



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA ALIMENTAR E
NUTRICIONAL - PPGSAN

RISBLUE VERSIANI TRAVESSA BELLO

**CONSUMO ALIMENTAR DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE CROHN
ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

RIO DE JANEIRO

2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA ALIMENTAR E
NUTRICIONAL - PPGSAN

RISBLUE VERSIANI TRAVESSA BELLO

**CONSUMO ALIMENTAR DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE CROHN
ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção de título de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional (PPGSAN) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Orientador: Prof. Dr. Rafael Silva Cadena
Coorientadora: Profa. Dra. Fabricia Junqueira das Neves.

RIO DE JANEIRO

2024

RISBLUE VERSIANI TRAVESSA BELLO

**CONSUMO ALIMENTAR DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE CROHN
ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção de título de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Segurança Alimentar e Nutricional (PPGSAN) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Aprovado em: 03 / 05 / 2024

Banca examinadora:



Documento assinado digitalmente

RAFAEL SILVA CADENA

Data: 07/06/2024 20:00:38-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Rafael Silva Cadena

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO



Documento assinado digitalmente

THAIS DA SILVA FERREIRA

Data: 13/06/2024 18:51:16-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Thaís da Silva Ferreira

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO



Documento assinado digitalmente

CRISTINA FAJARDO DIESTEL

Data: 13/06/2024 13:29:11-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Cristina Fajardo Diestel

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

*As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu.
Assim devemos ser todo dia, mutantes, porém leais com o que pensamos e sonhamos;
lembre-se, tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos.*

Paulo Beleki

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e socioeconômicas dos indivíduos com doença de Crohn atendidos em um hospital da cidade do Rio de Janeiro (n=52)	26
Tabela 2 - Características clínicas e de saúde dos indivíduos com doença de Crohn atendidos em um hospital da cidade do Rio de Janeiro (n=52)	28
Tabela 3 - Consumo alimentar (alimentos <i>in natura</i> e minimamente processados) dos indivíduos com doença de Crohn atendidos em um hospital da cidade do Rio de Janeiro (n=52)	29
Tabela 4 - Consumo alimentar (alimentos ultraprocessados) dos indivíduos com doença de Crohn atendidos em um hospital da cidade do Rio de Janeiro (n=52)	31
Tabela 5 - Perguntas relacionadas à alimentação e sinais e sintomas dos indivíduos com doença de Crohn atendidos em um hospital da cidade do Rio de Janeiro (n=52)	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Questionário Índice de Atividade da Doença de Crohn	14
Quadro 2 - Questionário Índice de Harvey-Bradshaw	15

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa bidimensional, variáveis (A) e indivíduos (B), da Análise de Componentes Principais aplicada a frequência de consumo alimentar (n=52)	35
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Análise de Componentes Principais
DC	Doença de Crohn
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DII	Doença Inflamatória Intestinal
IADC	Índice de Atividade da Doença de Crohn

RESUMO

A Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal autoimune e crônica. A alimentação recomendada varia de acordo com a fase da doença (ativa ou remissão). De maneira geral, uma alimentação saudável, com alimentos *in natura* e minimamente processados contribuem no melhor prognóstico. O presente estudo teve como objetivo avaliar o consumo alimentar de indivíduos portadores de DC atendidos ambulatorialmente em um hospital universitário do Rio de Janeiro. Foi realizado um estudo observacional transversal com indivíduos portadores de DC, de ambos os sexos, com idade mínima de 19 anos, atendidos no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - RJ. A coleta de dados foi realizada por telefone através de um questionário estruturado em forma de entrevista e dividido em cinco blocos: 1) Dados pessoais, 2) Características sociodemográficas e socioeconômicas, 3) Características de saúde, 4) Índice de Harvey-Bradshaw - Fase da doença de Crohn e 5) Questões sobre alimentação. Os indivíduos foram alocados no grupo DC Ativa ou DC Remissão de acordo com a presença ou ausência de atividade da doença, respectivamente. Foram realizados testes comparativos (*Mann-Whitney* e Qui-Quadrado), assim como a Análise de Componentes Principais (ACP). Participaram do estudo um total de 52 indivíduos com diagnóstico de DC, sendo que 14 indivíduos estavam na fase ativa e 38 na fase de remissão. Dentre a população do estudo, observou-se distribuição semelhante de homens e mulheres, com maior percentual de indivíduos com diagnóstico de DC há mais de 5 anos. Aproximadamente 55% da população apresentava excesso de peso (IMC de sobrepeso e obesidade). Atualmente, mais de 60% desses indivíduos não estão consultando um nutricionista, mesmo entre aqueles que estão atualmente na fase ativa da doença. Quanto ao consumo de determinados alimentos, foi encontrada diferença significativa apenas no consumo de feijão, sendo o maior consumo encontrado no grupo DC Remissão (81,58% consome diariamente) quando comparado com DC Ativa (35,71% consome diariamente). Quando comparados os grupos de alimentos, observou-se maior consumo de frutas, legumes e verduras, assim como leite e feijão, quando comparado aos alimentos ultraprocessados. Desta forma, conclui-se que o consumo alimentar foi semelhante entre os grupos DC Ativa e DC Remissão, com exceção do maior consumo de feijão para o grupo DC Remissão. Apesar de semelhante, foi observado consumo acima do esperado de alimentos ultraprocessados.

Palavras-chave: doença inflamatória intestinal; nutrição; alimentação saudável; alimentos ultraprocessados.

ABSTRACT

Crohn's disease (CD) is a chronic autoimmune inflammatory bowel disease. The recommended diet varies according to the stage of the disease (active or remission). In general, a healthy diet, with fresh and minimally processed foods contributes to the best prognosis. The present study aimed to evaluate the food consumption of individuals with CD treated on an outpatient basis at a university hospital in Rio de Janeiro. A cross-sectional observational study was carried out with individuals with CD, of both sexes, aged at least 19 years, treated at the gastroenterology outpatient clinic of the Gaffrée and Guinle University Hospital of the Federal University of the State of Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - RJ. Data collection was carried out by telephone through a structured questionnaire in the form of an interview and divided into five blocks: 1) Personal data, 2) Sociodemographic and socioeconomic characteristics, 3) Health characteristics, 4) Harvey-Bradshaw Index - Phase of Crohn's disease and 5) Questions about nutrition. Individuals were allocated to the Active CD or Remission CD group according to the presence or absence of disease activity, respectively. Comparative tests (Mann-Whitney and Chi-Square) were performed, as well as Principal Component Analysis (PCA). A total of 52 individuals diagnosed with CD participated in the study, with 14 individuals in the active phase and 38 in the remission phase. Among the study population, a similar distribution of men and women was observed, with a higher percentage of individuals diagnosed with CD for more than 5 years. Approximately 55% of the population was overweight (overweight and obese BMI). Currently, more than 60% of these individuals are not seeing a nutritionist, even among those who are currently in the active phase of the disease. Regarding the consumption of certain foods, a significant difference was found only in the consumption of beans, with the highest consumption being found in the CD Remission group (81.58% consumed daily) when compared to CD Active (35.71% consumed daily). When comparing food groups, there was a greater consumption of fruits, vegetables and greens, as well as milk and beans, when compared to ultra-processed foods. Therefore, it is concluded that food consumption was similar between the Active CD and Remission CD groups, with the exception of the greater consumption of beans for the Remission CD group. Despite being similar, a higher-than-expected consumption of ultra-processed foods was observed.

Keywords: inflammatory bowel disease; nutrition; healthy eating; ultra-processed foods.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 Doença Inflamatória Intestinal.....	13
2.2 Doença de Crohn.....	13
2.2.1 Epidemiologia	15
2.2.2 Diagnóstico	16
2.2.3 Tratamento	17
2.3 Consumo Alimentar.....	18
3. JUSTIFICATIVA	21
4. OBJETIVOS	22
4.1 Geral.....	22
4.2 Específicos.....	22
5. MATERIAIS E MÉTODOS	23
5.1 Desenho e população de estudo.....	23
5.2 Aspectos éticos	23
5.3 Coleta de dados	23
5.4 Análise estatística	25
5.5 Produto técnico.....	25
6. RESULTADOS	26
7. DISCUSSÃO	37
8. CONCLUSÃO.....	43
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	53
APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO SOBRE AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DE INDIVÍDUOS PORTADORES DA DOENÇA DE CROHN.....	54
APÊNDICE 3 - ARTE PARA DIVULGAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DO EVENTO.....	58
APÊNDICE 4 - RELATÓRIO PRODUTO TÉCNICO.....	60
ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	71

1. INTRODUÇÃO

A Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal (DII), de caráter autoimune, crônica e incurável (LOPES *et al.*, 2017). A doença ocorre predominantemente na porção do cólon e íleo, mas pode ocorrer em todo o sistema gastrointestinal (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A prevalência e incidência da DC varia de acordo com a região observada (GUIMARÃES *et al.*, 2020). E, em países de primeiro mundo, com boa qualidade de vida, estima-se que a prevalência e incidência estejam em torno de 5 para cada 100 mil habitantes (BRITO *et al.*, 2022). No Brasil, estudos recentes revelam que a incidência atingiu 3 para cada 100 mil habitantes no ano de 2020, com maior concentração nas regiões sudeste e sul do país (QUARESMA *et al.*, 2021).

A DC apresenta duas fases, sendo a fase ativa caracterizada por sintomas de atividade inflamatória com presença de diarreia crônica, sangramento gastrointestinal e dor abdominal. E, a fase de remissão, quando o indivíduo apresenta melhora dos sinais e sintomas (SILVA; PEIXOTO, 2020). É importante destacar que mesmo estando na fase de remissão da doença, o acompanhamento médico e nutricional se torna chave importante no tratamento para que o indivíduo não desenvolva gatilhos desencadeadores de novas crises, como por exemplo, devido ao estresse, interação medicamentosa e alimentação (CORRÊA *et al.*, 2017).

Indivíduos diagnosticados com DC, apresentam risco de deficiência nutricional, que pode ser ocasionado pela má digestão e absorção de nutrientes, interação droga/nutriente ou pelo tratamento com alimentação restritiva. Deste modo, uma alimentação adequada, visa garantir o aporte nutricional, auxiliando na reposição de macro e micronutrientes essenciais ao organismo, de acordo com a fase da doença (SILVA *et al.*, 2011a; MASSIRONI *et al.*, 2013). Vale ressaltar que resultados clínicos comprovam que indivíduos diagnosticados com DC apresentam deficiência de vários nutrientes importantes para a manutenção do organismo, diminuindo inclusive a sua imunidade (LIBÂNIO *et al.*, 2017).

A alimentação recomendada para indivíduos diagnosticados com DC varia de acordo com a fase da doença, pois é necessário levar em consideração o estado nutricional do indivíduo, as necessidades específicas para cada fase, assim como o processo de inflamação e os sinais e sintomas associados (BISCHOFF *et al.*, 2023). Indivíduos em desnutrição acabam evoluindo à um resultado clínico desfavorável (SILVA *et al.*, 2011b). E, por outro lado, atualmente existe um aumento expressivo de indivíduos portadores de DC e excesso de peso

(OLIVEIRA *et al.*, 2021). Desta forma, uma alimentação saudável, com alimentos fontes de macronutrientes, vitaminas e minerais essenciais ao nosso organismo (BRASIL, 2014a) contribuem favoravelmente ao prognóstico desses indivíduos, auxiliando em seu tratamento (SANTOS *et al.*, 2015).

Deste modo, a identificação do consumo alimentar de indivíduos portadores de DC, assim como a análise de características clínicas e antropométricas permitirá traçar condutas de planejamento alimentar que auxiliem no tratamento, prevenção de atividade da doença, melhora do prognóstico e qualidade de vida destes indivíduos (RIPARDO *et al.*, 2016).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Doença Inflamatória Intestinal

A DII é uma doença crônica, incurável, que incide sobre o trato gastrointestinal e, suas principais formas são a DC e a colite ulcerativa. A DC pode acometer o trato gastrointestinal desde a boca até o ânus, podendo ainda apresentar estenoses ou fístulas. Os principais sinais e sintomas são diarreia, perda de peso e dor abdominal, podendo ocasionar emagrecimento, febre e mal-estar. Já a colite ulcerativa é caracterizada pela inflamação do cólon e do reto, que provoca sangramento intestinal e lesões erosivas, tendo como principais sinais e sintomas cólicas abdominais, diarreia com presença de muco e sangue e urgência em evacuar (SANTOS *et al.*, 2015; CARVALHO *et al.*, 2022).

Em ambas as doenças, o indivíduo sofre perdas funcionais importantes como a má absorção de nutrientes, além de poder manifestar outras complicações extraintestinais como lesões na pele e problemas nos ossos e olhos, como poliartrite e uveíte. É importante salientar que esses tipos de manifestações extraintestinais podem aparecer antes mesmo de surgir os reais sintomas da DII (MARANHÃO *et al.*, 2015; MOTA *et al.*, 2022).

