia (GAMEDII, 2018). Além disso, a CU está frequentemente associada a outras condições gastrointestinais, como gastrite por *Helicobacter pylori*, megacólon tóxico e a manifestações extra intestinais, como artropatia e manifestações cutâneas e oculares (SEGAL et al., 2021; GAJENDRAN., et al 2019). Ainda, há risco aumentado do aparecimento de câncer colorretal na CU por conta da duração e extensão da inflamação, sendo que o risco de câncer colorretal aumenta em indivíduos com mais de 10 anos de evolução, progredindo as chances com o tempo de doença (KOBAYASHI et al., 2020).

Sistemas de pontuação têm sido utilizados para quantificar a atividade inflamatória na CU. Um dos mais utilizados é o escore de *Mayo*. O escore completo de *Mayo* (máximo de 12 pontos) inclui os seguintes parâmetros clínicos: frequência de evacuações, sangramento retal, aparência da mucosa ao exame endoscópico e avaliação da atividade da doença pelo médico (Quadro 1) (GEDIIB, 2018). Para identificação do escore, é necessário que cada parâmetro clínico receba uma pontuação que varia de zero a três, totalizando a pontuação máxima de 12. A remissão clínica é definida como uma pontuação de *Mayo* menor que dois e nenhuma subpontuação individual maior que um. A atividade da doença pode ser caracterizada como leve (pontuação entre três e cinco), moderada (pontuação entre seis e dez) ou grave (pontuação entre 11 e 12) (LAMB A. C., et al 2019; DAMIÃO et al., 2019).

Já o escore parcial de *Mayo* (máximo 9 pontos) usa somente os componentes não invasivos do escore completo (frequência das fezes e sangramento retal) e se correlaciona bem com as percepções do indivíduo sobre a resposta à terapia, sendo a remissão clínica a soma menor que três e nenhum subescore individual maior que um (LEWIS D. J., et al 2008; GEDIIB, 2019).

Quadro 2. Escore completo de *Mayo*

Índice de Mayo	0	1	2	3
Frequência das fezes	Normal	1-2 dias mais que o normal	3-4 dias mais do que o normal	5 dias mais que o normal
Sangramento retal	Nenhum	Estrias de sangue nas fezes <50%	Sangue vivo com fezes	Sengue vivo sem fezes
Mucosa (endoscópica)	Normal ou inativo	Doença leve (eritema, padrão vascular diminuído, friabilidade)	Doença moderada (eritema acentuado, falta de padrão vascular, friabilidade e erosões)	Doença grave (sangramento e ulcerações)
Avaliação global	Normal	Doença leve	Doença moderada	Doença grave

Fonte: adaptado de Schroeder et al., 1987

2.2.1 Epidemiologia da Colite Ulcerativa

A CU costuma acometer igualmente pessoas de ambos os sexos. O diagnóstico da doença pode ocorrer em qualquer faixa etária, embora seja mais comum no final da adolescência ou no início da idade adulta com um pico de incidência na segunda ou terceira década e um segundo pico entre os 50 a 80 anos (SILVA et al., 2014; SEGAL et al., 2021).

Em todo o mundo, a CU é mais comum que a DC e ambas são mais comuns nos países desenvolvidos. A incidência e prevalência globais de CU são relatadas como sendo de 1,2–20,3 e 7,6–245 casos por 100.000 pessoas/ano, respectivamente (FEUERSTEIN e CHEIFETZ, 2014; GAJENDRAN, 2019).

Embora a doença seja mais comum nos países desenvolvidos, estudos mostram que o número de casos aumentou em países em desenvolvimento, como os da América Latina, Ásia e Leste Europeu. No Brasil, a taxa de incidência e prevalência para CU, respectivamente, no período de 2012 a 2020, foi de 6,9 para cada 100 mil habitantes/ano e 56,5 para cada 100 mil habitantes/ano, com maior concentração nos estados de São Paulo, Santa Catarina e Paraná (QUARESMA et al., 2022). Em uma pesquisa realizada com pacientes da rede pública do estado de São Paulo, durante o período de 2012 a 2015, a taxa de incidência de CU foi de 7,16/100 mil habitantes/ano, sendo a maior incidência descrita no país até o presente estudo (GASPARINI et al., 2018).

Devido aos exames de confirmação do diagnóstico não serem específicos e, frequentemente, de difícil acesso à população, casos de CU podem ser concluídos como inflamação intestinal ou infecção de qualquer causa, subnotificando e diminuindo os casos de indivíduos com a doença. Além disso, há falta de estudos epidemiológicos nacionais de qualidade baseados na população de países recentemente industrializados em todo o mundo (FEUERSTEIN e CHEIFETZ, 2014; QUARESMA., et al 2022).

2.2.2 Diagnóstico da Colite Ulcerativa

O diagnóstico da CU é baseado em uma combinação de história clínica, exame físico e achados laboratoriais e de imagem. No entanto, o teste definitivo para confirmar a presença da doença é a colonoscopia com biópsia (MOWAT C., et al 2014).

Entre os exames laboratoriais comumente solicitados para auxiliar no diagnóstico da CU estão os marcadores de atividade inflamatória sanguíneos como velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína-C reativa (PCR), que podem se encontrar elevados, porém, são inespecíficos para a CU. A calprotectina fecal também é um marcador de atividade inflamatória intestinal com alta especificidade, sendo recomendado seu uso para mensurar o grau de atividade inflamatória durante o tratamento, porém, não é recomendada a sua utilização para diagnóstico (GEDIIB, 2019).

A colonoscopia com biópsias é o principal exame indicado na avaliação do indivíduo com suspeita de CU. O padrão endoscópico mais comum é um acometimento contínuo e difuso da mucosa, podendo apresentar eritema, perda do padrão vascular, friabilidade, erosões, ulcerações e, em casos mais avançados, estenoses. De acordo com as lesões encontradas, é possível determinar o grau de atividade da doença pela classificação endoscópica de *Mayo* (GAJENDRAN., et al, 2019).

A CU grave é considerada quando se tem seis ou mais evacuações com sangue por dia somadas a, pelo menos, uma das seguintes alterações: febre ($>37,5^{\circ}\text{C}$); taquicardia (>100 bpm); anemia (hemoglobina 30 mm, 1^a hora) e albumina $<3,5$ g/dL. Já a forma fulminante da CU, por sua vez, é caracterizada por mais de 10 evacuações diárias com sangue, febre, taquicardia, necessidade de transfusão de sangue, provas de atividade inflamatória bastante alteradas (ex.: VHS >30 mm, 1^a hora; PCR >30 mg/L), com ou sem megacólon tóxico (dilatação colônica, geralmente do cólon transverso $\geq 5,5$ cm) ou perfuração intestinal (GEDIIB, 2019).

2.2.3 Tratamento da Colite Ulcerativa

O tratamento da CU é baseado no conhecimento da extensão da doença, grau de inflamação presente e severidade dos sinais e sintomas. O objetivo principal do tratamento é controlar a inflamação intestinal, prevenir recorrências e melhorar a qualidade de vida do indivíduo (GEDIIB, 2018).

Os medicamentos são o pilar fundamental no controle da doença. Os principais tipos incluem os aminossalicilatos, que são anti-inflamatórios que ajudam a reduzir os sintomas

leves ou moderados da CU. Já os corticosteroides são usados para tratar crises agudas ou graves, mas devem ser usados com precaução em longo prazo. Os imunomoduladores são utilizados para manter a remissão após um surto agudo, como azatioprina. Por outro lado, os agentes biológicos atuam em proteínas específicas envolvidas na resposta imunológica anormal que causa inflamação intestinal. Estes são comumente utilizados atualmente, podendo citar como exemplo o infliximabe, adalimumabe e vedolizumabe (GEDIIB, 2018).

Em casos mais graves ou refratários ao tratamento médico convencional, como megacólon tóxico, perfuração, hemorragia incontrolável, dependência de corticosteroides, displasia ou câncer de cólon, a cirurgia pode ser necessária. Aproximadamente 10% a 15% dos indivíduos necessitarão de tratamento cirúrgico. A cirurgia recomendada no quadro agudo de CU grave-fulminante é a colectomia total com bolsa de *Hartmann*. No entanto, deve-se lembrar que o procedimento cirúrgico não cura a doença, mas remove os sintomas e melhoram a qualidade de vida do indivíduo (FEUERSTEIN e CHEIFETZ, 2014; MOWAT., et al 2019).

Devido às características da CU descritas anteriormente, além do tratamento farmacológico e cirúrgico, é fundamental a realização de orientação nutricional por profissional nutricionista. O consumo alimentar, assim como certos alimentos/grupos alimentares podem influenciar grandemente no curso da CU, apresentando-se como benéfico ou não no prognóstico da doença e qualidade de vida destes indivíduos (RADZSZEWSKA et al., 2022).

2.3 Consumo Alimentar

A alimentação desempenha um papel vital na patogênese da DII por meio de uma interação entre a microbiota intestinal, a função de barreira do hospedeiro e a imunidade (TIAN Z. et al, 2021). Em adição, adequar-se a hábitos alimentares saudáveis e possuir uma alimentação balanceada nutricionalmente, é de suma importância para a melhora na qualidade de vida dessa população quando já apresenta o diagnóstico de CU, fazendo com que ocorra a diminuição dos sinais e sintomas e da imunodepressão e melhora do estado nutricional e a resposta a medicação (OLIVEIRA et al., 2021).

Sendo assim, a intervenção nutricional para indivíduos com CU tem como principal objetivo recuperar ou manter o estado nutricional, fornecer o aporte adequado de macro e micronutrientes, oferecer alívio dos sinais e sintomas, reduzir as indicações e complicações

cirúrgicas, diminuir a atividade de doença e aumentar a qualidade de vida (BICHOFF et al., 2023).

Na fase ativa da CU, é muito comum a dúvida de como se alimentar. Embora não exista uma recomendação específicas para a doença, orientações nutricionais são realizadas, como o automonitoramento, evitar as intolerâncias alimentares de forma individualizada, limitar a ingestão de álcool, adesão à dieta enriquecida com vegetais cozidos, frutas e proteínas magras, restrita em lactose, sacarose, leguminosas e fibras insolúveis, tais como os vegetais crus (MAGRO, O. D., 2019; RADZSZEWSKA et al., 2022).

No momento da realização do planejamento alimentar para a fase ativa, a dieta deve ser hipercalórica, de 30 a 35kcal/kg/dia, devido ao aumento do catabolismo e hiperproteica, ou seja, com 1,2 a 1,5g de ptn/kg/dia, por conta da tendência a perda de massa magra e do processo inflamatório. Ainda, deve ser hipolipídica e normoglicídica, restringindo alimentos que podem vir a causar desconforto abdominal. A alimentação deve ser fracionada de seis a oito vezes ao longo do dia, com pouco volume (RIPARDO, ESTEVÃO e PEREIRA. 2016; BICHOFF et al., 2023).

Já na fase de remissão, como há melhora do quadro clínico, alguns alimentos podem ser reintroduzidos na alimentação gradativamente. Deve-se observar a tolerância e a prescrição calórica e de nutrientes para que estejam adequadas de acordo com o estado nutricional do indivíduo. Em relação às necessidades proteicas, para indivíduos em remissão, o fornecimento geralmente deve ser semelhante ao recomendado para a população geral, de 1,0g/kg/dia (OLIVEIRA, 2012; BICHOFF et al., 2023).

Quando se observa o consumo alimentar como um todo, diversos padrões têm sido adotados como apoio no tratamento da CU, como por exemplo, a dieta mediterrânea. Essa abordagem nutricional se baseia em um alto consumo de vegetais, frutas, legumes e cereais integrais, ricos em antioxidantes e fibras alimentares, complementados por frutos secos, peixes e azeite, que são fontes abundantes de ácidos graxos monoinsaturados e poli-insaturados. Além disso, a dieta mediterrânea inclui quantidades moderadas de laticínios, com ênfase nos fermentados, como iogurte, kefir e queijo, juntamente com ovos. É importante ressaltar que a redução do consumo de carne vermelha, que é considerada um fator de risco para exacerbações da CU, torna a dieta mediterrânea uma alternativa nutricional promissora para indivíduos com essa condição (WARK et al., 2020; RADZSZEWSKA et al., 2022).