Estudos revelam que a DII atinge ambos os sexos em dimensões similares, tendo a DC com prevalência maior entre as mulheres. Já a faixa etária mais afetada varia entre 15 a 30 anos, podendo ter um pico secundário entre os 60 a 80 anos de idade (CAMBUI; NATALI, 2015; SILVA *et al.*, 2022).

2.2 Doença de Crohn

A DC é uma doença inflamatória crônica que acomete todo o trato gastrointestinal, de forma descontínua, desde a boca até a região do ânus. Ocorre predominantemente no íleo terminal, última porção do intestino delgado, e no cólon. (CANÃO, 2014). Dentre os segmentos mais afetados, aproximadamente 35% dos indivíduos diagnosticados com DC são acometidos apenas na porção do íleo, 45% envolvem o íleo e o cólon e 20% apenas o cólon (WALFISH; COMPANIONI, 2022).

A DC é reconhecida como um processo de transformação que pode acarretar em lesões, ulcerações, inflamações e fístulas, acompanhado de quadros de diarreia sanguinolenta (HABR-GAMA *et al.*, 2011). A DC causa lesões na mucosa acometida que podem evoluir para úlcera

profunda com edema, fibrose, estenose e obstrução intestinal. Ainda, em 33% dos casos, os indivíduos apresentam abscessos e fistulas perianais (WALFISH; COMPANIONI, 2022).

A DC é caracterizada por duas fases, a fase ativa da doença, quando o indivíduo apresenta sintomas agudos como dor abdominal, diarreia crônica com presença de muco e/ou sangue, vontade repentina de evacuar, perda de peso, febre, podendo acarretar em fadiga e anemia. E a fase de remissão, que é caracterizada pelo período onde o indivíduo não apresenta os sintomas da doença (SILVA; PEIXOTO, 2020; MOTA *et al.*, 2022).

Um dos métodos utilizados para confirmar o nível de atividade da doença é o Índice de Atividade da Doença de Crohn (IADC), que através de uma equação com oito variáveis, mede o progresso da doença (Quadro 1). Resultado menor ou igual a 150 indica que a doença está em remissão, entre 150 e 250 indica atividade inflamatória leve, entre 250 e 350 indica atividade inflamatória moderada e acima de 350 indica atividade inflamatória severa, extremamente ativa, em sua forma grave e aguda (BEST *et al.*, 1976; IMBRIZI *et al.*, 2022). Também é utilizado o Índice de Harvey-Bradshaw (Quadro 2). Neste caso, o questionário apresenta perguntas detalhadas e subjetivas, que através do seu resultado determina em qual fase o indivíduo se encontra (ativa ou de remissão). Igual ou menor a 4: sem sintomas (remissão); entre 5 a 7: refere-se à atividade da doença de forma leve; entre 8 a 16: refere-se à atividade da doença de forma moderada; maior que 16: refere-se à atividade da doença de forma grave (BEST, 2006; IMBRIZI *et al.*, 2022).

Quadro 1 - Questionário Índice de Atividade da Doença de Crohn

Multiplicar o valor da coluna 1 pelo da coluna 2, anotando o resultado na coluna subtotal.		
Somar todos os subtotais para encontrar o valor total do IADC.		
Variável	Fator Multiplicador	Subtotal
Média do número de evacuações líquidas ou pastosas por dia nos últimos 7 dias	X 2	
Dor abdominal, em média nos últimos 7 dias (0- sem dor, 1- dor leve, 2- dor moderada, 3- dor acentuada)	X 5	
Sensação de bem-estar, média dos últimos 7 dias (0- bom, 1- um pouco abaixo da média, 3- ruim, 4- muito ruim, 5- terrível)	X 7	
Número de complicações: 1 - artrite ou artralgia 2 - irite ou uveíte 3 - eritema nodoso ou pioderma gangrenoso ou estomatite aftóide 4 - fissura anal ou fistula ou abscesso perirretal 5 - febre acima de 37,8° C	X 20	
Massa abdominal (0- não, 2- questionável, 5- definida)	X 10	
Hematócrito (homens: 47 menos Ht; mulheres: 42 menos Ht em %)	X 6	
Percentual acima ou abaixo do peso corporal habitual (1 menos (peso/peso habitual × 100 (o resultado deve ser somado ou diminuído ao restante de acordo com o sinal)	X 1	
	Total do IADC	

Fonte: Adaptado de BEST *et al.*, 1976.

Quadro 2 - Questionário Índice de Harvey-Bradshaw

Variável	Descrição	Escore
1	Bem-estar geral	0= muito bom 1= levemente comprometido 2= ruim 3= muito ruim 4= péssimo
2	Dor abdominal	0= nenhuma 1= leve 2= moderada 3= intensa
3	Número de evacuações líquidas por dia nos últimos 7 dias	1 por cada evacuação diária
4	Massa abdominal	0= ausente 1= duvidosa 2= definida 3= definida e dolorosa
5	Complicações	(1 por item) Artralgia Uveíte Eritrema nodoso Úlceras aftosas Pioderma gangrenoso Fissura anal Nova fistula
	Total	

Fonte: Adaptado de SILVA; PEIXOTO, 2020.

2.2.1 Epidemiologia

A DC foi evidenciada em 1932 pelo Dr. Burril Crohn em conjunto com dois colegas onde relataram sobre uma doença no íleo terminal, última porção do intestino delgado. Esta doença afetava principalmente adultos jovens, com características de inflamação crônica além da possível presença de estenose, úlcera e fistula (CAMPOS; KOTZE, 2013; FRANCO *et al.*, 2023).

Com maior incidência em indivíduos com idade entre 15 e 30 anos, a DC acomete com mais frequência as mulheres. Atualmente, acredita-se que haja cerca de 4 milhões de pessoas diagnosticadas com DC no mundo, em uma proporção de aproximadamente 55% (2.2 milhões) na Europa e 35% (1.4 milhões) nos Estados Unidos da América (MENDES *et al.*, 2019).

Devido aos exames de confirmação da doença serem invasivos e de alto custo, a epidemiologia da DC acaba sendo dificultada, conseqüentemente, o número real de indivíduos

com a confirmação do diagnóstico se torna uma fração irreal da população (POLI, 2007; CANTARELLI *et al.*, 2020).

No Brasil, acredita-se que por não ser uma doença de notificação compulsória, o número real de indivíduos diagnosticados com DC seja subnotificado. Mesmo assim, estudos revelam que sua incidência é de 6 a cada 100 mil habitantes, em destaque na região sudeste, nos estados de São Paulo e Minas Gerais (JUNIOR; ERRANTE, 2016; QUARESMA *et al.*, 2019; MARTINS *et al.*, 2021).

2.2.2 Diagnóstico

O diagnóstico da DC é complexo, o que pode levar muitos profissionais da área da saúde a confundir as manifestações clínicas com as presentes na colite ulcerativa, ou até em diferenciar com outras formas de enterocolites, lesões na superfície interna do intestino, sejam elas induzidas por antibióticos, isquêmicas ou actínicas e com a síndrome do intestino irritável (BRASIL, 2014b; SPICELAND; LODHIA, 2018). Por não existir um exame específico para diagnóstico da DC, um conjunto de métodos complementares são utilizados. Esta avaliação inclui exames bioquímicos, endoscópicos e histológicos, acompanhado de uma anamnese detalhada, incluindo todos os sinais e sintomas, bem como a duração dos mesmos. Ainda, é importante identificar desde o primeiro episódio de desconforto, dor e perda ponderal para uma melhor investigação (CANTARELLI *et al.*, 2020).

Dentre os vários exames de procedimentos endoscópicos, a colonoscopia pode ser utilizada para investigar o padrão de inflamação, permitindo análise histopatológica e coleta de material para biópsia. Sendo assim, é um importante meio de diagnóstico, pois proporciona avaliar a localização da doença, seja na região do íleo terminal, na região do cólon ou na região ileocolônica, bem como supervisionar o nível de atividade e monitorar em casos de displasia e neoplasia (JUNIOR; ERRANTE, 2016; PASSOS *et al.*, 2018).

Atualmente, a enterografia por tomografia computadorizada (entero-TC) e a ressonância magnética (entero-RM) são importantes métodos de imagem para o diagnóstico e acompanhamento da DC, pois permitem visualizar áreas não alcançadas pela colonoscopia e pontos de estreitamentos causados por massas, abscessos e/ou fístulas, agregando informações relevantes quanto ao acometimento da parede do intestino delgado, evidenciando não apenas os tipos de lesões e/ou complicações, mas também toda atividade inflamatória no intestino delgado (BURLIN *et al.*, 2017; CANTARELLI *et al.*, 2020).

Já a calprotectina fecal, um exame não invasivo que oferece meios importantes para o diagnóstico e monitoramento da doença, permitindo avaliar a inflamação no trato gastrointestinal (MAHDIPOUR *et al.*, 2019). A calprotectina é uma proteína ligada ao zinco e ao cálcio, numerosas no citoplasma dos neutrófilos e diminuídas nos macrófagos e monócitos reativos. No decorrer de um processo inflamatório ocasionado pelos neutrófilos, é possível verificar altas concentrações de calprotectina na urina, no plasma, no líquido sinovial e nas fezes. Sendo assim, quando ocorre mudança dos neutrófilos para o sistema gastrointestinal, no decorrer de um processo inflamatório da mucosa intestinal, os mesmos são excretados junto às fezes. Deste modo, o exame de calprotectina fecal se torna um importante marcador bioquímico para a avaliação da inflamação intestinal nas patologias acometidas no trato digestivo, bem como a DC, por estarem presentes em ações inflamatórias e agudas, medindo o grau de inflamação e infiltração do sistema gastrointestinal (SALDANHA, 2016; CARVALHO, 2022). Como valores de referência para diagnóstico de DII, são considerados valores normais inferiores a 50 mcg/g, considerado como alerta/duvidoso valores entre 50 a 200 mcg/g e valores acima de 200 mcg/g são considerados alterados (CARVALHO, 2022).

Destaca-se que o rápido diagnóstico da doença, ainda no estágio inicial, se torna ponto positivo para melhores resultados do prognóstico e terapêutico do quadro (BRASIL, 2014b).

2.2.3 Tratamento

O tratamento para a DC preconiza o controle dos sintomas, seja a inflamação, prevenção de lesões e/ou suas complicações. Deste modo, existem algumas opções terapêuticas, como a terapia biológica, glicocorticoides, aminossalicilatos e imunossuppressores, além de cirurgias e o tratamento nutricional (TRINDADE *et al.*, 2019; BAËTA *et al.*, 2023).

Os aminossalicilatos, como podemos citar a mesalazina e a sulfassalazina, são fármacos com ação anti-inflamatória, que atualmente tem se tornado pouco atrativos devido à menor eficácia na manutenção da remissão da DC. O que ocorre também com os glicocorticoides, que se limitam ao tratamento da remissão, não exercendo papel na manutenção da DC (TRINDADE *et al.*, 2019; VALVANO *et al.*, 2023).

A terapia biológica ou também conhecida como imunoterapia, são medicamentos de natureza biológica que tem como principal função normalizar células e moléculas que desencadeiam as inflamações crônicas no organismo. São drogas que bloqueiam o fator de necrose tumoral, com papel importantíssimo no tratamento e controle da doença. Dentre os

mais utilizados podemos citar o Infiximabe, Adalimumabe e Certolizumabe pegol, que atuam como anticorpos, provocando redução de citocinas pró-inflamatórias, que combatem o processo crônico e inflamatório específico da DC. O uso dessas medicações vêm modificando o histórico da doença, acarretando na diminuição de hospitalizações e cirurgias (GEDIIB, 2018).

Existe também o tratamento cirúrgico, apenas indicado quando há complicações como perfuração e/ou obstrução, ou ausência de resposta positiva ao tratamento clínico, comprometendo gravemente o avanço da doença (ROCHA *et al.*, 2021).

O tratamento nutricional é parte fundamental da DII. E, a Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo - ESPEN atualizou suas diretrizes sobre nutrição clínica na DII em 2023. Com base nas recomendações baseadas em evidências científicas e consensos profissionais atualizados, este novo documento determina que a necessidade calórica deve variar de 30 a 35kcal/kg de peso, podendo levar em consideração a atividade da doença e o nível de atividade física. Com relação à ingestão proteica, o *Guideline* afirma que na remissão dos sintomas, as necessidades proteicas geralmente não estão elevadas, sendo indicado 1 g de proteína/kg de peso/dia, ou seja, seguindo aproximadamente a recomendação para a população em geral. Por outro lado, quando o indivíduo se encontra na fase ativa da DII, a ingestão deve ser de 1,2 a 1,5 g de proteína/kg de peso/dia. A diretriz não aborda recomendação de carboidratos e lipídios, mas afirma ser necessário o acompanhamento de micronutrientes que podem estar deficientes, mesmo na fase de remissão da DII (BISCHOFF *et al.*, 2023). Desta forma, o tratamento nutricional vem ganhando destaque no tratamento da DC por ser um aliado importante na manutenção do estado nutricional e no tratamento de possíveis complicações nutricionais presentes na DII, que vão desde quadros de desnutrição, obesidade, carências nutricionais, alterações no consumo alimentar, entre outros (SHAKHSHIR *et al.*, 2023).

2.3 Consumo Alimentar

O alimento servido à mesa da população tem sofrido mudanças drásticas nos últimos anos, podemos citar como malefício o avanço da industrialização e forte marketing, envolvendo principalmente as crianças (OLIVEIRA-COSTA, 2023). Desta forma, o aumento da ingestão de calorias diárias, através do consumo de alimentos ultraprocessados, pobres em nutrientes essenciais ao organismo, vem crescendo exacerbadamente, acarretando no desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (FERREIRA *et al.*, 2019).

A Organização Mundial da Saúde, através de documentos informativos e o Guia Alimentar Para a População Brasileira definem como critério básico a ingestão de alimentos saudáveis, que não excedam o limite de consumo diário de açúcar, sódio e gordura, fornecendo assim orientações à população de como se alimentar de forma saudável (BRASIL, 2014a).

Indivíduos diagnosticados com DII devem adotar hábitos alimentares saudáveis, manter uma alimentação nutricionalmente balanceada, que auxilie na remissão da doença e melhora da qualidade de vida. Sendo assim, a tendência na diminuição dos sinais e sintomas característicos da doença visa auxiliar na imunidade do organismo, melhorando sua condição nutricional e resposta aos medicamentos (OLIVEIRA *et al.*, 2021). Estudos revelam que não há uma dieta específica para indivíduos portadores de DII, mesmo assim, é importante evitar o consumo de alimentos ultraprocessados, fontes de aditivos alimentares como corantes, conservantes, emulsificantes, pois são alimentos fonte de inflamação intestinal, que atuam diretamente na microbiota do intestino e tem papel importante na saúde e bem-estar do ser humano (OLIVEIRA *et al.*, 2021; CUNHA; PAULA, 2023).

Na fase ativa da DC o indivíduo deve ser avaliado por um nutricionista com o intuito de controlar os sinais e sintomas como a diarreia crônica, dor e distensão abdominal e evitar a perda de peso. Deste modo, a dieta deve ser hipercalórica devido a grande perda energética causada pela diarreia, hiperproteica, hipolipídica e normoglicídica, restringindo alimentos que causem desconforto abdominal. Alimentos derivados do leite e fibras insolúveis devem ser evitados e a alimentação fracionada de seis a oito vezes ao longo do dia, com pouco volume (RIPARDO *et al.*, 2016; BICHOFF *et al.*, 2023).

Já na fase de remissão da DC, como há melhora no quadro clínico, alguns alimentos podem ser reintroduzidos na dieta e a quantidade de calorias por dia deve ser adequada por um profissional nutricionista de acordo com o estado nutricional do indivíduo (OLIVEIRA, 2012).

Diante do exposto, a avaliação do consumo alimentar, como um fator potencialmente modificável e que é considerado componente fundamental no tratamento da DII é de suma importância. Para a avaliação do consumo alimentar, podem ser utilizados alguns métodos que auxiliam na medição da ingestão dos alimentos, sendo eles o recordatório de 24 horas, registro ou diário alimentar e questionário de frequência alimentar (MENEZES, 2019).

O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL compõe o sistema de vigilância de fatores de risco para DCNT do Ministério da Saúde (BRASIL, 2023). E, dentre os temas investigados está a avaliação do consumo alimentar. Portanto, a utilização de perguntas relacionadas ao consumo alimentar

baseadas em um questionário aplicado anualmente desde 2006, pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, pode auxiliar na caracterização do consumo alimentar de indivíduos com DC.

Deste modo, diante a escassez de estudos de consumo alimentar nesta população e devido a sua grande importância, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o consumo alimentar de indivíduos portadores de DC na fase ativa e de remissão da doença, auxiliando no planejamento de melhores ações voltadas para estes indivíduos e sua qualidade de vida.

3. JUSTIFICATIVA

Atualmente, a DII, em especial a DC, tem se tornado um tema de grande relevância na área da saúde tendo em vista o aumento na sua incidência. Por se tratar de uma doença crônica idiopática, que se caracteriza por inflamação persistente e crônica da mucosa do trato gastrointestinal, e por poder acometer da boca ao ânus, diversos sinais e sintomas gastrointestinais podem estar envolvidos. E, desta forma, o tratamento nutricional tem importante papel na exacerbação ou controle dos mesmos, o que pode acarretar na remissão da doença e melhor qualidade de vida.

Neste sentido, a caracterização do consumo alimentar de indivíduos com DC, assim como a análise de características clínicas e antropométricas podem auxiliar em condutas mais assertivas, contribuindo para um melhor prognóstico desta população.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

Avaliar o consumo alimentar de indivíduos portadores de DC em atendimento ambulatorial de um hospital universitário do Rio de Janeiro.

4.2 Específicos

1. Avaliar características sociodemográficas, clínicas e antropométricas de indivíduos portadores de DC em atendimento ambulatorial de um hospital universitário do Rio de Janeiro;
2. Comparar dados sociodemográficos, clínicos, antropométricos e de consumo alimentar entre indivíduos com DC na fase ativa e de remissão em atendimento ambulatorial de um hospital universitário do Rio de Janeiro;
3. Investigar possíveis associações entre variáveis sociodemográficas, clínicas e antropométricas;
4. Realizar evento presencial intitulado “II Seminário de doença inflamatória intestinal e nutrição: entendendo para melhor manejar” realizado na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) na cidade do Rio de Janeiro - RJ.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Desenho e população de estudo

Foi realizado estudo observacional transversal com indivíduos com diagnóstico de DC, de ambos os sexos, idade mínima de 19 anos e que faziam acompanhamento clínico e nutricional no ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG-EBSERH) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) - Rio de Janeiro - RJ. E, excluídos aqueles que não aceitassem participar do estudo. A coleta de dados foi realizada no período de 31 de julho à 28 de outubro de 2023.

5.2 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, sob o número 60841716.2.0000.5285. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

5.3 Coleta de dados

Foram utilizadas perguntas adaptadas do questionário do estudo nacional de Vigilância De Fatores De Risco Para Doenças Crônicas Não Transmissíveis Por Inquérito Telefônico - VIGITEL - Brasil (BRASIL, 2023).

A coleta de dados foi realizada por telefone através de um questionário estruturado em forma de entrevista e criado no Microsoft Word. Para um melhor resultado, esse questionário foi reproduzido no formulário do Google, para que ao final da entrevista, os dados gerados já fossem planilhados automaticamente no programa Microsoft Excel. O questionário foi dividido em 5 blocos: 1) Dados pessoais, 2) Características sociodemográficas e socioeconômicas, 3) Características de saúde, 4) Índice de Harvey-Bradshaw - Fase da doença de Crohn e 5) Questões sobre alimentação (Apêndice 2).

O bloco 1 foi composto por informações pessoais dos entrevistados como a matrícula no hospital, nome completo, data de nascimento, telefone, sexo, estado civil e data da primeira consulta com a nutrição. O bloco 2, trouxe perguntas como grau de escolaridade, renda familiar bruta total, membros que moram na residência junto com o indivíduo. Já o bloco 3 apresentou perguntas sobre as características de saúde do indivíduo, como, há quanto tempo foi

diagnosticado com DC, se sabe a localização da doença, peso e altura atuais, questões relacionadas a ida ao nutricionista e se pratica exercício físico atualmente. O bloco 4, era composto por perguntas relacionadas ao Índice de Harvey-Bradshaw, onde foi possível através de um cálculo, saber em qual fase da doença o indivíduo estava (ativa ou remissão). E, o bloco 5, abordava questões sobre alimentos que foram ou não consumidos nos últimos 7 dias da entrevista.

A partir dos dados de peso e altura autorrelatados, foi calculado o Índice de Massa Corporal, classificados de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) em: baixo peso: $\leq 18,4$ kg/m², adequado: $\geq 18,5$ a $\leq 24,9$ kg/m², sobrepeso: ≥ 25 a $\leq 29,9$ kg/m² e obesidade ≥ 30 (WHO, 2000).

Foi utilizado o Índice de Harvey-Bradshaw para evidenciar em qual fase da doença que o indivíduo estava no momento da entrevista. De acordo com o somatório obtido, o indivíduo foi classificado estando na fase de remissão (≤ 4) ou na fase ativa, sendo diferenciada em nível leve (5 a 7), moderado (8 a 16) ou grave (> 16). Os indivíduos foram alocados no grupo DC Remissão, quando o índice se encontrava ≤ 4 , ou grupo DC Ativa, quando o índice se encontrava acima de 5, ou seja, incluindo os três níveis de fase ativa.

Os participantes do estudo responderam ainda ao bloco cinco do questionário com perguntas sobre o consumo alimentar. Os alimentos ou grupos alimentares foram identificados pela classificação NOVA, que categoriza os alimentos de acordo com a extensão e o propósito de seu processamento industrial. Dentre os nove alimentos/grupos de alimentos apresentados neste questionário, cinco deles, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, são classificados como *in natura* ou minimamente processados (feijão, leite, legumes, verduras e frutas). Os demais alimentos/grupos de alimentos (“refrigerante / suco artificial”, “salgadinho / biscoito salgado”, “biscoito doce / chocolate / sobremesa industrializada” e “embutidos”) são classificados como ultraprocessados (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b; MONTEIRO *et al.*, 2016; MONTEIRO *et al.*, 2017).

Considerando erro amostral de 5% e nível de confiança de 95% com base no estudo de Oliveira *et al.* (2021) que avaliou a relação do consumo alimentar de 50 indivíduos portadores de DC, o cálculo do tamanho da amostra indicou um mínimo de 50 indivíduos a serem incluídos no estudo.

5.4 Análise estatística

Os dados coletados foram organizados e tabulados em um banco de dados no programa Microsoft Excel e submetidos à análise estatística no programa Jamovi versão 2.4.14 e no Software R versão 4.3.3. A normalidade das variáveis foi avaliada pelo teste *Shapiro-Wilk*. Variáveis não paramétricas foram expressas como mediana (intervalo interquartil) e categóricas como valor absoluto e frequência relativa.

Os grupos DC Remissão e DC Ativa foram comparados utilizando o teste de *Mann-Whitney* para variáveis não paramétricas e teste do Qui-Quadrado para comparação das proporções de variáveis qualitativas. Foi considerada significância estatística quando $p \leq 0,05$.

A Análise de Componentes Principais (ACP) foi aplicada aos dados de consumo alimentar dos indivíduos participantes deste estudo (CASTRO *et al.*, 2020). Para a realização da ACP, as frequências de consumo alimentar, para cada variável, foram agrupadas e um valor foi atribuído a cada grupo de respostas possíveis utilizando o ponto médio do intervalo de classe: “Nunca/quase nunca” = 0 / “1 a 2 dias por semana” = 1,5 / “3 a 4 dias por semana” = 3,5 / “5 a 6 dias por semana” = 5,5 / “Todos os dias” = 7.

5.5 Produto técnico

Foi realizado um seminário com o tema DII intitulado “II Seminário de doença inflamatória intestinal e nutrição: entendendo para melhor manejar”. O mesmo ocorreu presencialmente na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), situado na Avenida Pasteur, 296 - Urca, no Auditório Vera Janacópulos, no dia 07/05/2024, das 12:30 às 18:30 horas.

O objetivo do evento foi disseminar informações atualizadas sobre DII, incluindo estudantes e profissionais da saúde, em especial da área de nutrição. Foram realizadas palestras expositivas e mesas redondas com diferentes profissionais experientes na temática e posterior discussão. Também ocorreu a divulgação dos principais resultados obtidos nesse estudo.

6. RESULTADOS

Participaram do estudo um total de 52 indivíduos com diagnóstico de DC e que faziam acompanhamento clínico e nutricional no ambulatório do HUGG-EBSERH. Deste total, 14 indivíduos apresentavam-se na fase ativa e 38 indivíduos na fase de remissão e, desta forma, foram alocados nos grupos DC Ativa e DC Remissão, respectivamente.