No contexto da avaliação nutricional, é crucial reconhecer os hábitos alimentares, pois eles estão intrinsecamente ligados aos aspectos culturais, socioeconômicos e psicológicos que

permeiam o ambiente das pessoas. Nesse sentido, a análise do consumo alimentar não se limita a quantificação dos nutrientes, mas busca, em conjunto com o indivíduo, identificar determinantes demográficos, sociais, culturais, ambientais e emocionais da alimentação cotidiana. Isso possibilita estabelecer condutas alimentares adequadas à realidade, resultando em uma melhor adesão ao tratamento nutricional (FISBERG et al., 2009).

Existem quatro principais métodos utilizados comumente para análise do consumo: o recordatório de 24 horas (R24h), o registro alimentar ou diário alimentar, o questionário de frequência alimentar (QFA) e a avaliação do padrão alimentar individual (História alimentar) (FISBERG et al., 2009). No Quadro 3 estão descritas as ferramentas de investigação do consumo alimentar mais utilizadas e suas vantagens e desvantagens, considerando o objetivo a ser atingido.

O QFA é o método mais utilizado em estudos epidemiológicos, pois além de apresentar a estimativa habitual da ingestão, analisa grupos específicos de alimentos e seus nutrientes, auxiliando na associação do consumo alimentar e desenvolvimento de doenças crônicas e ainda, exige pouco investimento (MENEZES, 2019).

Existem três métodos do QFA, o qualitativo, em que se obtém informações sobre os grupos alimentares sem dados de quantidades. O quantitativo, em que solicita ao respondente que descreva a porção usual do consumo. E o semiquantitativo, que inclui uma porção de referência para cada item alimentar (PEREIRA E SICHIERI, 2007).

No Brasil, desde 2006, o Ministério da Saúde implementou o VIGITEL, o maior questionário de saúde do país. Esse inquérito telefônico avalia a frequência e a distribuição dos principais indicadores relacionados às doenças crônicas e seus fatores de risco e proteção, incluindo como temática o consumo alimentar. A avaliação desse consumo é feita de forma qualitativa, por meio dos grupos alimentares sem dados de quantidade, destacando a importância dessa forma de análise (BRASIL, 2021).

Quadro 3. Vantagens e desvantagens dos métodos de análise de consumo alimentar

	VANTAGENS	DESVANTAGENS
R24h	<ul style="list-style-type: none"> - Rápida aplicação - Não altera a ingestão alimentar - Utilizado em qualquer faixa etária e em analfabetos - Baixo custo 	<ul style="list-style-type: none"> - Depende da memória do entrevistado - Depende da boa comunicação do entrevistador - Um único R24 não estima a dieta habitual - A ingestão relatada pode ser atípica
REGISTRO ALIMENTAR / DIÁRIO ALIMENTAR	<ul style="list-style-type: none"> - Os alimentos são anotados no momento do consumo - Não depende da memória - Menor erro quando há orientação detalhada para o registro - Mede o consumo atual - Identifica tipos de alimentos e preparações consumidos e horários das refeições 	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo pode ser alterado, pois o indivíduo sabe que está sendo avaliado - Requer que o indivíduo saiba ler e escrever - Há dificuldade para estimar as porções - Exige alto nível de motivação e colaboração - Menor adesão de pessoas do sexo masculino - As sobras são computadas como alimento ingerido - Requer tempo - O indivíduo deve conhecer medidas caseiras
QFA	<ul style="list-style-type: none"> - Estima a ingestão habitual do indivíduo - Não altera o padrão de consumo - Baixo custo - Classifica os indivíduos em categorias de consumo - Elimina as variações de consumo do dia a dia - A digitação e a análise do inquérito são relativamente simples, comparadas a outros métodos 	<ul style="list-style-type: none"> - Depende da memória dos hábitos alimentares passados e de habilidades cognitivas para estimar o consumo médio em longo período de tempo pregresso - Desenho do instrumento requer esforço e tempo - Dificuldades para a aplicação conforme o número e a complexidade da lista de alimentos - Quantificação pouco exata - Não estima o consumo absoluto, visto que nem todos os alimentos consumidos pelo indivíduo podem constar na lista
HISTÓRIA ALIMENTAR	<ul style="list-style-type: none"> - Elimina as variações de consumo do dia a dia - Leva em consideração a variação sazonal - Fornece a descrição da ingestão habitual em relação aos aspectos qualitativos e quantitativos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Requer entrevistadores treinados - Depende da memória do entrevistado - Tempo longo de administração

R24h: recordatório de 24 horas; QFA: questionário de frequência alimentar.

Fonte: adaptado de FISBERG e colaboradores, 2009.

3. JUSTIFICATIVA

Sabendo que a alimentação dos indivíduos portadores de CU pode influenciar nos sinais e sintomas da doença, é necessário conhecer o consumo alimentar desses indivíduos. Ainda, a identificação da autopercepção da alimentação no percurso da doença pode influenciar de forma assertiva, alertando tanto os portadores de CU, assim como a equipe multiprofissional de saúde, contribuindo para um melhor prognóstico da doença e qualidade de vida.

4. OBJETIVOS

a. Geral

Caracterizar o consumo alimentar de indivíduos com diagnóstico de CU em atendimento nutricional no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée Guinle (HUGG).

b. Específicos

- Comparar fatores socioeconômicos, clínicos e de consumo alimentar entre os indivíduos com CU em remissão e fase ativa em atendimento nutricional no ambulatório de gastroenterologia do HUGG;
- Identificar os grupos de alimentos ingeridos e suas frequências entre os indivíduos com CU em remissão e fase ativa em atendimento nutricional no ambulatório de gastroenterologia do HUGG;
- Identificar a autopercepção sobre alimentação dos indivíduos com CU em atendimento nutricional no ambulatório de gastroenterologia do HUGG.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Amostra do estudo

Foi realizado um estudo transversal observacional de amostra não probabilística por conveniência de indivíduos com CU atendidos no ambulatório de gastroenterologia do HUGG no período de junho a outubro de 2023 e que já realizavam consulta nutricional no próprio ambulatório. Os critérios de inclusão utilizados foram de indivíduos com diagnóstico de CU, de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 19 anos. Foram excluídos os indivíduos que não apresentavam diagnóstico de CU ou idade menor que 19 anos.

5.2 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNIRIO, atendendo as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sob o número CAAE 60841716.2.0000.5285 (Anexo 1). Os indivíduos selecionados para participar do projeto foram esclarecidos quanto aos procedimentos adotados no estudo e aqueles que concordaram em participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

5.3 Coleta de dados e Questionário

Foram coletados dados de prontuário médico e realizada entrevista através de questionário próprio (Apêndice 2). Os voluntários selecionados responderam ao questionário de forma presencial no ambulatório de gastroenterologia do HUGG ou através de contato telefônico. Os dados coletados foram digitados no formulário eletrônico Google *forms* pelo entrevistador.

O questionário para indivíduos com CU incluía os seguintes tópicos: 1) dados pessoais; 2) características sociodemográficas e socioeconômicas; 3) características de saúde; 4) índice de atividade de doença 5) frequência dos principais sinais e sintomas; 6) questões de consumo e autopercepção alimentar.

O questionário também apresentava perguntas sobre diagnóstico médico, fase de doença, número de consultas/ano com nutricionista, idade, sexo, escolaridade, renda mensal e perguntas selecionadas do QFA do VIGITEL (BRASIL, 2021).

Para a coleta dos dados sobre o consumo alimentar, foram realizadas perguntas sobre a frequência do consumo de feijão, leite, legumes, verduras, frutas, bebidas artificiais, biscoitos salgados industrializados, sobremesas industrializadas e embutidos. Na análise da frequência, as opções de resposta no questionário eram "1 a 2 dias na semana", "3 a 4 dias na semana", "5

a 7 dias na semana", "Quase nunca" e "Nunca". Para fins de análise estatística, as respostas sobre o consumo alimentar foram agrupadas como "1 a 4 dias por semana", "5 a 7 dias por semana" e "Quase nunca ou Nunca", para a apresentação dos gráficos. Já para a apresentação da tabela referente ao consumo alimentar, os participantes que indicaram consumo de "1 a 2 dias na semana", "3 a 4 dias na semana" e "5 a 7 dias na semana" foram agrupados como "SIM", ou seja, consomem. Enquanto aqueles que responderam "Quase nunca" ou "Nunca" foram agrupados como "NÃO", logo, não consomem.

Para avaliação do estado nutricional foi utilizado peso e altura referidos. Posteriormente foram calculados o Índice de Massa Corporal (IMC) e os indivíduos adultos foram classificados em baixo peso: $< 18,5 \text{ kg/m}^2$, eutrofia: $18,5 \text{ a } 24,9 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso: $25 \text{ a } 29 \text{ kg/m}^2$, obesidade: grau I: $30 \text{ a } 34,9 \text{ kg/m}^2$, obesidade grau II: $35 \text{ a } 39,9 \text{ kg/m}^2$, obesidade grau III: $\geq 40,0 \text{ kg/m}^2$ (WHO, 2000). Para os indivíduos com idade superior a 65 anos de idade, o seguinte IMC foi utilizado para classificação: baixo peso: $< 22 \text{ kg/m}^2$, eutrofia: $22 \text{ a } 27 \text{ kg/m}^2$ e obesidade: $> 27 \text{ kg/m}^2$ (LIPSCHITZ, 1994).

5.4 Análise dos dados

Os dados coletados foram organizados e tabulados em um banco de dados no programa Microsoft Excel 2016 e submetidos à análise estatística no programa Jamovi versão 2.3 (*Computer Software*). A normalidade das variáveis foi avaliada pelo teste *Shapiro-Wilk*. Variáveis paramétricas foram expressas como média \pm desvio padrão, não paramétricas como mediana (intervalo interquartil) e categóricas como valor absoluto e frequência relativa.

Os indivíduos foram classificados segundo o escore de atividade de doença e alocados nos grupos REM ou FA de acordo com sua classificação de fase de remissão ou fase ativa, respectivamente (LEWIS D. J., *et al* 2008; GEDIIB, 2019). Os grupos foram comparados utilizando o teste t de *Student* não pareado para variáveis paramétricas, teste de *Mann-Whitney* para variáveis não paramétricas e teste Exato de Fisher para comparação das proporções de variáveis qualitativas. Uma probabilidade $< 5\%$ foi considerada estatisticamente significativa em análises bicaudais.

6. RESULTADOS

Um total de 37 indivíduos com CU foram entrevistados, sendo 13 (35%) identificados em fase ativa e 24 (65%) em remissão da doença. O grupo como um todo apresentou mediana de idade de 41 (27 – 63) anos, não sendo observada diferença entre os grupos FA [30 (28 – 66) anos] e REM [40 (27 – 52) anos].

Na tabela 1 é apresentado o perfil sociodemográfico e econômico dos indivíduos com CU. Ao analisar o grupo todo, percebe-se que a maioria era do sexo feminino, solteiro, com renda de 1 a 3 salários-mínimos, com composição familiar de 1 a 3 pessoas e possuindo ensino médio completo. Quando observado os grupos FA e REM separadamente, não foram observadas diferenças significativas para as variáveis citadas.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de indivíduos com colite ulcerativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

Variáveis	CU		FA		REM		p - valor
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Masculino	16	43,3	5	38,5	11	45,8	0,739
Feminino	21	56,7	8	61,5	13	54,2	
Estado civil							
Solteiro	25	67,6	9	69,2	16	66,7	1,000
Casado	11	29,7	4	30,8	7	29,2	
Divorciado	1	2,7	0	0	1	4,1	
Renda							
Até R\$1.320,00	10	27	1	7,7	9	37,5	0,167
De R\$ 1.320,01 até R\$ 3.960,00	18	48,6	8	61,5	10	41,7	
De R\$ 3.960,01 até R\$ 7.920,00	5	13,5	3	23,1	2	48,3	
Acima R\$ 7.920,01	2	5,4	1	7,7	1	4,2	
Não sei responder	2	5,4	0	0	2	8,3	
Composição familiar							
Mora sozinho	6	16,2	3	23,1	3	12,5	0,134
1 a 3 pessoas	25	67,6	10	76,9	15	62,5	
4 a 7 pessoas	6	16,2	0	0	6	25	
Escolaridade							
Ensino fundamental incompleto	7	18,9	1	7,7	6	25	0,218
Ensino fundamental completo	2	5,4	0	0	2	8,3	
Ensino médio incompleto	2	5,4	0	0	2	8,3	
Ensino médio completo	15	40,5	5	38,5	10	41,7	
Superior incompleto	4	10,8	2	15,4	2	8,3	
Superior completo	5	13,5	4	30,8	1	4,2	

CU = Colite ulcerativa; FA = Grupo fase ativa; REM = Grupo remissão. Dados expressos em contagem e porcentagem.

De acordo com a tabela 2, o grupo como um todo apresentava média de IMC de sobrepeso tanto para adultos quanto para idosos, dados também identificados nos grupos FA e REM. Em relação ao tempo de diagnóstico de CU, a maior parte dos indivíduos recebeu o diagnóstico da doença há menos de cinco anos, seguindo igualmente nos dois grupos analisados. Quando avaliado o atendimento nutricional, mais de 80% dos entrevistados relataram que tiveram consulta com a nutrição no último ano, sendo que a maioria recebeu pelo menos um atendimento nutricional, sem diferenças entre os grupos FA e REM.

Tabela 2. Índice de massa corporal, informações sobre acompanhamento de indivíduos com colite ulcerativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

Variáveis	CU	FA	REM	p - valor
IMC (kg/m ²) - idosos	27,5±4,85	28,1±6,17	26,9±3,74	0,722
IMC (kg/m ²) - adultos	26,5 ±5,15	27,0±5,78	26,2±5,02	0,717
Tempo de diagnóstico				
Mais de 5 anos	17 (45,9%)	6 (46,2%)	11 (45,8%)	1,000
Menos de 5 anos	20 (54,1%)	7 (53,8%)	13 (54,2%)	
Consulta nutricionista no último ano				
Sim	30 (81,1%)	10 (76,9%)	20 (83,3%)	0,678
Não	7 (18,9%)	3 (23,1%)	4 (16,7%)	
Número de consultas				
Nenhuma vez	7 (1,9%)	3 (23,1%)	4 (16,7%)	0,719
Pelo menos 1 vez	15 (40,5%)	5 (38,5%)	10 (41,7%)	
Entre 1 e 2 vezes	6 (16,2%)	3 (23,1%)	3 (12,5%)	
Mais de 3 vezes	9 (24,3%)	2 (15,4%)	7 (29,0%)	

CU = Colite ulcerativa; FA= Fase ativa; REM = Remissão; IMC = Índice de massa corporal. Dados expressos média (desvio padrão) e contagem (porcentagem).

Quando questionados sobre a ocorrência de sinais e sintomas gastrointestinais nos últimos sete dias, apenas a queixa de distensão abdominal apresentou maior percentual entre os entrevistados do grupo como um todo. Porém, o relato dos sinais e sintomas gastrointestinais variou de aproximadamente 22% a 55%, o que evidencia que quase metade da população estudada apresenta um ou mais sinais e sintomas gastrointestinais.

Quando avaliado os grupos FA e REM, a presença de sangramento retal foi observada apenas no grupo FA. Esse resultado já era esperado, uma vez que o sangramento retal é um episódio característico em indivíduos com doença na fase ativa (Tabela 3).

Tabela 3. Sinais e sintomas dos indivíduos com colite ulcerativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

Variáveis	CU		FA		REM		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Ritmo intestinal alterado							
Sim	10	27	4	30,8	6	25	0,716
Não	27	73	9	69,2	18	75	
Diarreia							
Sim	8	21,6	5	38,5	3	12,5	0,100
Não	29	78,4	8	61,5	21	87,5	
Constipação							
Sim	12	32,4	4	30,8	8	33,3	1,000
Não	25	67,6	9	69,2	16	66,7	
Sangramento retal							
Sim	8	21,6	8	61,5	0	0	< 0,001
Não	29	78,4	5	38,5	24	100	
Dor abdominal							
Sim	16	43,2	8	61,5	8	33,3	0,165
Não	21	56,8	5	38,5	16	66,7	
Distensão abdominal							
Sim	20	54,1	8	61,5	12	50	0,731
Não	17	45,9	5	38,5	12	50	
Náuseas							
Sim	9	24,3	5	38,5	4	16,7	0,229
Não	28	75,7	8	61,5	20	83,3	

CU = Colite ulcerativa; FA = Fase ativa; REM = Remissão. Dados expressos em contagem e porcentagem.

Na tabela 4, a qual representa o consumo alimentar, o grupo como um todo apresentou maiores percentuais de respostas “Sim” para o consumo de alimentos considerados saudáveis, ou seja, feijão, leite, legumes, verduras e frutas, quando comparado com as respostas “Não”. Em adição, ainda no grupo como um todo, houve menor percentual de respostas “Sim” quando comparado as respostas “Não” para ingestão de todos os grupos alimentares considerados não saudáveis, ou seja, bebida artificial, biscoito salgado industrializado, sobremesa industrializada e embutidos.

Quando observados os grupos FA e REM, apenas o consumo de biscoito salgado industrializado foi diferente entre os grupos, com menor consumo entre os indivíduos na fase ativa da doença. Apesar do consumo de embutidos não ter apresentado diferença significativa entre os grupos, observou-se uma tendência de menor consumo no grupo FA quando comparado ao REM.

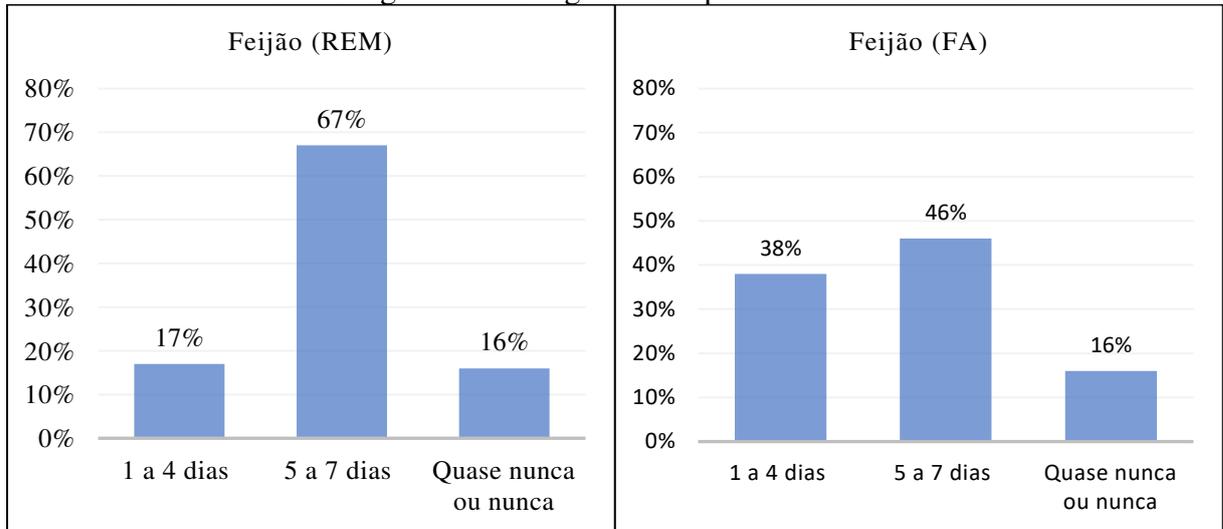
Tabela 4. Consumo alimentar dos indivíduos com colite ulcerativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

Consumo alimentar	CU		FA		REM		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Feijão							
Sim	31	83,8	11	84,6	20	83,3	1,000
Não	6	16,2	2	15,4	4	16,7	
Leite							
Sim	22	59,5	7	53,8	15	62,5	0,730
Não	15	40,5	6	46,2	9	37,5	
Legumes							
Sim	35	94,6	13	100	22	91,7	0,532
Não	2	5,4	0	0	2	8,3	
Verduras							
Sim	29	78,4	10	76,9	19	79,2	1,000
Não	8	21,6	3	3,1	5	20,8	
Frutas							
Sim	36	97,3	13	100	23	95,8	1,000
Não	1	2,7	0	0	1	4,2	
Bebida artificial							
Sim	17	45,9	5	38,5	12	50,0	0,731
Não	20	54,1	8	61,5	12	50,0	
Biscoito salgado industrializado							
Sim	12	32,4	1	7,7	11	45,8	0,027
Não	25	67,6	12	92,3	13	54,2	
Sobremesa industrializada							
Sim	13	35,1	3	23,1	10	41,7	0,305
Não	24	64,9	10	76,9	14	58,3	
Embutidos							
Sim	10	27,0	1	7,7	9	37,5	0,065
Não	27	73,0	12	92,3	15	62,5	

CU = Colite ulcerativa; FA = Fase ativa; REM = Remissão. Dados expressos em contagem e porcentagem.

Dados sobre o consumo alimentar são apresentados nos gráficos a seguir. Indivíduos na fase de remissão consumiam feijão com mais frequência quando comparados aos em fase ativa. Porém, cabe destacar que mesmo na fase ativa da doença a leguminosa é consumida por 84% dos entrevistados. E, por outro lado, mesmo estando na fase de remissão, 16% relataram consumir nunca ou quase nunca a leguminosa ($p = 0,385$) (Gráfico 1).

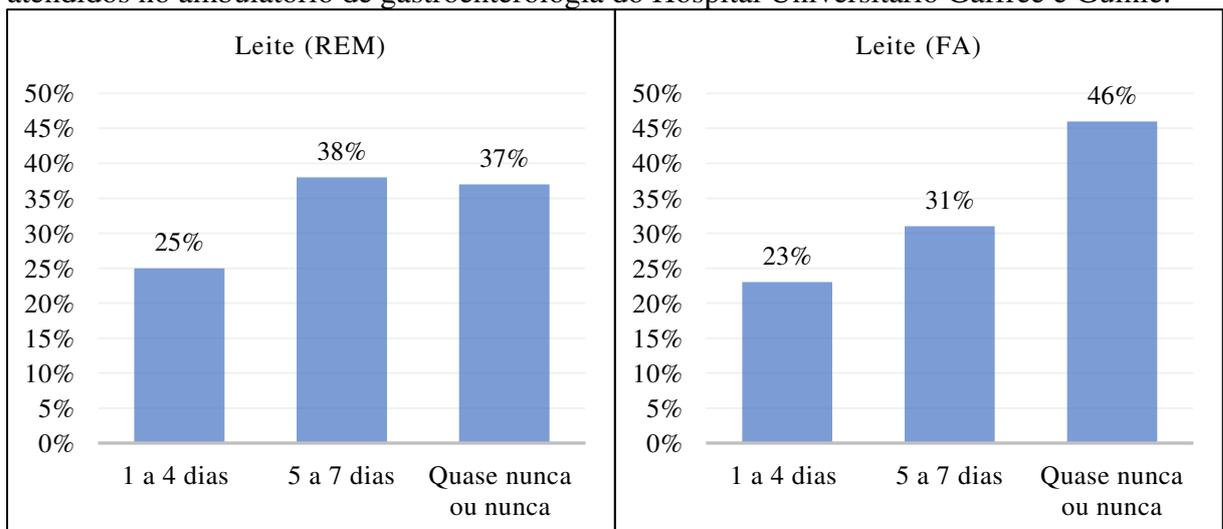
Gráfico 1. Consumo de feijão de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Quanto ao consumo de leite, o grupo REM exibiu uma porcentagem maior de consumo na categoria de "cinco a sete dias", seguida de "Quase nunca ou nunca" e "um a quatro dias". Já em relação ao grupo de indivíduos em FA, percebe-se uma maior porcentagem na categoria "Quase nunca ou nunca", evidenciando uma maior restrição a esse tipo de alimento em relação ao grupo em remissão. Em seguida, observou-se um consumo de "cinco a sete dias" e "um a quatro dias". Não foi encontrada diferença estatística significativa ($p = 0,909$) (Gráfico 2).