A tabela 1 apresentou as características sociodemográficas e socioeconômicas da população do estudo, não sendo observadas diferenças significativas entre os grupos DC Ativa e DC Remissão. Observou-se percentual semelhante de mulheres no grupo como um todo, assim como nos grupos DC Ativa e DC Remissão. Apesar dos grupos não apresentarem valor de p significativo também para as demais variáveis avaliadas, a mediana de idade caracteriza o grupo como adultos, sendo observada a presença de idosos apenas no grupo DC Remissão. Apesar do grupo como um todo apresentar maior percentual de solteiros, o grupo DC Remissão apresentou maior percentual de casados. Em relação a escolaridade no grupo todo, aproximadamente 77% dos indivíduos tem ao menos o ensino médio completo, comportamento que se mantém em ambos os grupos. Apesar do maior percentual de indivíduos relatarem renda entre 1 e 3 salários mínimos, aproximadamente 27% da população estudada apresentava renda de até 1 salário mínimo, sendo observado comportamento semelhante também entre os grupos. Um maior percentual de indivíduos relatou residir com mais 1 - 3 pessoas, sendo a mesma característica observada também nos grupos.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e socioeconômicas dos indivíduos com doença de Crohn atendidos em um hospital da cidade do Rio de Janeiro (n=52)

Variáveis	DC (n = 52)	DC Ativa (n = 14)	DC Remissão (n = 38)	p-valor
Sexo				0,772
Feminino	28 (53,85)	8 (57,14)	20 (52,63)	
Masculino	24 (46,15)	6 (42,86)	18 (47,37)	
Idade (anos)	48,0 (33,0 - 67,0)	42,0 (33,0 - 48,0)	58,0 (35,0 - 67,8)	0,302
Estado Civil				0,495
Solteiro	21 (40,48)	8 (57,14)	13 (34,21)	
Casado	20 (38,46)	4 (28,57)	16 (42,11)	
Divorciado	4 (7,69)	1 (7,14)	3 (7,89)	
Viúvo	7 (13,46)	1 (7,14)	6 (15,79)	
Escolaridade				0,345
Analfabeto / Nunca estudou	1 (1,92)	-	1 (2,63)	
Fundamental incompleto	1 (1,92)	1 (7,14)	-	
Fundamental completo	4 (7,69)	-	4 (10,53)	

Médio incompleto	6 (11,54)	1 (7,14)	5 (13,16)	
Médio completo	27 (51,92)	7 (50,00)	20 (52,63)	
Superior incompleto	3 (5,77)	2 (14,29)	1 (2,63)	
Superior completo	9 (17,31)	3 (21,43)	6 (15,79)	
Pós-graduação	1 (1,92)	-	1 (2,63)	
Renda				0,515
Nenhuma renda	1 (1,92)	1 (7,14)	-	
Até 1 salário mínimo	14 (26,92)	3 (21,43)	11 (28,95)	
De 1 a 3 salários mínimos	22 (42,31)	6 (42,86)	16 (42,11)	
De 4 a 6 salários mínimos	8 (15,38)	3 (21,43)	5 (13,16)	
> 7 salários mínimos	2 (3,85)	-	2 (5,26)	
Não informado	5 (9,62)	1 (7,14)	4 (10,53)	
Grupo Familiar				0,582
Mora sozinho	8 (15,38)	1 (7,14)	7 (18,42)	
1 a 3 pessoas	35 (67,31)	10 (71,43)	25 (65,79)	
4 a 7 pessoas	9 (17,31)	3 (21,43)	6 (15,79)	
> 8 pessoas	-	-	-	

DC = doença de Crohn. Dados expressos em mediana (intervalo interquartil) e valor absoluto (frequência relativa).

A tabela 2 apresentou as características clínicas e de saúde dos indivíduos avaliados. Como esperado, houve diferença significativa entre os grupos DC Ativa e DC Remissão em relação ao Índice Harvey-Bradshaw, já que foi esta a variável utilizada para alocação dos indivíduos. O tempo de diagnóstico também apresentou diferença entre os grupos, porém sendo observado um maior percentual de indivíduos com tempo de diagnóstico há mais de cinco anos no grupo como um todo, assim como nos grupos DC Ativa e DC Remissão. Tanto o grupo como um todo, como os diferentes grupos apresentaram maior percentual de doença na região do ileocolônica, sem apresentar doença superior isolada.

Ainda na tabela 2, quando avaliado o IMC, observou-se maior percentual de indivíduos com IMC adequado para o grupo como um todo e para o grupo DC Remissão. Porém, vale destacar que se avaliarmos o IMC segundo excesso de peso, ou seja, somando o percentual de indivíduos que apresentavam IMC de sobrepeso e obesidade, mais de 50% da população estudada estava acima do IMC considerado como adequado. Quando questionados se estão atualmente se consultando com um nutricionista, aproximadamente 60%, independente do grupo todo, DC Ativa ou DC Remissão, negaram. E, sobre a quantidade de vezes que foi ao nutricionista no último ano, mais de 75% afirmaram ter consultado 1 vez ou nenhuma. Ainda, sobre a prática de exercícios físicos, aproximadamente 70% não realizam ou apenas 1 vez na semana.

Tabela 2 - Características clínicas e de saúde dos indivíduos com doença de Crohn atendidos em um hospital da cidade do Rio de Janeiro (n=52)

Variáveis	DC (n = 52)	DC Ativa (n = 14)	DC Remissão (n = 38)	p-valor
IHB	2,00 (0,00 - 5,00)	6,50 (5,25 - 8,75)	0,50 (0,00 -2,00)	<0,001
Tempo de diagnóstico da DC				0,020
Últimos 6 meses	2 (3,85)	-	2 (5,26)	
No último 1 ano	-	-	-	
Nos últimos 2 anos	2 (3,85)	1 (7,14)	1 (2,63)	
Nos últimos 3 anos	3 (5,77)	1 (7,14)	2 (5,26)	
Nos últimos 4 anos	4 (7,69)	4 (28,57)	-	
Nos últimos 5 anos	6 (11,54)	1 (7,14)	5 (13,16)	
Mais de 5 anos	35 (67,31)	7 (50,00)	28 (73,68)	
Localização da doença				0,649
Sem acometimento íleo/cólon	3 (5,77)	-	3 (7,89)	
L1 - Ileal	16 (30,77)	5 (35,71)	11 (28,95)	
L2 - Colônica	10 (19,23)	2 (14,29)	8 (21,05)	
L3 - Ileocolônica	23 (44,23)	7 (50,00)	16 (47,37)	
Doença superior isolada (L4)				0,916
Sim	7 (13,46)	2 (14,29)	5 (13,16)	
Não	45 (86,54)	12 (85,71)	33 (86,84)	
IMC				0,468
Baixo Peso	3 (5,77)	1 (7,14)	2 (5,26)	
Adequado	20 (38,46)	5 (35,71)	15 (39,47)	
Sobrepeso	14 (26,92)	2 (14,29)	12 (31,58)	
Obesidade	15 (28,85)	6 (42,86)	9 (23,68)	
Consulta com nutricionista				
Sim	52 (100,00)	14 (26,92)	38 (73,08)	
Não	-	-	-	
Está consultando um nutricionista				0,693
Sim	20 (38,46)	6 (42,86)	14 (36,84)	
Não	32 (61,54)	8 (57,14)	24 (63,16)	
No último ano, quantas vezes foi ao nutricionista				0,812
Nenhuma vez	23 (44,23)	5 (35,71)	18 (47,37)	
Pelo menos 1 vez	17 (32,69)	5 (35,71)	12 (31,58)	
Entre 1 a 2 vezes	10 (19,23)	3 (21,43)	7 (18,42)	
Mais de 3 vezes	2 (3,85)	1 (7,14)	1 (2,63)	
Exercício físico				0,470
0 a 1 dia por semana	37 (71,15)	10 (71,43)	27 (71,05)	
2 a 4 dias por semana	11 (21,15)	2 (14,29)	9 (23,68)	
5 a 7 dias por semana	4 (7,69)	2 (14,29)	2 (5,26)	

DC = doença de Crohn; IHB = Índice de Harvey-Bradshaw; IMC = Índice de massa corporal. Dados expressos em mediana (intervalo interquartil) e valor absoluto (frequência relativa).

A tabela 3 apresentou dados de consumo alimentar dos alimentos *in natura* e minimamente processados, sendo observada diferença significativa apenas para o consumo de feijão quando comparados os grupos DC Ativa e DC Remissão. O feijão foi consumido diariamente por aproximadamente 35% dos indivíduos em fase ativa, sendo que aproximadamente 15% relataram consumir quase nunca. Por outro lado, o consumo do feijão ocorreu todos os dias para aproximadamente 80% dos indivíduos em remissão e não houve nenhum relato de indivíduos que fizessem consumo nunca ou quase nunca. O consumo de leite diário foi referido por aproximadamente 50% do grupo todo e grupo DC Remissão. Por outro lado, aproximadamente 50% do grupo DC Ativa consumiu leite menos de 2 vezes na semana, nunca ou quase nunca.

Quanto ao consumo de legumes, aproximadamente 50% dos indivíduos do grupo todo e do grupo DC Remissão consomem todos os dias. Ainda sobre os legumes, no grupo DC Ativa, apesar de aproximadamente 35% dos indivíduos terem relatado consumo diário, 21% referiram não consumir quase nunca. Em relação às verduras, aproximadamente 40% do grupo todo informou consumir nunca ou quase nunca, quando observado o consumo por grupo, o percentual de consumo nunca ou quase nunca é aproximadamente o dobro no grupo DC Ativa. Já as frutas, foi consumida diariamente por aproximadamente 50% dos indivíduos do grupo todo, assim como nos grupos. Por outro lado, 36% dos indivíduos DC Ativa relatam não consumir frutas nunca ou quase nunca (Tabela 3).

Tabela 3 - Consumo alimentar (alimentos *in natura* e minimamente processados) dos indivíduos com doença de Crohn atendidos em um hospital da cidade do Rio de Janeiro (n=52)

Variáveis	DC (n = 52)	DC Ativa (n = 14)	DC Remissão (n = 38)	p-valor
Feijão				0,012
Nunca	-	-	-	
Quase nunca	2 (3,85)	2 (14,29)	-	
1 a 2 dias por semana	7 (13,46)	4 (28,57)	3 (7,89)	
3 a 4 dias por semana	5 (9,62)	2 (14,29)	3 (7,89)	
5 a 6 dias por semana	2 (3,85)	1 (7,14)	1 (2,63)	
Todos os dias	36 (69,23)	5 (35,71)	31 (81,58)	
Leite				0,145
Nunca	8 (15,38)	1 (7,14)	7 (18,42)	
Quase nunca	11 (21,15)	5 (35,71)	6 (15,79)	
1 a 2 dias por semana	4 (7,69)	1 (7,14)	3 (7,89)	
3 a 4 dias por semana	5 (9,62)	3 (21,43)	2 (5,26)	
5 a 6 dias por semana	-	-	-	
Todos os dias	24 (46,15)	4 (28,57)	20 (52,63)	

Legumes				0,330
Nunca	-	-	-	
Quase nunca	6 (11,54)	3 (21,43)	3 (7,89)	
1 a 2 dias por semana	5 (9,62)	-	5 (13,16)	
3 a 4 dias por semana	12 (23,08)	4 (28,57)	8 (21,05)	
5 a 6 dias por semana	5 (9,62)	2 (14,29)	3 (7,89)	
Todos os dias	24 (46,15)	5 (35,71)	19 (50,00)	
Verduras				0,153
Nunca	6 (11,54)	4 (28,57)	2 (5,26)	
Quase nunca	14 (26,92)	5 (35,71)	9 (23,68)	
1 a 2 dias por semana	8 (15,38)	1 (7,14)	7 (18,42)	
3 a 4 dias por semana	9 (17,31)	1 (7,14)	8 (21,05)	
5 a 6 dias por semana	3 (5,77)	1 (7,14)	2 (5,26)	
Todos os dias	12 (23,08)	2 (14,29)	10 (26,32)	
Frutas				0,242
Nunca	3 (5,77)	1 (7,14)	2 (5,26)	
Quase nunca	10 (19,23)	4 (28,57)	6 (15,79)	
1 a 2 dias por semana	5 (9,62)	1 (7,14)	4 (10,53)	
3 a 4 dias por semana	8 (15,38)	-	8 (21,05)	
5 a 6 dias por semana	1 (1,92)	1 (7,14)	-	
Todos os dias	25 (48,08)	7 (50,00)	18 (47,37)	

DC = doença de Crohn. Dados expressos em valor absoluto (frequência relativa).