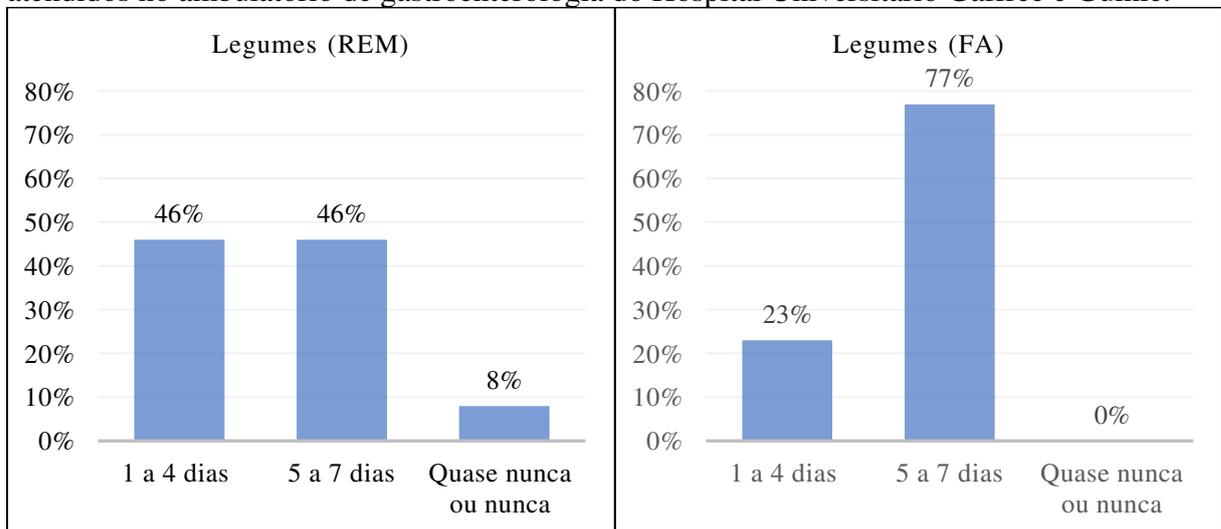
Gráfico 2. Consumo de leite de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

No que se refere ao consumo de legumes (Gráfico 3), o grupo FA demonstrou uma maior frequência de consumo durante cinco a sete dias por semana, seguido por um consumo de um a quatro dias por semana e sem dados registrados na categoria de "Quase nunca ou nunca". Por outro lado, no grupo REM, o consumo na categoria de cinco a sete dias por semana é menor, equiparando-se ao um consumo de um a quatro dias por semana e com um pequeno percentual relatando "Quase nunca ou nunca". Apesar de apresentar um percentual expressivo de maior frequência de consumo de legumes entre cinco a sete dias na semana pelo grupo em fase ativa, não foi identificada diferença estatisticamente significativa ($p = 0,217$).

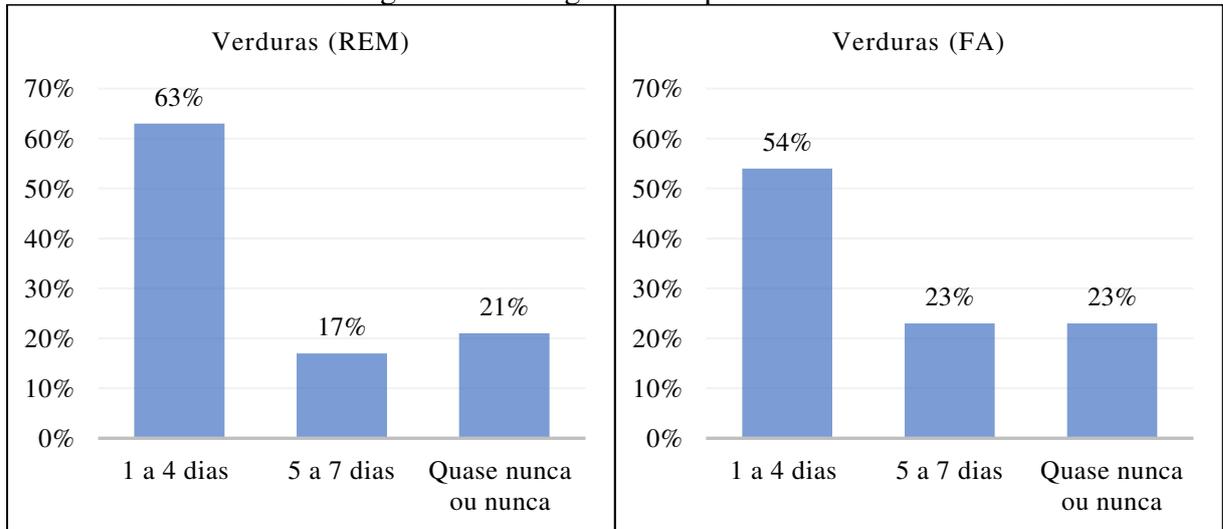
Gráfico 3. Consumo de legumes de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Ao avaliar o consumo de verduras, observou-se uma tendência semelhante entre os dois grupos, com ambos demonstrando um maior percentual de consumo entre um e quatro dias por semana. Mesmo estando na fase ativa da doença, 77% dos indivíduos referiram consumir verduras semanalmente. E, por outro lado, menos de 20% dos indivíduos em remissão referiram consumo de verduras entre 5 a 7 dias na semana. Não foram observadas diferenças significativas ($p = 0,894$) (Gráfico 4).

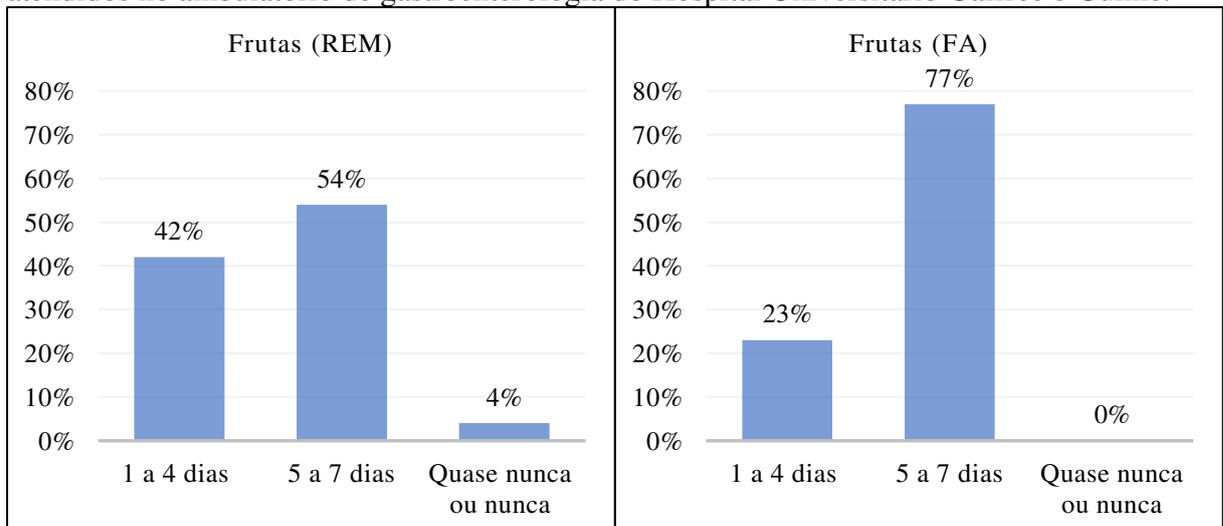
Gráfico 4. Consumo de verduras de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Em relação ao consumo de frutas (Gráfico 5), observou-se que o grupo FA apresentou maior frequência de consumo durante cinco a sete dias por semana, seguido por um consumo de um a quatro dias por semana e sem relatos de não consumo. No grupo em remissão, a maioria também consome de cinco a sete dias por semana, porém em menor percentual que o grupo FA, seguido por um consumo de um a quatro dias por semana. E, diferente do grupo FA, 4% dos indivíduos em fase de remissão relataram consumir frutas “Quase nunca ou nunca”. Entretanto, a análise estatística não demonstrou significância ($p = 0,442$).

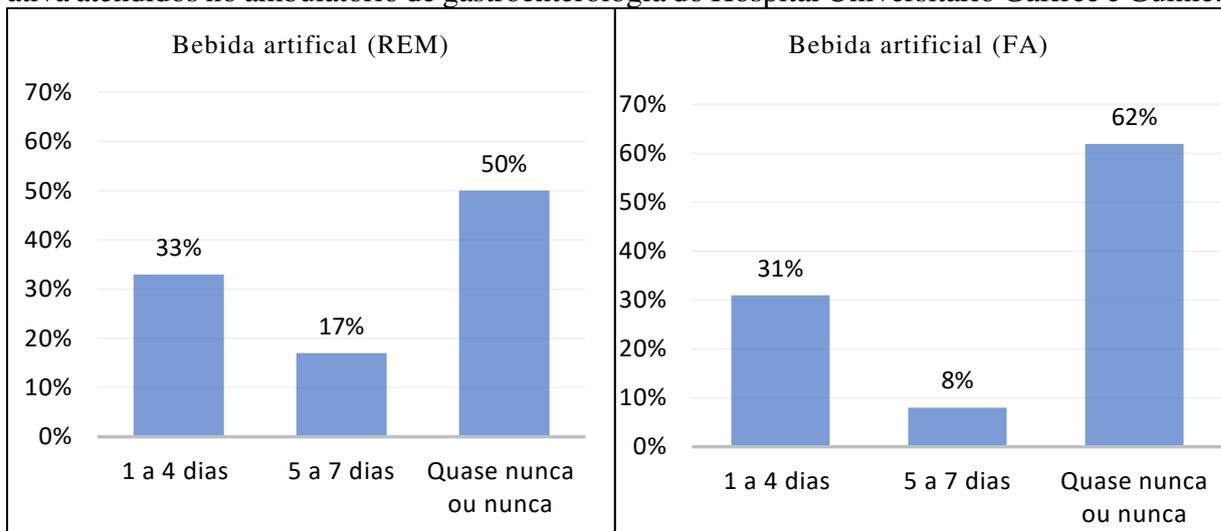
Gráfico 5. Consumo de frutas de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Ao analisar a frequência do consumo de bebidas artificiais (Gráfico 6), observou-se que a categoria "Quase nunca ou nunca" foi predominante nos dois grupos, sendo ainda mais expressiva no grupo FA. Na categoria de "cinco a sete dias por semana", os participantes em fase ativa demonstraram um menor consumo se observado o grupo em remissão. No entanto, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,892$).

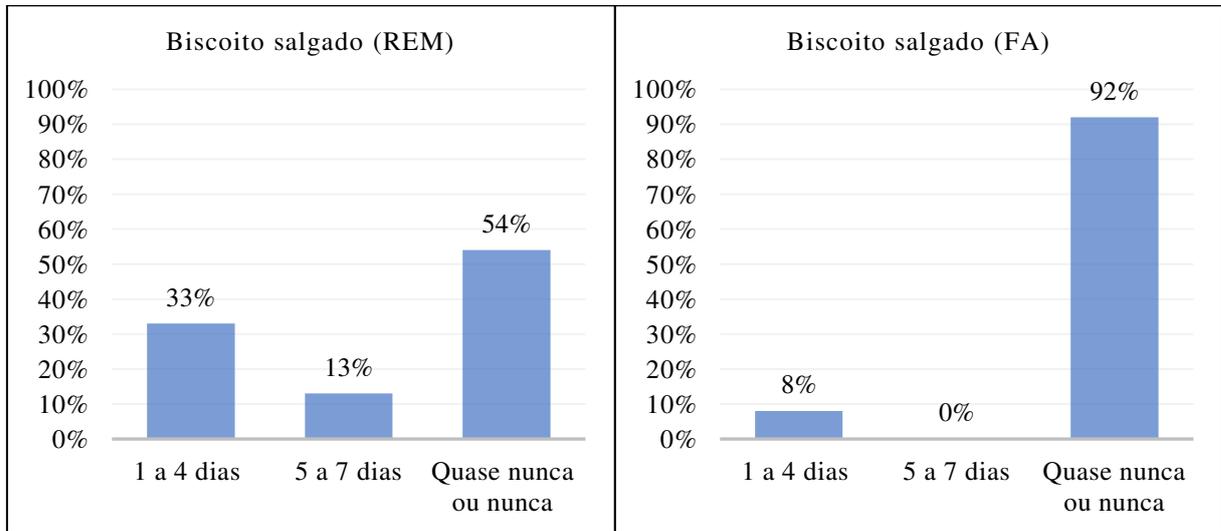
Gráfico 6. Consumo de bebida artificial de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

No que se refere ao consumo de biscoito salgado industrializado, o grupo REM evidenciou uma maior porcentagem na categoria "Quase nunca ou nunca", seguido por um consumo de um a quatro dias e de cinco a sete dias por semana. Já o grupo FA demonstrou uma restrição mais expressiva na categoria "Quase nunca ou nunca", seguido por um consumo de um a quatro dias (8%). Essa análise sugere uma restrição maior no grupo FA, provavelmente devido ao receio de agravar os sinais e sintoma da doença. Apesar desse grupo alimentar ter apresentado diferença estatística na tabela 4, na análise dos gráficos os resultados não diferiram ($p = 0,091$) (Gráfico 7).