A tabela 4 apresentou dados de consumo alimentar de alimentos ultraprocessados, não sendo observadas diferenças significativas entre os dois grupos. O consumo de refrigerante / suco artificial foi relatado como nunca ou quase nunca por 70% dos indivíduos, com valores semelhantes também nos dois grupos. Porém, aproximadamente 1/3 daqueles com DC na fase ativa referiram consumo entre 1 a 2 vezes na semana. Quanto ao consumo de salgadinho / biscoito salgado, foi observado um maior percentual de indivíduos que relataram consumir nunca ou quase nunca, no grupo como um todo assim como em ambos os grupos. Porém, observou-se relato de consumo de 1 a 2 vezes na semana em 1/3 do grupo e consumo diário para 1 indivíduo do grupo DC Ativa.

Em relação ao consumo de biscoito doce / chocolate / sobremesa industrializada, 70% dos indivíduos do grupo todo relataram consumir nunca ou quase nunca. Porém, alguns indivíduos relataram consumo diário. Apesar do comportamento semelhante para o grupo DC Remissão, no grupo DC Ativa aproximadamente 65% relataram consumir nunca ou quase nunca, mas 35% relataram consumir entre 1 e 4 dias na semana. Quando perguntado sobre o consumo de alimentos embutidos, aproximadamente 70% dos indivíduos informaram consumir nunca ou quase nunca, mas aproximadamente 30% consumiam entre 1 a 6 dias na semana. Este

comportamento foi semelhante no grupo todo, assim como nos grupos DC Ativa e DC Remissão (Tabela 4).

Tabela 4 - Consumo alimentar (alimentos ultraprocessados) dos indivíduos com doença de Crohn atendidos em um hospital da cidade do Rio de Janeiro (n=52)

Variáveis	DC (n = 52)	DC Ativa (n = 14)	DC Remissão (n = 38)	p-valor
Refrigerante / suco artificial				0,724
Nunca	19 (36,54)	4 (28,57)	15 (39,47)	
Quase nunca	18 (34,62)	6 (42,86)	12 (31,58)	
1 a 2 dias por semana	12 (23,08)	4 (28,57)	8 (21,05)	
3 a 4 dias por semana	2 (3,85)	-	2 (5,26)	
5 a 6 dias por semana	-	-	-	
Todos os dias	1 (1,92)	-	1 (2,63)	
Salgadinho / biscoito salgado				0,307
Nunca	17 (32,69)	4 (28,57)	13 (34,21)	
Quase nunca	17 (32,69)	4 (28,57)	13 (34,21)	
1 a 2 dias por semana	10 (19,23)	5 (35,71)	5 (13,16)	
3 a 4 dias por semana	5 (9,62)	-	5 (13,16)	
5 a 6 dias por semana	-	-	-	
Todos os dias	3 (5,77)	1 (7,14)	2 (5,26)	
Biscoito doce / chocolate / sobremesa industrializada				0,148
Nunca	17 (32,69)	5 (35,71)	12 (31,58)	
Quase nunca	20 (38,46)	4 (28,57)	16 (42,11)	
1 a 2 dias por semana	6 (11,54)	4 (28,57)	2 (5,26)	
3 a 4 dias por semana	6 (11,54)	1 (7,14)	5 (13,16)	
5 a 6 dias por semana	-	-	-	
Todos os dias	3 (5,77)	-	3 (7,89)	
Embutidos				0,344
Nunca	13 (25,00)	3 (21,43)	10 (26,32)	
Quase nunca	22 (42,31)	7 (50,00)	15 (39,47)	
1 a 2 dias por semana	10 (19,23)	2 (14,29)	8 (21,05)	
3 a 4 dias por semana	4 (7,69)	-	4 (10,53)	
5 a 6 dias por semana	3 (5,77)	2 (14,29)	1 (2,63)	
Todos os dias	-	-	-	

DC = doença de Crohn. Dados expressos em mediana (intervalo interquartil) e valor absoluto (frequência relativa).

Também foram realizadas perguntas relacionadas a percepção da qualidade da alimentação desses indivíduos e se eles acreditavam que a alimentação poderia auxiliar na melhora do quadro da doença. Quando perguntados como consideram a qualidade da sua alimentação, no grupo todo e DC Remissão houve um maior percentual de indivíduos relatando

como boa. Já o grupo DC Ativa apresentou maior percentual de respostas regular. Quando perguntados se quando estão com a doença na fase ativa costumam modificar a dieta, mais da metade dos indivíduos avaliados relataram que sim, padrão que se manteve em ambos os grupos (DC Ativa e DC Remissão). Quando perguntados se acreditavam que a alimentação auxiliaria no tratamento da DC e se a modificação na dieta reduziria os sintomas da DC, a maioria relatou que sim no grupo como um todo, assim como em ambos os grupos DC Ativa e DC Remissão. Por outro lado, quando perguntados se conseguiriam identificar os alimentos que melhorariam os sintomas da DC, a maioria afirmou que não conseguia identificar ou não soube responder, sendo observado maior percentual para estas respostas especificamente naqueles que estão atualmente na fase ativa (DC Ativa). Os indivíduos também foram questionados se conseguiriam identificar os alimentos que piorariam os sintomas da doença. E, a maioria, tanto no grupo todo como quanto nos grupos DC Ativa e DC Remissão afirmaram que sim (Tabela 5).

Os participantes do estudo também foram questionados sobre quais seriam os alimentos que melhorariam e piorariam a DC. Dentre aqueles que relataram identificar os alimentos que, quando consumidos, melhorariam os sintomas da doença, 100% informou que eram os alimentos *in natura* ou minimamente processados. Já em relação aos alimentos que piorariam os sintomas da doença, dentre aqueles que relataram identificar quais são esses alimentos, 40% relatou os alimentos *in natura* / minimamente processados (alimentos fonte de fibras e folhosos verde escuros) e 60% relatou alimentos ultraprocessados (embutidos, doces e refrigerantes).

Tabela 5 - Perguntas relacionadas à alimentação e sinais e sintomas dos indivíduos com doença de Crohn atendidos em um hospital da cidade do Rio de Janeiro (n=52)

Variáveis	DC (n = 52)	DC Ativa (n = 14)	DC Remissão (n = 38)	p-valor
Qualidade da alimentação				0,585
Muito boa	9 (17,31)	2 (14,29)	7 (18,42)	
Boa	19 (36,54)	4 (28,57)	15 (39,47)	
Regular	18 (34,62)	5 (35,71)	13 (34,21)	
Ruim	2 (3,85)	1 (7,14)	1 (2,63)	
Muito ruim	3 (5,77)	2 (14,29)	1 (2,63)	
Não sei responder	1 (1,92)	-	1 (2,63)	
Doença ativa modifica alimentação				0,985
Sim	29 (55,77)	8 (57,14)	21 (55,26)	
Não	12 (23,08)	3 (21,43)	9 (23,68)	
Nunca pensei sobre isso	11 (21,15)	3 (21,43)	8 (21,05)	

Alimentação auxilia no tratamento da DC				0,823
Sim	47 (90,38)	13 (92,86)	34 (89,47)	
Não	1 (1,92)	-	1 (2,63)	
Não sei responder	4 (7,69)	1 (7,14)	3 (7,89)	
Modificação da dieta reduz os sintomas da DC				0,649
Sim	44 (84,62)	12 (85,71)	32 (84,21)	
Não	2 (3,85)	-	2 (5,26)	
Não sei responder	6 (11,54)	2 (14,29)	4 (10,53)	
Alimentos que melhoram os sintomas da DC				0,470
Sim	12 (23,08)	2 (14,29)	10 (26,32)	
Não	10 (19,23)	2 (14,29)	8 (21,05)	
Não sei responder	30 (57,69)	10 (71,43)	20 (52,63)	
Alimentos que pioram os sintomas da DC				0,407
Sim	38 (73,08)	12 (85,71)	26 (68,42)	
Não	2 (3,85)	-	2 (5,26)	
Não sei responder	12 (23,08)	2 (14,29)	10 (26,32)	

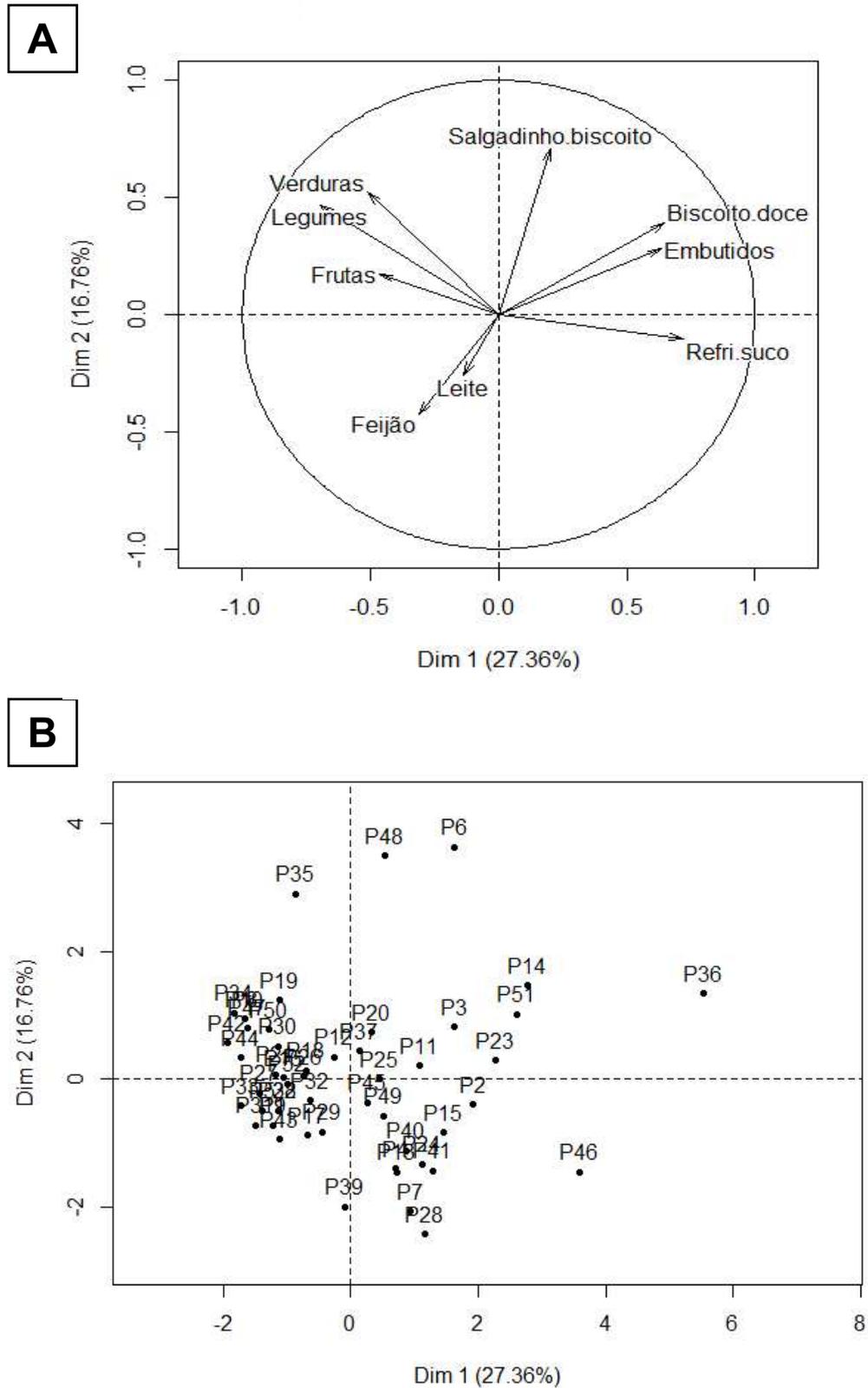
DC = doença de Crohn. Dados expressos em mediana (intervalo interquartil) e valor absoluto (frequência relativa).

Quando avaliado o comportamento do consumo alimentar em conjunto com a consulta com um nutricionista, foi observado que dentre os 36% dos indivíduos na fase ativa da DC que relataram consumir feijão todos os dias, 60% estão atualmente se consultando com um nutricionista por causa da DC, tendo ido pelo menos 1 vez ao profissional no decorrer do último ano. Dentre os 50% dos indivíduos, que se encontram na fase ativa da DC e que relataram consumir leite de 3 a 7 dias na semana, 57% estão se consultando atualmente com um nutricionista por causa da DC e relataram ter ido pelo menos 1 vez ao profissional no decorrer do último ano. Dentre os 36% dos indivíduos que informaram consumir feijão todos os dias, 80% consumiam leite pelo menos de 3 a 7 dias durante a semana. Em relação as verduras, dentre os 29% dos indivíduos que estavam na fase de remissão da DC e que relataram não consumir verduras nunca ou quase nunca, 55% possuem renda bruta familiar de 1 a 3 salários mínimos.