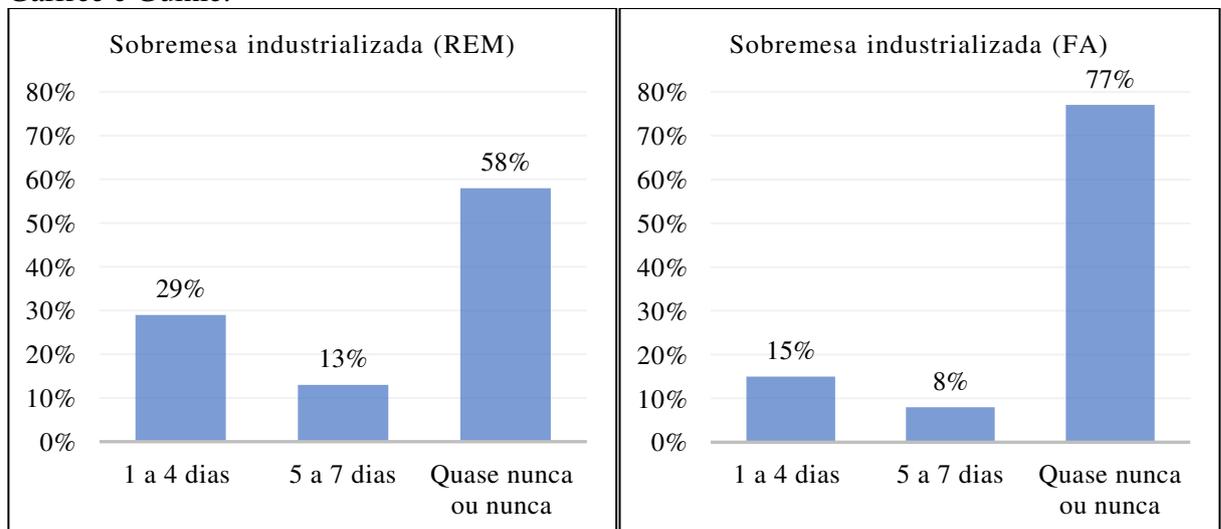
Gráfico 7. Consumo de biscoito salgado industrializado de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

O gráfico 8 apresenta o consumo de sobremesa industrializada. A categoria "Quase nunca ou nunca" foi majoritária nos dois grupos, sendo ainda mais expressiva no grupo FA. Em seguida, o consumo de um a quatro dias também predominou entre os dois grupos comparados. O consumo de cinco a sete dias por semana foi menos frequente nos dois grupos. Esse resultado indica a tendência dos participantes do estudo em restringir esse tipo de alimento, especialmente no grupo em fase ativa. A análise estatística não apresentou valor significativo ($p = 0,669$).

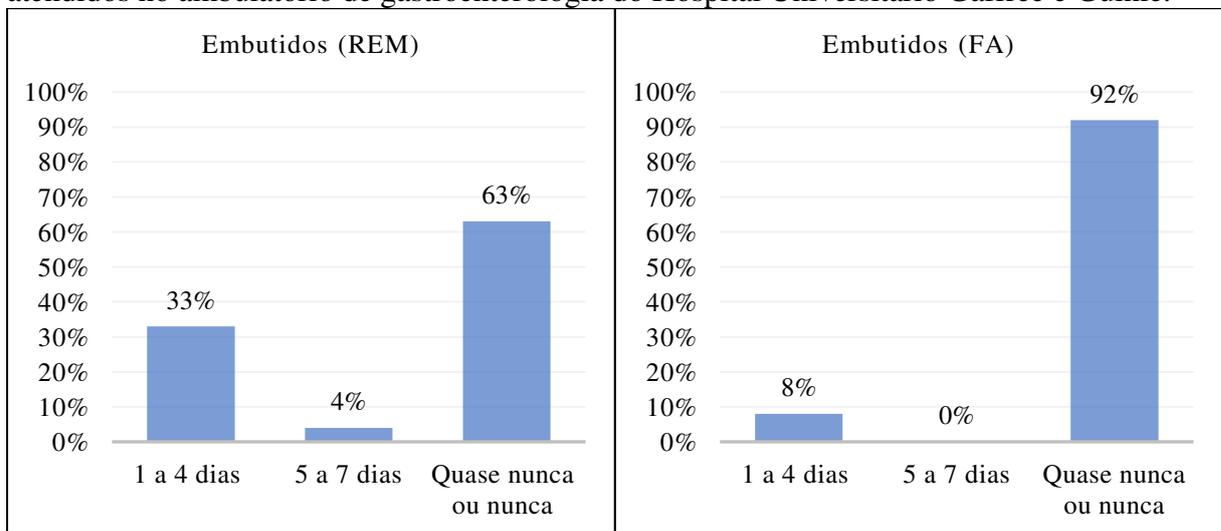
Gráfico 8. Consumo de sobremesa industrializada de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Em relação ao consumo de embutidos, no gráfico 9, observou-se que nos dois grupos há uma predominância de restrição a esse tipo de alimento, com uma maior porcentagem na categoria "Quase nunca ou nunca" nos dois grupos. Entretanto, o grupo REM apresentou um maior percentual de consumo em 1 a 4 dias da semana em comparação com o grupo FA. A categoria para o consumo de cinco a sete dias por semana mostrou que os indivíduos em FA relataram não consumir, enquanto menos de 5% do grupo REM consumia. Não foi encontrada diferença estatística significativa ($p = 0,151$).

Gráfico 9. Consumo de embutidos de indivíduos com colite ulcerativa em remissão e fase ativa atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Quando questionados sobre a autopercepção do consumo alimentar, 16 (43,2%) indivíduos com CU consideram a alimentação regular, 13 (35,1%) a classificaram como boa, 5 (13,5%) como muito boa, 2 (5,4%) como ruim e 1 (2,7%) não soube responder.

Em seguida, foi perguntado se na presença dos sinais e sintomas de doença ativa houve mudança na alimentação e, se sim, quais alterações foram realizadas. Trinta participantes (81%) responderam afirmativamente, enquanto 5 (13,5%) relataram que não realizaram alterações e 2 (5,4%) não souberam responder. Dentre os 30 participantes que afirmaram ter feito mudanças, os relatos mais comuns incluíram “consumo de legumes cozidos”, “deixar o feijão de molho antes do preparo”, “não consumir leite com lactose”, “redução no consumo de verduras” e “preferência por carnes magras, como peito de frango, patinho e tilápia”.

Com relação à pergunta sobre “se os indivíduos acreditavam que a modificação da dieta poderia reduzir os sinais e sintomas da doença”, 33 (89,2%) responderam que sim, 2 (5,4%)

relataram que não e 2 (5,4%) não souberam responder. Esse resultado valida os dados apresentados anteriormente, uma vez que a maioria dos indivíduos relatam fazer alterações no consumo alimentar durante a doença ativa da CU com o objetivo de amenizar os sinais e sintomas.

A respeito da identificação dos alimentos que podem melhorar os sinais e sintomas da doença, 18 participantes (48,6%) relataram que conseguiram identificá-los, enquanto 21 (32,4%) não conseguiram e 7 (19%) não souberam responder. Quando questionados sobre quais alimentos melhoraram os sinais e sintomas, os mais mencionados foram “legumes”, “arroz branco”, “frango”, “verduras”, “frutas mais constipantes, como banana e maçã” e “caldo de feijão”.

Por outro lado, ao investigar sobre os alimentos que poderiam piorar os sinais e sintomas da doença, houve uma resposta mais expressiva. Trinta e três participantes (89,9%) afirmaram conseguir identificar esses alimentos, enquanto 2 (5,4%) não conseguiram e 2 (5,4%) não souberam responder. Quanto aos alimentos que foram mencionados que pioravam os sinais e sintomas, os mais citados foram “leite integral”, “produtos industrializados”, “frituras”, “embutidos”, “feijão” “carne suína” e “carne vermelha”.

7. DISCUSSÃO

Ao realizar a análise da população estudada, nota-se maior prevalência de indivíduos do sexo feminino, o que está de acordo com diversos estudos realizados no Brasil. Kamp et al. (2021); Batista et al. (2018) e Matos et al. (2016) identificaram que, respectivamente, 90%, 72,3% e 57% das suas amostras eram pessoas do sexo feminino. No entanto, a literatura aponta para uma distribuição semelhante da CU entre os sexos feminino e masculino, mas sabe-se que existe uma maior tendência das mulheres procurarem os serviços de saúde do que os homens, seja por prevenção ou para recuperação, podendo assim justificar a prevalência das mulheres nas pesquisas (PNS, 2019; BRASIL, 2017).

O presente estudo apresentou uma população majoritariamente solteira, seguida de casados. No estudo de Oliveira et al (2021) a maioria dos indivíduos também eram solteiros (64,71%), embora a segunda predominância tenha sido de pessoas divorciadas (5,88%). Já no estudo de Batista et al (2018) a maioria dos participantes com CU eram casados ou viviam em uma união estável (64,6%). Ainda, a pesquisa apresentou mediana de idade considerada como adultos jovens. No estudo de Faveri et al (2013), a idade da população estudada variou entre 19 e 70 anos, demonstrando que a doença pode afetar pessoas de qualquer faixa etária. Além disso, o estudo de Batista et al (2018) e Matos et al (2016) demonstrou a média de idade geral, respectivamente de 49 e 46 anos, parecida com a do estudo. É importante destacar que a maioria dos indivíduos eram adultos, predominando alguns jovens, possivelmente justificando o predomínio de solteiros, seja por escolha ou circunstância.

A renda predominante dos indivíduos foi de R\$ 1.320,01 até R\$ 3.960,00. Esses dados corroboram com os encontrados no estudo de Matos et al (2016), em que a renda familiar foi de aproximadamente de R\$2.700 reais com composição em média por 3 pessoas, igualando ao da presente pesquisa. É relevante destacar que uma baixa renda impacta negativamente no tratamento da doença, que demanda gastos com a saúde e ainda afeta diretamente a qualidade de vida, podendo interferir na produtividade das pessoas acometidas e consequentemente, influenciar na renda familiar.

De acordo a escolaridade, segundo estudo de Lopes et al (2017) cerca de 44,2% possuíam ensino médio completo seguidos de 30,7% com superior completo. Esses dados corroboram em parte com o presente estudo, visto que a maioria possui ensino médio completo, embora a segunda escolaridade mais presente seja ensino fundamental incompleto. O estudo de Lopes et al (2017) foi realizado com indivíduos atendidos em um

ambulatório de um hospital universitário, o qual se assemelha com o presente estudo. O que pode justificar uma baixa escolaridade nesse público é que entre os usuários do Sistema Único de Saúde há predomínio de pessoas com baixa escolaridade (PNAD 2008). Avaliando especificamente a assistência nutricional, é fundamental conhecer essa característica da população para que seja possível personalizar as orientações e a forma de atendimento, considerando a realidade de cada indivíduo.

Em relação ao estado nutricional, o IMC médio dos indivíduos do presente estudo foi de sobrepeso e semelhante ao que Batista et al (2018) encontraram em sua pesquisa realizada com pacientes de um ambulatório de um hospital municipal em Santa Catarina ($25,74 \pm 4,15 \text{kg/m}^2$). A prevalência de sobrepeso e obesidade tem aumentado entre os indivíduos com CU nas últimas décadas, e está associada ao aumento de complicações, com maior número de recidivas da doença e hospitalizações mais frequentes (BISCHOFF et al., 2023). A avaliação nutricional pode auxiliar na identificação de deficiências ou excessos nutricionais e é um ponto importante para o sucesso no manejo de indivíduos com CU (BATISTA et al., 2018).

O estudo de Oliveira et al (2018) identificou resultado semelhante ao presente estudo em relação ao tempo de diagnóstico da CU, ou seja, a maioria dos voluntários relataram terem descoberto a doença há 5 anos (42%). Já no estudo de Matos et al (2016), o tempo médio de diagnóstico em anos foi de 6 anos, com mínimo de 3 meses e máximo de 30 anos. Indivíduos recentemente diagnosticados podem não apresentar um controle ideal sobre a doença. A prescrição da medicação pode não estar ajustada corretamente e, os indivíduos podem não possuírem a autopercepção em relação aos alimentos que melhoram ou pioram os sinais e sintomas da doença. Por outro lado, indivíduos que possuem mais tempo de diagnóstico também podem estar cansados de fazer restrições prolongadas, podendo interromper as orientações médicas ou nutricionais, o que pode resultar em recidiva da CU.