A Figura 1 apresenta a Análise de Componentes Principais (ACP) realizada com os dados de frequência de consumo alimentar informados pelos participantes do presente estudo. A partir destes dados, a ACP foi capaz de separar as variáveis em três grupos (Figura 1A), sendo um com frutas, legumes e verduras, outro grupo com leite e feijão e um terceiro grupo com os alimentos considerados ultraprocessados (BRASIL, 2014a). O mapa bidimensional que apresenta os indivíduos (Figura 1B), os situou neste espaço a partir da frequência de consumo relatada de cada um dos alimentos/grupos alimentares. Assim, a partir de sua localização neste

mapa bidimensional, se pode caracterizar o consumo do indivíduo ao se comparar o posicionamento deste em relação as variáveis apresentadas na Figura 1A. Dentre os indivíduos que se caracterizaram pela frequência de consumo de alimentos ultraprocessados, seis pertenciam ao grupo DC Ativa (P2; P3; P6; P14; P36 e P51), ou seja, 43% do total de indivíduos deste grupo, enquanto que três indivíduos do grupo DC Remissão, ou seja, 11% deste grupo, se caracterizaram pelo consumo de alimentos ultraprocessados. O maior conjunto de indivíduos que participaram deste estudo se caracterizou pelo consumo de frutas, legumes e verduras ou pelo consumo de leite e feijão.

Figura 1 - Mapa bidimensional, variáveis (A) e indivíduos (B), da Análise de Componentes Principais aplicada a frequência de consumo alimentar (n=52).



Legenda: Salgadinho.biscoito = Salgadinho / biscoito salgado; Biscoito.doce = Biscoito doce / chocolate / sobremesa industrializada; Refri.suco = Refrigerante / suco artificial.

Em relação ao produto técnico (Apêndice 3), foi realizado na UNIRIO, um seminário intitulado “II Seminário de doença inflamatória intestinal e nutrição: entendendo para melhor manejar” com o objetivo de abordar temas atuais sobre DII. O evento foi destinado aos estudantes e profissionais da área da saúde, em especial da área de nutrição e ocorreu de forma presencial no dia 07 de maio de 2024, das 12:30 às 18:30 horas.

O evento contou com a presença de profissionais conceituados no tema como a Profa. Dra. Nathalia Ferreira Antunes de Almeida, professora adjunta da Escola de Nutrição da UNIRIO; Dra. Ana Paula Tavares, médica gastroenterologista do HUGG-EBSERH; nutricionista Risblue Versiani Travessa Bello, nutricionista e mestrande do PPGSAN; nutricionista Alessandra Macedo e nutricionista Ariane Cardoso, ambas nutricionistas com experiência em atendimento em consultório de indivíduos com DII. Também participaram do evento as professoras responsáveis pelos atendimentos nutricionais dos indivíduos com DII acompanhados no ambulatório de gastroenterologia do HUGG-EBSERH, Profa. Dra. Fabricia Junqueira das Neves e Profa. Dra. Thais da Silva Ferreira.

Estiveram presentes no evento um total de 127 ouvintes.

Maiores informações sobre o evento seguem detalhados no Relatório Produto Técnico (Apêndice 4).

7. DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a frequência do consumo alimentar de indivíduos portadores de DC em atendimento ambulatorial de um hospital universitário do Rio de Janeiro. Foi avaliado o consumo em relação à alimentos *in natura* / minimamente processados e ultraprocessados, entre as diferentes fases da DC, ou seja, ativa e de remissão. O estudo traçou também o perfil sociodemográfico e socioeconômico desses indivíduos.

Foi observada distribuição semelhante de ambos os sexos na população estudada, o que divergiu do estudo de Santolin *et al.* (2023), onde relata que a DC tem maior prevalência em indivíduos do sexo feminino. Esta diferenciação com maior percentual de mulheres pode ser justificada pela maior iniciativa na procura de serviços de saúde pelos indivíduos do sexo feminino (LEVORATO *et al.*, 2014).

Dentre a população do estudo, foi observada uma maior predominância em indivíduos com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. Esses dados corroboram com os apresentados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), um estudo divulgado pelo IBGE em 2023, em relação ao rendimento domiciliar da população brasileira. Na PNAD foi evidenciado que as famílias brasileiras possuem rendimento domiciliar de aproximadamente R\$ 1.893,00 (aproximadamente um salário mínimo e meio). Quando avaliado mais detalhadamente, diferenciando as localidades, o Rio de Janeiro apresentou rendimento mensal domiciliar de R\$ 2.367,00 (aproximadamente dois salários mínimos), dados que se aproximam do nosso estudo (IBGE, 2023).

Ainda, segundo os dados referentes a renda apresentada por essa população, quando avaliada a quantidade de membros do grupo familiar, a grande maioria apresenta de 1 a 3 pessoas morando na mesma casa. Mesmo assim, segundo dados do DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos), para uma família de quatro pessoas, sendo dois adultos e duas crianças, é necessário possuir uma renda mínima de aproximadamente R\$ 6.400,00. Deste modo, levando em consideração que a população do estudo demanda um maior gasto com a saúde, e conseqüentemente em muitos casos um afastamento do trabalho e estudos, podemos inferir que uma parte dos indivíduos do presente estudo apresentava renda familiar abaixo do mínimo necessário para um tratamento adequado e qualidade de vida (DIEESE, 2024).

Dentre as quatro faixas de classificação a partir do IMC, aquela que define o peso como adequado (WHO, 2000) apresentou maior concentração dos indivíduos participantes deste

estudo. Entretanto, ao analisar, em conjunto, os indivíduos que apresentavam sobrepeso e obesidade, cerca de 56% desses indivíduos se encontravam com excesso de peso, o que se assemelha aos dados observados no VIGITEL (2023), em que 61% da população brasileira apresenta excesso de peso (BRASIL, 2023). Corroborando com os achados atuais, Santos *et al.* (2021) demonstraram taxas reduzidas de desnutrição em indivíduos acompanhados ambulatorialmente e, Cruz *et al.* (2023) evidenciaram que, atualmente, há uma maior prevalência de excesso de peso em pessoas com DII. Uma possível explicação para o panorama atual pode ser o fato de que indivíduos que atingem o controle da doença, sustentando a remissão por períodos mais longos, acabam se expondo aos mesmos fatores de risco e de obesidade do restante da população. Se por um lado, as menores taxas de desnutrição entre a população estudada podem significar um grande avanço no tratamento e acompanhamento nutricional destes indivíduos, o excesso de peso, a deposição de gordura e a maior concentração de adipocinas podem contribuir para um estado inflamatório constante. E, desta forma, devido à concentração de substâncias pró-inflamatórias no tecido adiposo, esses indivíduos podem retornar a fase ativa, agravando os sintomas da doença (BIYYANI *et al.*, 2010; BOUTROS; MARON, 2011; KIM *et al.*, 2023).

Quando perguntados sobre a ida ao nutricionista, a maioria, tanto na DC Ativa quanto na DC Remissão, relatou não ter procurado um profissional de nutrição no último ano. Confirmando esses achados, os mesmos também foram perguntados, dentre o último ano, quantas vezes procuraram um profissional nutricionista, e a grande maioria relatou não ter ido nenhuma vez. Desta forma, esses dados se tornam preocupantes visto que, segundo o estudo de Tonsic & Cardoso (2019), o acompanhamento com profissional nutricionista, através do tratamento nutricional adequado, é de suma importância para diminuir os sintomas na fase ativa da doença e prolongar o estado de remissão. Ainda, segundo o *Guideline* de DII publicado pela Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo - ESPEN, não há uma dieta específica para portadores de DII, mesmo assim, um acompanhamento nutricional, com dieta individualizada, levando em consideração os aspectos clínicos desses indivíduos se torna parte importante no processo, auxiliando reverter a fase ativa da doença e permanecer por mais tempo na fase de remissão (BISCHOFF *et al.*, 2023). A importância da conscientização destes indivíduos deve ser destacada, assim como da equipe multiprofissional, sobre o acompanhamento nutricional regular e adequado, de acordo com os sinais e sintomas presentes em cada momento, seja na fase ativa ou de remissão. Assim, com condutas e orientações

nutricionais direcionadas a cada momento da doença é possível melhorar a qualidade de vida desses indivíduos (BISCHOFF *et al.*, 2023).

Neste estudo, mais de 2/3 dos indivíduos não praticavam exercícios físicos no decorrer da semana. De acordo com o Ministério da Saúde, para que o indivíduo seja considerado ativo, a frequência de exercícios físicos deve ser de pelo menos 150 minutos semanais, com intensidade moderada. E, de forma preocupante, o atual estudo se aproxima do resultado encontrado na pesquisa do VIGITEL (2023) (BRASIL, 2023), onde apenas 12% da população brasileira costuma realizar exercício físico regular. É importante ressaltar que o Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançaram o Guia de Atividade Física para a População Brasileira, que recomenda para todos os adultos, atividade aeróbica de moderada a intensa, de 150 a 300 minutos semanais, incluindo indivíduos que possuem DCNT. Desta maneira, a prática de exercício físico regularmente auxilia na prevenção e diminuição da mortalidade ocasionada pelas diversas DCNT, bem como, o controle do peso e melhor qualidade de vida (BRASIL, 2021).

Até o presente momento, não existe na literatura uma dieta específica capaz de reverter a atividade da DC, bem como a permanência da remissão da doença (CAIO *et al.*, 2021; MOURAD *et al.*, 2024). Porém, a manutenção de uma alimentação saudável, seguindo as recomendações de alimentação para a população brasileira, evitando possíveis gatilhos e avaliando as intolerâncias de cada indivíduo, são pontos importantes para um melhor prognóstico da doença, assim como da qualidade de vida (BRASIL, 2014a; BISCHOFF *et al.*, 2023).

No presente estudo, ao avaliar o consumo de feijão, que é rico em fibras insolúveis, verificou-se que a grande maioria dos indivíduos com DC possuíam o hábito de consumo de 5 à 7 dias na semana. E, quando diferenciadas as fases da doença, ocorreu um consumo ainda maior naqueles que estavam na fase de remissão. O consumo de feijão do atual estudo se aproxima dos dados encontrados no VIGITEL, realizado em 2023, que abrange toda a população brasileira, onde cerca de 59% da população consome feijão em 5 ou mais dias na semana (BRASIL, 2023). Por outro lado, os dados atuais divergem do estudo de Silva *et al.* (2011a) que investigaram indivíduos com DII e constataram baixo consumo de feijão em ambas as fases da doença. Os autores justificaram o consumo reduzido pelo receio que os indivíduos em remissão possuem em voltar a sentir os sinais e sintomas da doença. Ainda, Cruz *et al.* (2021) afirmaram que indivíduos na fase de remissão também devem adotar uma alimentação saudável, com baixa ingestão de alimentos fontes de fibras.

O consumo de leite foi relatado como consumido pela grande maioria dos indivíduos do grupo DC Remissão, corroborando com o estudo de Silva *et al.* (2011a), que também relatam que o leite e seus derivados devem ser consumidos conforme aceitação individual, dando ênfase ao consumo na fase de remissão da doença. Os alimentos lácteos, como o leite e seus derivados, são importantes para o organismo por serem fonte de cálcio e nutrientes essenciais para o corpo humano, porém a deficiência na absorção da lactose pode contribuir como fator para intensificar a permanência na fase ativa da doença. Desta forma, não devem ser excluídos totalmente da alimentação dos indivíduos portadores de DII, mas sim, avaliado por um profissional os reais sinais e sintomas gastrointestinais relacionados ao consumo dos mesmos (CIDRAL *et al.*, 2018; GEDIIB, 2024).

O Guia Alimentar Para a População Brasileira evidencia que os alimentos *in natura* ou minimamente processados, devem ser a base para uma alimentação saudável. Desta forma, a ingestão de alimentos predominantemente de origem vegetal, como legumes, verduras, frutas e grãos, devem fazer parte do cardápio diário da população como um todo pois são amplamente benéficos quanto a quantidade de calorias e nutrientes disponibilizados (BRASIL, 2014a; CASTRO *et al.*, 2021). Porém, apesar do consumo diário de alimentos *in natura* / minimamente processados, em especial os legumes e frutas, ter sido relatado pela grande maioria dos indivíduos do grupo todo, o consumo de verduras, foi menor e, quando analisado o grupo DC Ativa, o percentual de indivíduos que consumiam foi ainda mais baixo. Esses dados podem ser justificados segundo o estudo de Knight-Sepulveda *et al.* (2015), que evidenciou receio no consumo de alimentos *in natura* no formato cru. Tal fato pode ser justificado pela população do estudo ser propícia a apresentar sinais e sintomas gastrointestinais importantes, em especial quadro de distensão abdominal, flatulência e diarreia. Diante disto, é importante a avaliação da aceitação individual destes alimentos que podem apresentar, em especial, quantidades expressivas de fibras insolúveis.