O acompanhamento nutricional, conforme foi relatado pelos participantes do estudo, era realizado pela maioria. É importante destacar que todos os entrevistados já passaram por, pelo menos, uma consulta nutricional, logo, receberam orientações nutricionais adequadas para o tratamento da doença. No estudo publicado por Oliveira et al. (2018), o acompanhamento nutricional não era realizado pela maioria dos voluntários do estudo (84%) e para os que realizavam acompanhamento a frequência de consultas nutricionais eram a cada três meses. Esses dados se diferenciam do que foi encontrado no presente trabalho. Possíveis motivos para tal discrepância nos resultados pode estar associada a forma de seleção dos voluntários do presente estudo, já que os mesmos foram convidados a participar por já terem passado pelo

ambulatório de nutrição que realiza atendimento nutricional dos pacientes com CU, associado ao fato das consultas nutricionais ocorrerem após o atendimento médico.

Vale ainda destacar que Matos et al. (2016) realizou um comparativo em seu estudo onde foi observado que houve uma redução de 18,8% de desnutrição e 13,3% dos indivíduos com sobrepeso após realizarem um tratamento com acompanhamento nutricional, mostrando a importância da adesão ao tratamento, tendo melhora significativa na qualidade de vida e melhorando o estado nutricional.

De acordo com os sinais e sintomas relatados nos últimos sete dias, o único sintoma que a maioria dos indivíduos respondeu foi a distensão abdominal e somente os indivíduos em fase ativa apresentaram sangramento retal. Faveri et al. (2013) observaram que os principais sintomas relatados pelos indivíduos em ambas as doenças, ou seja, DC e CU, foram distensão e dor abdominal. Por outro lado, a diarreia, hematoquezia e dores articulares foram dominantes na CU. Corroborando com os achados, segundo Kobayashi et al. (2020), os sintomas típicos da colite aguda grave incluem sangue e/ou muco nas fezes.

A presença desses sinais e sintomas podem levar a um desconforto físico, emocional e interferir nas atividades diárias dos indivíduos com CU. Relatos como medo de sair de casa por conta da necessidade recorrente de usar o banheiro são constantes, fazendo com que muitas pessoas priorizem ficar em casa ao invés de ir a eventos sociais. Essas preocupações impactam negativamente na qualidade de vida dessas pessoas, logo, além do acompanhamento médico, o atendimento nutricional é de suma importância, pois a alimentação pode impactar diretamente na intensificação dos sinais e sintomas gastrointestinais da doença.

Em relação ao consumo alimentar, quanto ao feijão, a maioria dos participantes relatou consumir. Esses achados foram distintos com os apresentados por Ropoli et al. (2010), que identificaram uma diferença estatística significativa no consumo desse alimento entre aqueles em fase ativa e remissão, observando uma redução no consumo por parte dos indivíduos em fase ativa.

Indivíduos com DII podem ser mais sensíveis ao efeito da fibra no intestino, havendo casos em que a fibra pode interferir colaborando para o surgimento de sinais e sintomas. As leguminosas no geral são ricas em fibras e em indivíduos em fase ativa, são recomendadas estratégias nutricionais para diminuir os sinais e sintomas, como o processo de remolho, ingestão do feijão batido ou o caldo de feijão (GEDIIBI, 2020). Possivelmente, esses indivíduos em fase ativa que consomem frequentemente o feijão não possuem sinais e sintomas ao

consumir ou fazem alguma estratégia nutricional, visto que é recomendado no ambulatório em que já foram ou são atendidos.

No que diz respeito ao consumo de leite, a maioria dos participantes afirmou consumir, embora dentro do grupo FA, tenha sido observada uma maior porcentagem de pessoas que quase nunca ou nunca consomem em comparação com a mesma categoria no grupo em REM. Esses resultados estão em consonância com os achados de Ropoli et al. (2010), onde os indivíduos em fase ativa também obtiveram uma tendência à restrição do consumo em comparação com o grupo em remissão, embora, de forma semelhante, a análise estatística não tenha revelado uma diferença significativa.

A eliminação da lactose é uma estratégia comumente realizada no manejo nutricional de indivíduos com DII, dado que apresentam uma probabilidade elevada de serem intolerantes à lactose devido ao processo inflamatório, embora possa vir a trazer prejuízos em relação a alguns micronutrientes, como o cálcio e a vitamina D (GODALA et., 2022). Diante disso, os indivíduos com DII muitas vezes acreditam que a exclusão da lactose da alimentação contribuirá para a redução dos sinais e sintomas e a manutenção da remissão da doença. Assim, é frequente observar que a maioria desses indivíduos optam por restringir o consumo de leite. É crucial ressaltar que a pesquisa não abordou se o leite consumido era com ou sem lactose, o que pode ter influenciado nos resultados observados.

Em relação ao consumo de legumes, a maioria dos participantes disse realizar essa prática. Já o consumo de verduras, a maioria dos indivíduos também relatou adotar esse hábito, embora a frequência mais presente seja distinta quando comparada aos legumes. No estudo de Ropoli et al. (2010), não houve diferença estatística entre o consumo de vegetais, corroborando com os resultados do presente estudo, mas o grupo em remissão teve tendência a consumir em maior frequência.

A maioria dos indivíduos relatou consumir frutas, com uma predominância do grupo FA. No estudo de Ropoli et al., também não foi encontrada diferença significativa, embora o grupo em remissão consumisse mais que a fase ativa, o que vai de encontro com o presente estudo. A redução na ingestão de frutas, legumes e verduras resulta em uma menor quantidade de fibras, o que pode estar associado às orientações durante a fase ativa, para diminuir a motilidade intestinal e a fermentação bacteriana, evitando sintomas abdominais.

Embora o presente estudo não tenha identificado uma redução no consumo de frutas, legumes, e verduras, foi perceptível uma frequência menor de consumo. Essa realidade pode ser atribuída à presença de fibras insolúveis, em especial no grupo das verduras, que têm

potencial para acelerar o trânsito intestinal. No entanto, é relevante notar que alguns indivíduos persistem com essa restrição por receio, mesmo após o controle da atividade da doença, o que contribui para uma menor ingestão de micronutrientes e substâncias antioxidantes (Silva et al., 2011). Conforme destacado por Jowett et al. (2014), a exclusão de hortaliças também foi associada a uma baixa ingestão de folato em indivíduos com CU. Esses dados ressaltam a importância de orientações nutricionais personalizadas, priorizando as sensibilidades alimentares individuais, para melhorar a ingestão de nutrientes essenciais, mesmo durante períodos de remissão da CU.

Sobre o consumo de bebida artificial, biscoito salgado industrializado, sobremesa industrializada e embutidos, a maioria dos participantes relatou não adotar essa prática. Esses resultados estão em consonância com as conclusões de Ropoli et al. (2010), os quais observaram um baixo consumo desses produtos. Esses resultados sugerem uma tendência clara de restrição desses produtos, particularmente no grupo em fase ativa da CU.

A redução de consumo de alimentos com um alto teor de gorduras, especialmente as gorduras trans, saturadas e o açúcar é uma recomendação do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), e se torna mais importante para indivíduos com CU. As gorduras e açúcares, presentes nos alimentos ultraprocessados, além de contribuírem para maior ocorrência de diarreia, podem gerar também flatulência, distensão e dor abdominal, além de intensificar o odor das fezes (GODALA et al., 2022). Cabe destacar que no presente estudo, a maioria dos indivíduos não relatou consumo desses produtos o que vai ao encontro do que é recomendado no ambulatório de nutrição.

Ao serem questionados se há modificação na alimentação na presença dos sinais e sintomas de fase ativa, a maioria expressiva afirmou realizar ajustes, principalmente no leite, leguminosas, verduras e proteínas. Esse achado está alinhado com as descobertas de Kamp et al. (2021), cujo estudo revelou que 83% dos participantes também fizeram alterações na dieta durante a fase ativa, com ênfase nas frutas, vegetais e laticínios.

Na fase ativa da doença, a alimentação saudável é indispensável para promover a remissão. Sendo assim, é comum receber orientações nutricionais no ambulatório, destacando a importância de evitar a lactose, alimentos ricos em gordura, especialmente proteínas com teor elevado de gordura e a limitação do consumo de fibras insolúveis, como exemplo as verduras. Dessa forma, todas as respostas dos participantes do estudo refletem as recomendações nutricionais, evidenciando a convergência entre as mudanças de consumo alimentar na fase ativa e as recomendações fornecidas no ambiente ambulatorial.

No estudo de Kamp et al. (2021), apenas 24,4% dos participantes tinham tido atendimento com um nutricionista, o que preocupou o investigador em relação a mudança na alimentação na presença dos sinais e sintomas. Porém, no atual estudo, a maioria dos indivíduos foram ao nutricionista no último ano, pelo menos uma vez. Logo, espera-se que a maioria das alterações dietéticas tenham sido orientadas por um profissional de nutrição, com melhora dos sinais e sintomas gastrointestinais e qualidade de vida.

Kamp et al. (2021), em sua pesquisa, investigou se os participantes acreditavam que uma mudança na dieta poderia reduzir os sinais e sintomas da doença, e 69,4% deles responderam afirmativamente. No presente estudo, ao replicar a mesma pergunta, constatou-se que a maioria dos participantes acreditava que a alteração na alimentação pode efetivamente reduzir os sinais e sintomas, corroborando com os achados do estudo anterior.

Em relação à identificação dos alimentos que podem influenciar benéficamente os sinais e sintomas da doença, a minoria dos participantes afirmou que era capaz de reconhecê-los. Porém, quanto aos alimentos que podem agravar os sinais e sintomas, a maioria relatou ter habilidade de identificá-los. Kamp et al. (2021) observou em seu estudo dados bastante semelhantes, nos quais apenas 41% dos participantes conseguiram identificar alimentos benéficos, enquanto 87,3% identificaram aqueles que pioravam o quadro.

Possivelmente, os alimentos que pioram os sinais e sintomas geralmente são identificados mais prontamente do que aqueles que aliviam por conta do desencadeamento da resposta inflamatória, visto que essa resposta é mais evidente, pois os sintomas são mais imediatos. (KAMP et al., 2021).

Na literatura, é frequentemente constatado que indivíduos diagnosticados com DII possuem uma tendência de omitir certos alimentos, conforme evidenciado em estudos como o de Batista et al. (2018), em que 90,8% dos participantes afirmaram evitar certos alimentos devido à doença. Além disso, uma pesquisa de Jowwet et al. (2014) revelou que o comportamento mais relatado pelos indivíduos com CU foi evitar determinados alimentos, como leite e produtos lácteos. Logo, percebe-se que indivíduos com DII se concentram em eliminar alimentos que pioram e poucos indivíduos se concentram em incorporar alimentos que melhoram os sinais e sintomas (KAMP et al., 2021).

Quanto aos alimentos frequentemente restritos, os mais citados pelos participantes foram leite integral, produtos industrializados, frituras, embutidos, feijão, carne suína e bovina. Essa observação vai ao encontro com o estudo de Batista et al. (2018), onde os mesmos itens foram mencionados como sendo comumente evitados pelos participantes, incluindo leites e

derivados, frituras e alimentos gordurosos, carne bovina e suína, alimentos industrializados e embutidos, além de leguminosas como feijão e lentilha.

Embora exista uma variedade de respostas individuais a determinados alimentos, também há alimentos nos quais os indivíduos com CU reconhecem a possibilidade de desencadear sinais e sintomas, seja por experiências pessoais ou orientações nutricionais. Observou-se que a maioria dos alimentos restritos pelos participantes do estudo entram em consonância com as recomendações do ambulatório, representando escolhas que, em geral, não são recomendadas para uma alimentação saudável e que ainda podem desencadear sinais e sintomas gastrointestinais. No entanto, vale destacar que na fase de remissão da doença, leguminosas e leite devem fazer parte da rotina alimentar, sendo que este último deve ser consumido somente por pessoas não intolerantes ou alérgicas. Notavelmente, não foram relatados muitos alimentos considerados preocupantes para serem restritos pelos participantes, o que constitui um achado interessante.

É crucial mencionar que há uma escassez de estudos na literatura que realizam pesquisas do consumo alimentar qualitativo de indivíduos com CU em fase ativa e remissão. Este fato evidencia a necessidade de novas pesquisas para coletar dados atualizados e aprofundados sobre esse aspecto específico para que as condutas nutricionais possam ser aprimoradas e focadas na melhora da qualidade de vida e prognóstico.

Os resultados do presente estudo não podem ser considerados representativos de indivíduos com CU no geral, devendo ser interpretado apenas a respeito da população analisada. Sendo assim, a pesquisa atual caracteriza indivíduos e o consumo alimentar com CU atendidos em ambulatório de um centro especializado em tratamento de DII e contribui para decisões durante o atendimento nutricional, auxiliando no prognóstico da doença. Além disso, os resultados obtidos também podem ter sido influenciados pelo número amostral utilizado, uma vez que em comparação com outros autores, foi significativamente menor, mas tem importância para iniciar a caracterização de uma população que sofre influência direta de suas escolhas alimentares.

Um outro fator limitante deste estudo reside no uso de um inquérito dietético para a avaliação do consumo alimentar. Os fatores que impactam a avaliação de pesquisas dietéticas são variados e podem variar em sua natureza, exercendo influência sobre a qualidade dos resultados obtidos. Os erros associados podem ser categorizados em três grupos distintos: relacionados ao entrevistado, ao entrevistador e ao método de inquérito utilizado para a coleta e subsequente análise das informações obtidas. As interações nesse sistema triangular têm o

potencial teórico de afetar a precisão da medida da dieta e, dependendo do tipo de erro introduzido, o consumo dietético pode ser subestimado ou superestimado. Independentemente de possíveis influências e, como mencionado anteriormente, este foi um estudo que visava caracterizar o consumo alimentar de indivíduos com diagnóstico de CU em atendimento nutricional em um ambulatório de gastroenterologia de um hospital de referência no Rio de Janeiro. E, diante de tais informações sobre o consumo alimentar desses indivíduos é possível avançar no entendimento sobre como intervir nutricionalmente de forma assertiva, alertando tanto a equipe multiprofissional de saúde, assim como próprios portadores de CU, sobre a influência do consumo alimentar na qualidade de vida e melhor prognóstico da CU.

8. CONCLUSÃO

O atual estudo foi caracterizado por adultos jovens, com maioria de mulheres solteiras, com renda de um a dois salários mínimos e entre um e três moradores/residência. Ainda, aqueles que estavam na fase ativa da CU apresentavam sintomas gastrointestinais como sangramento.

Não foram observadas diferenças para o consumo alimentar entre as fases ativa e remissão, com exceção para o menor consumo de biscoito salgado industrializado e tendência para os embutidos nos indivíduos na fase ativa da CU.

Destaca-se que os alimentos ultraprocessados não foram predominantes nos relatos alimentares tanto dos indivíduos em fase ativa quanto em remissão.

Apesar da autopercepção alimentar sobre o consumo de alimentos considerados benéficos e maléficos e sua possível influência no tratamento da CU, a maioria dos participantes demonstrou uma maior habilidade para identificar os alimentos que poderiam agravar os sinais e sintomas em comparação com aqueles que poderiam contribuir para a melhoria dos mesmos.

É importante reforçar entre estes indivíduos a necessidade de condutas alimentares específicas que influenciem positivamente nos sinais e sintomas gastrointestinais e, conseqüentemente melhor qualidade de vida e prognóstico da doença.

REFERÊNCIAS

- ANANTHAKRISHNAN N. A. *et al.* The role of diet in the etiopathogenesis of inflammatory bowel disease. **Nat Ver Gastroenterol Hepatol**, v. 15, n.9, p. 525-535, 2018.
- BATISTA T. *et al.* Mudanças no consumo alimentar e nas condições psicossociais geradas pela doença inflamatória intestinal. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**. v5n1. P-48-58. Itajaí, 2018.
- BICHOFF, S. C.; BAGER, P.; ESCHER, J.; *et al.* ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. **Clinical Nutrition**, v.42, p.352-379, 2023.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2 ed. 158p. 2014^a.
- CAMBUI, Y. R. S.; NATALI, M. R. M. Doenças inflamatórias intestinais: revisão narrativa da literatura. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v.17, n.3, p.116-119, 2015.
- DAMIÃO C. M. O. A. *et al.* Diretrizes sobre Retocolite Ulcerativa. **International Journal of Inflammatory Bowel Disease**. V 5 (1). GEDIIB, 2019.
- FAVERI D. A. *et al.* Hábitos de vida, perfil nutricional e consumo alimentar de pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos ambulatorialmente. **Rev Bras Nutr Clin**, v28, n.3, p.188-191, 2013.
- FEUERSTEIN D. J.; CHEIFETZ S. A. Colite ulcerosa: Epidemiologia, Diagnóstico e Tratamento. **Mayo Clin proc**. V89, n.11, p.1553-1563, 2014.
- FISBERG M. R. *et al.* Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arq Bra Endocrinol Metab**, v.53, n.3, p. 24-617,2009.
- GAJENDRAN, M. *et al.* A comprehensive review and update on ulcerative colitis. **ScienceDirect**. V. 65, n.12, 2019.
- GASPARINI, R. G. Incidência e Prevalência de Doenças Inflamatórias Intestinais no Estado de São Paulo – Brasil. **Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações**. Universidade Estadual de São Paulo (UNESP). Pós-graduação em Bases Gerais da Cirurgia – FMB, 2018.
- GEDIIB - Organização Brasileira de Doença de Crohn e Colite, v.35, 7p., 2019.

GODALA M. *et al.* Dietary Interventions in Inflammatory Bowel Disease. **Nutrients**. V.14, p.4261, 2022.

IMBRIZI M. *et al.* Second Brazilian Consensus on the Management of ulcerative colitid in adults: a consensus of the Brazilian Organization for Crohn's Disease and Colitis (GEDIIB). **Arq Gastroenterol**. V. 59, 2022.

JOWETT, L. S. *et al.* Influence of dietary factos on the clinical course of ulcerative colitis: a prospective cohort study. **Gut** 2004. V 53, p.1479-1489,2004.

KAMP, K. *et al.* Dietary patterns, beliefs and behaviors among individuals with inflammatory bowel disease: a cross-sectional study. **Journal Human Nutrition Diet**. 2021 April; 34(2): 257 – 264. University of Washington.

KRAUSE & MAHAN: alimentos, nutrição e dietoterapia / Janice L. Raymond, Kelly Morrow; revisão técnica Glorimar Rosa, Luara Bellinghausen Almmeida; tradução Eliane de Cássia Garcia Diiniz ... [et al.]. – 15. Ed. – Rio de Janeiro: GEN | Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2022.

LAMB A. C. *et al.* British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. V 68, P 1-106. University Hospital of Wales. 2019.

LEWIS D. J. *et al.* Use of the Non-invasive Components of the Mayo Score to Assess Clinical Response in Ulcerative Colitis. **National Instutes of health (NIH)**. V 14(12): 1660–1666. Dez 2008. University of Pennsylvania.

LIMA C. P. *et al.* A importância da alimentação adequada para portadores de doenças inflamatórias intestinais e melhoria da qualidade de vida. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 15, pág. e236101523029, 2021.

LIPSCHITZ D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primay Care**. V. 21 n. 1, p. 55-57, 1994.

MATOS H. C. *et al.* Percepção da importância e adesão ao tratamento dietético de pacientes com doença inflamatória intestinal. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**. V. 11 n.2 p. 459-472. 1 Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Nutrição, Curso de Nutrição. Itajaí-SC, Brasil, 2016.

OLIVEIRA A. J. *et al.* Relação do consumo alimentar com sinais e sintomas na doença de Crohn. **Brazilian Journal of Development**, v.7, n.7, p. 74204-74217, 2021.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS; PNAD de 2019. **IBGE**, 2019.

PETERS V. *et al.* Dietary Intake Pattern is Associated with Occurrence of Flares in IBD Patients. **Journal of Crohn's and Colitis (JCC)**. P 1305–1315. Oxford University. 2021.

QUARESMA, A. B.; KAPLAN, G.G.; KOTZE, P.G. The globalization of inflammatory bowel disease: the incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in Brazil. **Curr Opin Gastroenterol**. V.35, 2019.

RADZISZEWSKA, M. *et al.* Nutrition and Supplementation in Ulcerative Colitis. **Nutrients**, v. 14, n. 2, p. 2469, 2022.

RIPARDO, A. F. S.; ESTEVÃO, M. L.; PEREIRA, C. P. Efeitos da terapia nutricional no tratamento da doença de crohn: um estudo de revisão. **Ciência e Tecnologia DeVry Brasil**. 2016.

RIPOLI J. *et al.* Acompanhamento nutricional de pacientes com colite ulcerativa durante períodos de atividade inflamatória intestinal e remissão. **Departamento de gastroenterologia clínica**. V.47, n.1, 2010.

SEGAL, P. J. *et al.* Colite ulcerativa: uma atualização. **Medicina clínica**. V. 21, n.2, p-135-139, 2021.

SICHERI, R.; PEREIRA A. R. Parte I – Métodos em epidemiologia nutricional. **Epidemiologia nutricional [online]**. P. 181-200, 2007.

SILVA D. C. B. *et al.* Epidemiologia, características demográficas e preditores prognósticos da colite ulcerosa. **World Journal of Gastroenterology**. V. 20, n. 28. p. 9458-9467, 2014.

SILVA D. F. A. *et al.* Ingestão alimentar de indivíduos com Doença inflamatória intestinal. **ABCD Arq Bras Cir Dig**. V.24, n. 3, p. 204-209, 2011.

SOUZA, M. M. D. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal do estado de Mato Grosso. **Revista brasileira Coloproctologia**. V. 28, n.3, p.324-328, 2011.

TIAN Z. *et al.* Index-Based Dietary Patterns and Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review of Observational Studies. **American Society for Nutrition (ASN)**. V 12. P. 2288–2300. Oxford University. 2021.

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO: **VIGITEL BRASIL 2021**. Ministério da Saúde. DF, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO, 2000.

Xu F, Park S, Liu Y, Greenlund KJ. Dietary intake patterns among adults with inflammatory bowel disease in the United States, 2015. **PLoS ONE**. The University of Hong Kong. 2021

ZALTMAN C. *et al.* Diretrizes da doença de crohn. **International Journal of Inflammatory Bowel Disease**. V 4 (1). GEDIIB, 2018.

ZANARDI, M. G.; NOWACKI, L. Doenças inflamatórias intestinais – uma revisão bibliográfica. **Revista eletrônica Biotecnologia e Saúde**, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Perfil nutricional de pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no Hospital Universitário Gaffrée Guinle

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste projeto é caracterizar o perfil nutricional de pacientes com DII em atendimento ambulatorial em um hospital universitário e, permitindo assim, um melhor conhecimento, acompanhamento e tratamento dos pacientes.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Sua participação é voluntária e você tem o direito de não participar deste estudo, sendo livre para interrompê-la a qualquer momento. Estamos coletando informações para avaliar o perfil nutricional de pacientes com doença inflamatória intestinal, atendidos no ambulatório de Gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée Guinle, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir no seu tratamento e acompanhamento. Todos os esclarecimentos necessários sobre este estudo, antes e durante a pesquisa, serão fornecidos.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual, avaliações do peso, altura, circunferência de cintura, quadril e composição corporal, sendo necessário que o paciente utilize roupas adequadas para favorecer esta avaliação. Também será realizada coleta de sangue para realização de algumas dosagens.

RISCOS: Os exames que serão realizados não apresentam risco, sendo que o exame de sangue pode causar dor e hematoma. Neste caso, será orientada a compressão no local da punção que geralmente resolve. Se mesmo assim persistir ou em caso de acidente durante a coleta, o participante será encaminhado para avaliação da equipe médica do ambulatório. O material utilizado será descartável e todo o procedimento será acompanhado pelo pesquisador responsável. O armazenamento das amostras de sangue será realizado em freezer -80°C destinado exclusivamente para esse fim. O descarte do material biológico seguirá as normas de segurança do HUGG.

BENEFÍCIOS: Os participantes receberão informações sobre os resultados de todos os exames realizados que podem contribuir para a identificação e melhoria do estado de saúde dos mesmos.