Ainda que, a grande maioria da população estudada tenha informado consumir os alimentos da categoria dos ultraprocessados com a frequência de “nunca” ou “quase nunca”, e o estudo não ter apresentado diferença significativa entre as fases da doença, verificou-se relatos de consumo dos mesmos. Em especial na fase de remissão da doença, os indivíduos parecem consumir eventualmente os alimentos ultraprocessados, o que pode ocasionar, segundo Castro *et al.* (2020), desconfortos abdominais e um looping entre as fases da doença, fazendo com que os indivíduos retomem à fase ativa mais rapidamente. Esses achados precisam ser melhor avaliados, pois, alimentos ultraprocessados, que são pobres em nutrientes essenciais para o

organismo (BRASIL, 2014a). Somado a isto, possuem alto teor de açúcar, gorduras saturadas, gordura trans, sódio e aditivos alimentares, que acarretam em risco aumentado para o desenvolvimento de diversas DCNT, sendo estas responsáveis por 70% das causas de morte no país (BRASIL, 2024). Quando avaliado o consumo desses alimentos na população brasileira, Louzada *et al.* (2023) demonstraram que, nos últimos 10 anos, houve um aumento de aproximadamente 5,5% na ingestão de alimentos da categoria dos ultraprocessados, corroborando com o estudo de Askari *et al.* (2020) que evidenciou associação entre a ingestão de alimentos ultraprocessados com o excesso de peso corporal e conseqüentemente um maior risco de desenvolvimento de DCNT.

Especificamente sobre a influência do consumo dos alimentos ultraprocessados na DC, o estudo de Narula *et al.* (2023) demonstrou que a inflamação do sistema gastrointestinal pode ser ocasionada pela interação de genes, microbioma intestinal e também fatores ambientais, incluindo a dieta. Deste modo, parece existir associação no desenvolvimento de DC em indivíduos que ingerem alimentos ultraprocessados, assim como uma influência na fisiopatologia da doença, através do distúrbio da microbiota intestinal (TRAKMAN *et al.*, 2022; FITZPATRICK *et al.*, 2023).

Considerando a ACP, uma ferramenta de estatística multivariada, a maioria dos indivíduos que participaram do estudo se caracterizaram pelo consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados. Este perfil de consumo, está de acordo com as diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira (CASTRO *et al.*, 2021), que recomenda que alimentos *in natura* e minimamente processados devem ser a base da alimentação, devendo evitar alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2014b). Somado a isso, em estudo realizado por Levine *et al.* (2019), foi observado que a exclusão de produtos alimentícios contendo emulsificantes, maltodextrina, carragena, presentes em alimentos ultraprocessados, concomitante com o aumento no consumo de alimentos *in natura* como frutas e hortaliças, pode prolongar a fase de remissão da DII.

Conforme evidenciado no estudo, a variação no consumo alimentar dos indivíduos entre as fases ativa e de remissão da doença, alerta para um possível desconhecimento destes indivíduos sobre a influência do consumo de determinados alimentos na DC. Em especial na fase ativa da doença, onde o consumo, principalmente, de alimentos ultraprocessados, considerados não saudáveis, podem piorar os sintomas da doença, seria esperado que os indivíduos portadores de DC evitassem tais alimentos. Porém, pelos achados aqui encontrados, parece que os mesmos não percebem a possível importância de tais condutas no seu

prognóstico. Além disso, ressaltamos a inovação do estudo em avaliar o consumo alimentar de tal público, identificando diferenças no consumo alimentar nas diferentes fases da doença, que são tão importantes para uma orientação nutricional fidedigna.

Vale ressaltar que o presente estudo apresentou algumas limitações para que obtivesse uma amostra elegível de 52 indivíduos. O contato com esse público foi realizado através do telefone, o que muitas vezes poderia estar desatualizado na ficha cadastral desses pacientes, ocasionando um possível insucesso de contato com os mesmos. Porém, todos os indivíduos que atenderam o telefone concordaram em participar do estudo e responderam a todas as perguntas presentes no questionário. Ainda, levando em consideração o cálculo do tamanho amostral, o presente estudo atingiu o tamanho da amostra necessário, ou seja, um mínimo de 50 indivíduos.

8. CONCLUSÃO

O presente estudo avaliou indivíduos adultos com DC, de ambos os sexos sendo, em sua maioria, composto por jovens com ensino médio completo. A população estudada apresentou diagnóstico de DC há mais de 5 anos e IMC de excesso de peso.

Com exceção do consumo de feijão, os grupos foram semelhantes quanto ao consumo alimentar. Como esperado, o consumo de feijão foi maior nos indivíduos com doença em remissão. Porém, destaca-se que o consumo de feijão, assim como o consumo do leite, foi expressivo naqueles que estão na fase ativa da doença.

O consumo de alimentos ultraprocessados foi semelhante entre os grupos, mas com consumo acima do esperado em ambos os grupos, sendo ainda maior na fase de remissão da doença.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que a grande maioria dos indivíduos não está frequentando atualmente o nutricionista. Ainda, através do contato telefônico para participação no estudo, alguns indivíduos relataram que não podem frequentar o ambulatório mais de um dia na semana, seja por problemas financeiros, trabalho ou pessoal. De fato, existe uma dificuldade de conciliação das agendas do gastroenterologista e da nutrição, já que o atendimento nutricional ocorre uma vez na semana na parte da manhã, mas existem outros horários de atendimento da gastroenterologia para os indivíduos com DII. Além disso, o HUGG-EBSERH não apresenta atualmente quantidade de nutricionistas que permita o aumento no número de atendimentos desta população. Vale ressaltar que esses atendimentos são realizados pelas professoras da Escola de Nutrição e os alunos envolvidos nos projetos de pesquisa e extensão.

Deste modo, destaca-se a atenção que esses indivíduos precisam ter quanto a alimentação, evidenciando a importância de possuir mais profissionais envolvidos nos atendimentos e aumentando a disponibilidade de dias para as marcações com profissionais da área da nutrição.

Há necessidade de fomentar a pesquisa para que mais estudos venham a delinear o acompanhamento nutricional de indivíduos portadores da DC, que se encontra em crescente evidência. Ainda assim, faz-se necessário a propagação das recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira como uma das estratégias de educação nutricional e alimentar para este público, uma vez que, podem garantir melhora na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASKARI, M.; HESHMATI, J.; SHAHINFAR, H.; TRIPATHI, N.; DANESHZAD, E. Ultra-processed food and the risk of overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **International Journal of Obesity**, v.44, n.10, p.2080-2091, 2020.
- BAÊTA, O. M.; ALVES, A. K.; MORENO, J. M.; SILVA, J. R. F.; SOUZA, M. L. F.; SOBRAL, R. B.; PISSINATTI, R. S. PAIXÃO, V. C.; VIEIRA, V. B. T.; TAFNER, V. Doença de Crohn - uma revisão abrangente sobre a epidemiologia, fisiopatologia e patogênese, fatores de risco, diagnóstico clínico, diagnóstico imagiológico, manifestações extra intestinais, tratamento, nutrição e dieta. **Brazilian Journal of Health Review**, v.6, n.4, p.17438-17454, 2023.
- BEST, W. R.; BECKTEL, J. M.; SINGLETON, J. W.; KERN JUNIOR, F. Development of a Crohn's disease activity index. **Gastroenterology**, v.70, n.3, p.439-444, 1976.
- BEST, W. R. Predicting the Crohn's disease activity index from the Harvey-Bradshaw Index. **Inflammatory Bowel Diseases**, v.12, n.4, p.304-310, 2006.
- BISCHOFF, S. C.; BAGER, P.; ESCHER, J.; FORBES, A.; HÉBUTERNE, X.; HVAS, C. L.; JOLY, F.; KLEK, S.; KRZANARIC, Z.; OCKENGA, J.; SCHNEIDER, S.; SHAMIR, R.; STARDELOVA, K.; BENDER, D. V.; WIERDSMA, N.; WEIMANN, A. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. **Clinical Nutrition**, v.42, p.352-379, 2023.
- BIYYANI, R. S. S.; PUTKA, B. S.; MULLEN, K. D. Dyslipidemia and lipoprotein profiles in patients with inflammatory bowel disease. **Journal of clinical lipidology**, v.4, n.6, p.478-82, 2010.
- BOUTROS, M.; MARON, D. Inflammatory bowel disease in the obese patient. **Clinics in colon and rectal surgery**, v.24, n.4, p.244-52, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2 ed., 158p. 2014a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 966, de 2 outubro de 2014. **Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Crohn**. 2014b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Qual é a relação entre consumo de ultraprocessados e risco de mortalidade?** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-que-ro-me-alimentar-melhor/noticias/2022/qual-e-a-relacao-entre-consumo-de-ultraprocessados-e-risco-de-mortalidade>. Acesso em: 16 abr 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 - Brasília: Ministério da Saúde, 2023.131p.

BRITO, I. G. S.; SILVA, C. S. T.; BRAVIN, B. C.; MOTA, H. S. T.; NUNES, A. P. P.; COTRIM, G. H. P.; CARVALHO E SILVA, R. S.; MIQUELOTI, W.; MAZIEIRO, W. R.; BETTONI, W. M. B.; PLAZA, M. A. S.; SITTA, M. J. Z. The prevalence of Crohn's disease cases in the brazilian population from 2013 to 2017. **Brazilian Journal of Development**, v.8, n.5, p. 41656-41670, 2022.

BURLIN, S.; FAVARO, L. R.; BRETAS, E. A. S.; TANIGUCHI, L. S.; LOCH, A. P.; ARGOLLO, M. C.; JUNIOR, O. A.; D'IPPOLITO, G. Avaliação da doença de Crohn por meio da enterografia por tomografia computadorizada: qual o impacto da experiência dos examinadores na reprodutibilidade do método? **Radiologia Brasileira**, v.50, n.1, p.13-18, 2017.

CAIO, G.; LUNGARO, L.; CAPUTO, F.; ZOLI, E.; GIANCOLA, F.; CHIARIONI, G.; DE GIORGIO, R.; ZOLI, G. Nutritional Treatment in Crohn's Disease. **Nutrients**, v.13, n.5, 23p., 2021.

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.

CAMPOS, F. G. M. C.; KOTZE, P. G. Burrill Bernard Crohn (1884-1983): o homem por trás da doença. **ABCD - Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.26, n.4, p.253-255, 2013.

CANÃO, Z. A. R. Medicamentos Biológicos como Terapêutica Farmacológica na Doença de Crohn. 34f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade de Coimbra, Portugal, 2014.

CANTARELLI, B. C. F.; OLIVEIRA, R. S.; ALVES, A. M. A.; RIBEIRO, B. J.; VELLONI, F.; D'IPPOLITO, G. Avaliação da atividade inflamatória da doença de Crohn por métodos seccionais de imagem. **Radiologia Brasileira**, v.53, n.1, p.38-46, 2020.

CARVALHO, L. C.; SILVA, E. S.; ROMA, A. L. M.; LAURINDO, J. E. G.; REIS, S. C.; COSTA, F. V. S.; BEZERRA, R. O. C.; ROCHA, M. F. Q.; MARIANO FILHO, V. Q.; MACHADO, L. C. S. Doenças inflamatórias intestinais: uma abordagem geral. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v.2, 7p., 2022.

CARVALHO, L. G. F. Leptina sérica, calprotectina fecal e composição corporal em pacientes com doença de crohn. 90f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal de Minas, Belo Horizonte, MG, 2022.