CONFIDENCIALIDADE: O sigilo e a confidencialidade das informações coletadas serão preservados, assim como sua identidade não será revelada. Cada amostra de material biológico fará parte de um banco de dados identificados por códigos específicos. Os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no ambulatório de Gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée Guinle. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através da Escola de Nutrição sendo as professoras responsáveis: Fabrícia Junqueira das Neves e Thais da Silva Ferreira. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, entre em contato no telefone 2542-7280, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Nome: _____

Endereço _____

Telefone de contato _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Assinatura Pesquisador: _____

Data: ____/____/____

APENDICE 2 – FORMULÁRIO



Universidade Federal do Rio de Janeiro
PPGSAN - Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal



1 - DADOS PESSOAIS

- 1.1 Matrícula HUGG:** _____.
- 1.2 Nome completo:** _____.
- 1.3 Data de nascimento:** _____ **1.4 Telefone:** _____.
- 1.5 Sexo:** (0) Feminino (1) Masculino (2) Prefiro não informar
- 1.6 Estado Civil:** (0) Solteiro(a) (1) Casado(a) (2) Divorciado(a) (3) Viúvo(a)
- 1.7 Data da primeira consulta com a nutrição:** _____.

2 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

- 2.1 Escolaridade:** (0) Analfabeto / nunca estudou (1) Ensino fundamental incompleto (2) Ensino fundamental completo (Até a Oitava Série) (3) Ensino médio incompleto (4) Ensino médio completo (Até o Terceiro Ano) (5) Ensino superior incompleto (6) Ensino superior completo (7) Pós-graduação
- 2.2 Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda bruta familiar mensal?**
(0) Nenhuma renda (1) Até R\$ 1.320,00 (2) De R\$ 1.320,01 até R\$ 3.960,00 (3) De R\$ 3.960,01 até R\$ 7.920,00 (4) Acima de R\$ 7.920,01
- 2.3 Quantas pessoas moram com você? (Incluindo filhos, irmãos, parentes e amigos)**
(0) Moro sozinho (1) 1 a 3 pessoas (2) 4 a 7 pessoas (3) Mais de 8 pessoas

3 - CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

- 3.1 Quando foi diagnosticado com colite ulcerativa?**
(0) Nos últimos 6 meses (1) No último 1 ano (2) Nos últimos 2 anos (3) Nos últimos 3 anos (4) Nos últimos 4 anos (5) Nos últimos 5 anos (6) Mais de 5 anos
- 3.2 Localização da colite ulcerativa:**
(0) E1 – proctite (1) E2 – coleite esquerda ou distal (2) E3 – colite extensa ou pancolite (3) E4 – proctossigmoidite
- 3.3 Peso atual (em Kg):** _____ **3.4 Altura atual (em metros):** _____.
- 3.5 Você já foi em uma consulta com nutricionista por causa da colite ulcerativa?**
(0) Sim (1) Não (2) Não lembro
- 3.6 Você está consultando um nutricionista por causa da colite ulcerativa?**
(0) Sim (1) Não
- 3.7 No decorrer do último ano, quantas vezes você foi ao nutricionista por causa da colite ulcerativa?**
(0) Nenhuma vez (1) Pelo menos 1 vez (2) Entre 1 a 2 vezes (3) Mais de 3 vezes
- 3.8 Quantos dias por semana costuma praticar exercício físico ou esporte?**
(0) Nenhum dia (1) 1 dia por semana (2) 2 dias por semana (3) 3 dias por semana (4) 4 dias por semana (5) 5 dias por semana (6) 6 dias por semana (7) Todos os dias da semana (incluindo sábado e domingo)

4 – ESCORE PARCIAL DE MAYO - FASE DA COLITE ULCERATIVA

- 4.1 Como está a frequência da evacuação?**
(0) número habitual (1) 1 a 2 vezes além do habitual (2) 3 a 4 vezes além do habitual (3) 5 ou mais vezes além do habitual



Universidade Federal do Rio de Janeiro
PPGSAN - Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal



4.2 Você apresentou sangramento retal?

(0) ausente (1) Laivos de sangue/menos da metade das evacuações (2) Sangue vivo na maioria das evacuações (3) Evacuação apenas com sangue

4.3 Avaliação global

(0) Normal (1) Doença leve (2) Doença moderada (3) Doença grave

5 - FREQUÊNCIA DOS PRINCIPAIS SINAIS E/OU SINTOMAS RELACIONADOS À COLITE ÚLCERATIVA NOS ÚLTIMOS 7 DIAS

Nos últimos 7 dias, qual foi a frequência de:

5.1 Diarreia:

(0) Nunca (1) Raramente (2) Poucas Vezes (3) Quase Sempre (4) Sempre

5.2 Constipação:

(0) Nunca (1) Raramente (2) Poucas Vezes (3) Quase Sempre (4) Sempre

5.3 Sangramento Retal:

(0) Nunca (1) Raramente (2) Poucas Vezes (3) Quase Sempre (4) Sempre

5.4 Dor Abdominal:

(0) Nunca (1) Raramente (2) Poucas Vezes (3) Quase Sempre (4) Sempre

5.5 Distensão Abdominal:

(0) Nunca (1) Raramente (2) Poucas Vezes (3) Quase Sempre (4) Sempre

5.6 Náuseas:

(0) Nunca (1) Raramente (2) Poucas Vezes (3) Quase Sempre (4) Sempre

6 - QUESTÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO

6.1 Em quantos dias da semana, o (a) Sr.(a) costuma comer feijão?

(0) 1 a 2 dias por semana (1) 3 a 4 dias por semana (2) 5 a 6 dias por semana (3) Todos os dias (incluindo sábado e domingo) (4) Quase nunca (5) Nunca

6.2 Em quantos dias da semana, o (a) Sr.(a) costuma consumir leite?

(0) 1 a 2 dias por semana (1) 3 a 4 dias por semana (2) 5 a 6 dias por semana (3) Todos os dias (incluindo sábado e domingo) (4) Quase nunca (5) Nunca

6.3 Em quantos dias da semana, o (a) Sr.(a) costuma comer legumes? (cenoura, abobrinha, beterraba, chuchu, tomate, quiabo, entre outros)

(0) 1 a 2 dias por semana (1) 3 a 4 dias por semana (2) 5 a 6 dias por semana (3) Todos os dias (incluindo sábado e domingo) (4) Quase nunca (5) Nunca

6.4 Em quantos dias da semana, o (a) Sr.(a) costuma comer verduras? (alface, couve, repolho, agrião, brócolis, entre outros)

(0) 1 a 2 dias por semana (1) 3 a 4 dias por semana (2) 5 a 6 dias por semana (3) Todos os dias (incluindo sábado e domingo) (4) Quase nunca (5) Nunca

6.5 Em quantos dias da semana, o (a) Sr.(a) costuma comer frutas?

(0) 1 a 2 dias por semana (1) 3 a 4 dias por semana (2) 5 a 6 dias por semana (3) Todos os dias (incluindo sábado e domingo) (4) Quase nunca (5) Nunca

6.6 Em quantos dias da semana, o (a) Sr.(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?

(0) 1 a 2 dias por semana (1) 3 a 4 dias por semana (2) 5 a 6 dias por semana (3) Todos os dias (incluindo sábado e domingo) (4) Quase nunca (5) Nunca



Universidade Federal do Rio de Janeiro
PPGSAN - Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal



6.7 Em quantos dias da semana, o (a) Sr.(a) costuma consumir salgadinho de pacote (ou chips) ou biscoito/bolacha salgado?

(0) 1 a 2 dias por semana (1) 3 a 4 dias por semana (2) 5 a 6 dias por semana
(3) Todos os dias (incluindo sábado e domingo) (4) Quase nunca (5) Nunca

6.8 Em quantos dias da semana, o (a) Sr.(a) costuma consumir biscoito/bolacha doce, biscoito recheado, bolinho de pacote, chocolate, sorvete, gelatina, flan ou outra sobremesa industrializada.

(0) 1 a 2 dias por semana (1) 3 a 4 dias por semana (2) 5 a 6 dias por semana
(3) Todos os dias (incluindo sábado e domingo) (4) Quase nunca (5) Nunca

6.9 Em quantos dias da semana, o (a) Sr.(a) costuma consumir salsicha, linguiça, mortadela, presunto ou outros embutidos.

(0) 1 a 2 dias por semana (1) 3 a 4 dias por semana (2) 5 a 6 dias por semana
(3) Todos os dias (incluindo sábado e domingo) (4) Quase nunca (5) Nunca

6.10 Como você considera a qualidade da sua alimentação atualmente?

(0) Muito boa (1) Boa (2) Regular (3) Ruim (4) Muito ruim (5) Não sei responder

6.11 Quando está com a doença ATIVA, com sintomas presentes, você costuma modificar a sua alimentação?

(0) Sim (1) Não (2) Nunca pensei sobre isso

6.12 Se sua resposta foi SIM para a pergunta anterior, o que costuma fazer?

6.13 Você acredita que a alimentação auxilia no tratamento da colite ulcerativa?

(0) Sim (1) Não (2) Não sei responder

6.14 Você acredita que a modificação da dieta pode reduzir os sintomas da colite ulcerativa?

(0) Sim (1) Não (2) Não sei responder

6.15 Você consegue identificar os alimentos que melhoram os sintomas da colite ulcerativa?

(0) Sim (1) Não (2) Não sei responder

6.16 Se sua resposta foi SIM para a pergunta anterior, quais são?

6.17 Você consegue identificar os alimentos que pioram os sintomas da colite ulcerativa?

(0) Sim (1) Não (2) Não sei responder

6.18 Se sua resposta foi SIM para a pergunta anterior, quais são?

ANEXOS

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE GUINLE

Pesquisador: Fabricia Junqueira das Neves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60841716.2.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.850.417

Apresentação do Projeto:

Segunda versão. Trata-se de um estudo descritivo transversal, cujo objetivo é caracterizar o perfil nutricional de pacientes com Doença Inflamatória Intestinal (DII) em atendimento ambulatorial em um hospital universitário. Serão recrutados 200 pacientes adultos com DII de ambos os sexos atendidos no Hospital Universitário Gaffrée Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Será aplicado um questionário, e será realizada a avaliação nutricional (avaliação antropométrica; composição corporal, incluindo bioimpedância elétrica; dietética; força do aperto da mão não dominante e avaliação bioquímica).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar o perfil nutricional de pacientes com DII em atendimento ambulatorial em um hospital universitário.

Objetivo Secundário:

Realizar avaliação nutricional dos pacientes com DII em atendimento ambulatorial em um hospital universitário, por meio do consumo alimentar, história nutricional, exame físico, antropometria, análise da composição corporal, força do aperto de mão não dominante e os testes bioquímicos;

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-340

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.850.417

Avaliar o estado nutricional e a composição corporal de pacientes com DII em atendimento ambulatorial em um hospital universitário em diferentes estágios de atividade de doença e com os diferentes tipos de DII;
Contribuir para melhor terapêutica nutricional, clínica e/ou cirúrgica do paciente com DII em atendimento ambulatorial em um hospital universitário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Coleta de sangue: pode causar dor, hematomas. Pesquisador apresentou que medidas irá tomar, caso esse evento ocorra.

Benefícios:

Os resultados de todos os exames realizados serão entregues gratuitamente, bem como a melhoria na qualidade de vida do paciente portador DII.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante na atenção e cuidados ao paciente portador de doença intestinal inflamatória.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendeu a todas as pendências anteriores

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas na atual versão do projeto

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_800567.pdf	23/11/2016 20:04:45		Aceito
Outros	FichaAtendimentoFinal.pdf	23/11/2016 20:02:50	Fabricia Junqueira das Neves	Aceito
Declaração de	CartaAnuenciaCEP_final.pdf	23/11/2016	Fabricia Junqueira	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.650.417

Instituição e Infraestrutura	CartaAnuenciacep_final.pdf	20:00:23	das Neves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DII_Final.pdf	23/11/2016 19:59:56	Fabricia Junqueira das Neves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa_ProjetoDII_Final.pdf	23/11/2016 19:59:42	Fabricia Junqueira das Neves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AtaDepartamento_ProjetoDII.pdf	27/09/2016 21:09:09	Fabricia Junqueira das Neves	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoCEP.pdf	27/09/2016 20:55:19	Fabricia Junqueira das Neves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com