- CASTRO, M. M., CORONA, L. P., PASCOAL, L. B., MIYAMOTO, J. E., IGNACIO-SOUZA, L. M., AYRIZONO, M. L. S., TORSONI, M. A., TORSONI, A. S., LEAL, R. F., MILANSKI, M. Dietary Patterns Associated to Clinical Aspects in Crohn's Disease Patients. **Scientific reports**, v.10, n.1, 9p., 2020.
- CASTRO, M. M., PASCOAL, L. B., STEIGLEDER, K. M., SIQUEIRA, B. P., CORONA, L. P., AYRIZONO, M. L. S., MILANSKI, M., LEAL, R. F. Role of diet and nutrition in inflammatory bowel disease. **World journal of experimental medicine**, v.11, n.1, p.1-16, 2021.
- CIDRAL, A. M.; BUZZI, B. N.; SCOLARO, B. L.; SPECHT, C. M.; MATOS, C. H.; MALLUTA, E. F.; BOBATO, S.; BARRETTTA, C. Intolerância à lactose e sua relação com a atividade da doença inflamatória intestinal. **Braspen Journal**, v.33, n.1, p.21-25, 2018.
- CORRÊA, I. S.; LOPES, F. M.; ZALTMAN, C.; DEWULF, N. L. S. Interações medicamentosas no tratamento de doenças inflamatórias intestinais. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v.14, n.2, p. 56-59, 2017.
- CRUZ, M. M. S.; FONTANA, P. D.; JUNIOR, O. R.; RABITO, E. I. How is the diet quality of patients with Crohn's disease in clinical remission using infliximab? **Arquivos de Gastroenterologia**, v.58, n.3, p.289-295, 2021.
- CRUZ, M. M. S.; SLOB, G. L.; SANTOS, C. T.; FONTANA, P. D.; JUNIOR, O. R.; RABITO, E. I. Body composition and functional capacity in patients with Crohn's disease using Infliximab. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v.22, n.1, p.52-57, 2023.
- CUNHA, M. C.; PAULA, B. M. D. Aditivos alimentares: impacto sobre a microbiota intestinal e seus efeitos sobre a saúde. **Revista Interfaces**, v.11, n.4, p.3079-3091, 2023.
- DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos, 2024. **Salário mínimo nominal e necessário**. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html>. Acesso em: 15 abr 2024.
- FERREIRA, R. C.; BARBOSA, L. B.; VASCONCELOS, S. M. L. estudos de avaliação do consumo alimentar segundo método dos escores: uma revisão sistemática. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.5, p.1777-1792, 2019.
- FITZPATRICK, J.; HALMOS, E. P.; GIBSON, P. R.; MACHADO, P. Ultra-processed Foods and Risk of Crohn's Disease: How Much is Too Much? **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 21, p.2478-2480, 2023.
- FRANCO, C. A. S.; MARQUES, S. F. P.; GOMES, E. V. Doença de crohn: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Development**, v.9, n.1, p.3797-3805, 2023.
- GEDIIB - Grupo de Estudos da Doença inflamatória Intestinal do Brasil. **Consumo de leite e derivados na DII**. Disponível em: <https://gediib.org.br/pg/noticias-pg/consumo-de-leite-e-derivados-na-dii/>. Acesso em: 15 abr 2024.
- GEDIIB - Grupo de Estudos da Doença inflamatória Intestinal do Brasil. Diretrizes da Doença de Crohn. **International Journal of Inflammatory Bowel Disease**, v.4, n.1, 44p., 2018.

GUIMARÃES, M. de. C.; GONÇALVES, M. D. S.; DA SILVA, C. P. Doença de Crohn: um estudo de caso. **FINOM - Humanidades & Tecnologia em Revista**, Minas gerais, MG, ano 14, v.23, p.343-361, jul. 2020.

HABR-GAMA, A.; CERSKI, C. T. S.; MOREIRA, J. P. T.; CASERTA, N. M. G.; JÚNIOR, O. O.; ARAÚJO, S. E. A. Doença de Crohn intestinal: manejo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.57, n.1, p.10-13, 2011.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua - 2023.

IMBRIZI, M.; BAIMA, J. P.; AZEVEDO, M. F. C.; ANDRADE, A. R.; QUEIROZ, N. S. F.; CHEBLI, J. M. F.; CHEBLI, L. A.; ARGOLLO, M. C.; SASSAKI, L. Y.; PARRA, R. S.; QUARESMA, A. B.; VIEIRA, A.; DAMIÃO, A. O. M. C.; MORAES, A. C. S.; FLORES, C.; ZALTMAN, C.; VILELA, E. G.; MORSOLETO, E. M.; GONÇALVES FILHO, F. A.; PENNA, F. G. C.; SANTANA, G. O.; ZABOT, G. P.; PARENTE, J. M. L.; COSTA, M. H. M.; ZERÔNIO, M. A.; MACHADO, M. B.; CASSOL, O. S.; KOTZE, P. G.; FRÔES, R. S. B.; MISZPUTEN, S. J.; AMBROGINI JUNIOR, O.; SAAD-HOSSNE, R.; COY, C. S. R. Second Brazilian Consensus on the Management of Crohn's disease in adults: a consensus of the Brazilian Organization for Crohn's Disease and Colitis (GEDIIB). **Arquivos de Gastroenterologia**, v.59, p.20-50, 2022.

JUNIOR, S. C. R.; ERRANTE, P. R. Doença de crohn, diagnóstico e tratamento. **Atas de Ciências da Saúde**, v.4, n.4, p.31-50, 2016.

KIM, J. H.; CHANG-MYUNG, O. H.; YOO, J. H. Obesity and novel management of inflammatory bowel disease. **World Journal of Gastroenterology**, v.29, n.12, p.1779-1794, 2023.

KNIGHT-SEPULVEDA, K.; KAIS, S.; SANTAOLALLA, R.; ABREU, M. T. Diet and Inflammatory Bowel Disease. **Gastroenterology and Hepatology (New York)**, v.11, n.8, p.511-520, 2015.

LEVINE, A., WINE, E., ASSA, A., BONEH, R. S., SHAOUL, R., KORI, M., COHEN, S., PELEG, S., SHAMALI, H., ON, A., MILLMAN, P., ABRAMAS, L., ZIV-BARAN, T., GRANT, S., ABITBOL, G., DUNN, K. A., BIELAWSKI, J. P., LIMBERGEN, J. V. Crohn's Disease Exclusion Diet Plus Partial Enteral Nutrition Induces Sustained Remission in a Randomized Controlled Trial. **Gastroenterology**, v.2, n.31, p.1-11, 2019.

LEVORATO, C. D.; MELLO, L. M.; NUNES, A. S. S. A. A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.4, 2014.

LIBÂNIO, J.; FRAZÃO, K.; CUNHA, M.; REVOREDO, C. M. S. Doença de Crohn e Probióticos: uma revisão. **RASBRAN - Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, São Paulo, SP, ano 8, n.2, p.67-73, jul-dez. 2017.

LOPES, A. M.; MOURA, L. N. B. de; MACHADO, R. da S.; SILVA, G. R. F. da. Qualidade de vida de pacientes com doença de crohn. **Revista electrónica trimestral de Enfermería**, n.47, p.337-352, jul. 2017.

- LOUZADA, M. L. C.; CRUZ, G. L.; SILVA, K. A. A. N.; GRASSI, A. G. F.; ANDRADE, G. C.; RAUBER, F.; LEVY, R. B.; MONTEIRO, C. A. Consumption of ultra-processed foods in Brazil: distribution and temporal evolution 2008–2018. **Revista de Saúde Pública**, v.57, n.12, 13p., 2023.
- MAHDIPOUR, M.; SHAFAGHI, A.; MANSOUR-GHANAELI, F.; HOJATI, A.; JOUKAR, F.; MAVADDATI, S. Fecal calprotectin role in diagnosis of ulcerative colitis and treatment follow-up. **Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)**, v.39, n.2, p.115-120, 2019.
- MARANHÃO, D. D. A.; VIEIRA, A.; CAMPOS, T. Características e diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v.103, n.1, p.9-15, 2015.
- MARTINS, K. R.; ARAÚJO, J. M.; CRUZ, A. C.; LUIZ-FERREIRA, A. Epidemiologic aspects of inflammatory bowel disease in the Western region of Minas Gerais State. **Arquivos de Gastroenterologia**, v.58, n.3, p.377-383, 2021.
- MASSIRONI, S.; ROSSI, R. E.; CAVALCOLI, F. A.; VALLE, S. D.; FRAQUELLI, M.; CONTE, D. Nutritional deficiencies in inflammatory bowel disease: Therapeutic approaches. **Clinical Nutrition**, n.32, p.904-910, mar. 2013.
- MENDES, G. C. M.; CARVALHO, F. P.; SILVA, L. F.; MARINS, F. R.; FERNANDES, F. R. Aspectos e tratamento da doença de crohn. **Revista Saúde em Foco**, n.11, p.921-933, 2019.
- MENEZES, L. R. D. Validade Relativa de Métodos de Avaliação do Consumo Alimentar de Escolares. 102f. Dissertação (Mestrado em Nutrição e Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, MG, 2019.
- MONTEIRO, C. A.; CANNON, G.; LEVY, R.; MOUBARAC, J.; JAIME, P.; MARTINS, A. P.; CANELLA, D.; LOUZADA, M.; PARRA, D.; RICARDO, C.; CALIXTO, G.; MACHADO, P.; MARTINS, C.; MARTINEZ, E.; BARALDI, L.; GARZILLO, J.; SATTAMINI, I. Classificação dos alimentos. Saúde Pública NOVA. A estrela brilha. **World Nutrition**, v.7, n.1-3, p.28-40, jan-mar. 2016.
- MONTEIRO, C. A.; CANNON, G.; MOUBARAC, J.; LEVY, R. B.; LOUZADA, M. L. C.; JAIME, P. C. The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. **Public Health Nutrition**, v.21, n.1, p.5-17, 2017.
- MOTA, P. P. N.; NASCIMENTO, C. P.; MOTA, I. S. Doenças inflamatórias intestinais: tratamento nutricional. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v.6, p.129-139, 2022.
- MOURAD, F. H.; MOURAD, N. F.; HASHASH, J. G. Slowly filling the gaps in our approach to diet and nutrition in inflammatory bowel diseases. **Hepatobiliary Surgery and Nutrition**, v.13, n.2, p.333-335, 2024.
- NARULA, N.; CHANG, N. H.; MOHAMMAD, D.; WONG, E. C. L.; ANANTHAKRISHNAN, A. N.; CHAN, S. S. M.; CARBONNEL, F.; MEYER, A. Food Processing and Risk of Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v.21, n.10, p.2483-2495, 2023.

OLIVEIRA, C.; ANTUNES, C.; SANTOS, C.; MARQUES, A.; SOUSA, M. Suporte nutricional na doença de crohn. **Associação Portuguesa de Nutrição**, n.10, p.44-48, set. 2017.

OLIVEIRA-COSTA, M. S. A publicidade infantil de alimentos: desafios à gestão federal do SUS e oportunidades para a comunicação em saúde. **Saúde e Sociedade**, v.32, 12p., 2023.

OLIVEIRA, J. A. S. Doença de Crohn e Terapêutica Nutricional: Revisão das Recomendações. 26f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição e Alimentação) - Universidade do Porto, Porto, 2012.

OLIVEIRA, J. A.; VIEBIG, R. F.; NACIF, M.; BAZANELLI, A. P. Relação do consumo alimentar com sinais e sintomas na doença de Crohn. **Brazilian Journal of Development**, v.7, n.7, p.74204-74217, 2021.

PASSOS, M. A. T.; CHAVES, F. C.; CHAVES-JUNIOR, N. A importância da colonoscopia nas doenças inflamatórias intestinais. **ABCD - Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.31, n.2, 4p., 2018.

POLI, D. D. **Impacto da raça e ancestralidade na apresentação e evolução da doença de Crohn no Brasil**. 51f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

QUARESMA, A. B.; DAMIAO, A. O. M. C.; COY, C. S. R.; MAGRO, D. O.; VALVERDE, D. A.; PANACCIONE, R.; COWARD, S. B.; NG, S. C.; KAPLAN, G. G.; KOTZE, P. G. DOP41 Temporal Trends in the epidemiology of Inflammatory Bowel Diseases in the public healthcare system in Brazil: A large population-based study. **Journal of Crohn's and Colitis**, v.15, p.79-80, 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. **GEDIIB - Organização Brasileira de Doença de Crohn e Colite**, v.35, 7p., 2019.

RIPARDO, A. F. S.; ESTEVÃO, M. L.; PEREIRA, C. P. Efeitos da terapia nutricional no tratamento da doença de crohn: um estudo de revisão. *In: Anais da VII Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia DeVry Brasil. Anais...* BELÉM, CARUARU, FORTALEZA, JOÃO PESSOA, MANAUS, RECIFE, SALVADOR, SÃO LUÍS, SÃO PAULO, TERESINA: DEVRY BRASIL, 2016.

ROCHA, A. C. C.; VALE, A. V.; SOUZA, C. M. R.; SENA, D. M.; AVELAR, J. V. M.; VIEIRA, J. D. M.; TUYAMA, M. G.; SILVEIRA, R. P. R.; LOPES, S. A. Cirurgia videolaparoscópica na doença de Crohn: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n.3, p.12346-12352, 2021.

SALDANHA, G. J. V. Utilidade da Calprotectina Fecal na Doença Inflamatória Intestinal em idade pediátrica. 22f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal, 2016.

SANTOLIN, L.; VIDIGAL, M. C. G.; SILVA, J. F.; SANTOLIN, L. F.; JÚNIOR, A. V. G.; PAGLIA, B. A. R.; SILVA, M. F. P. T. B. Crohn's disease - a review. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v.15, n.12, p.15973-15994, 2023.

SANTOS, A. L. C.; DIAS, B. C. O.; SILVA, K. A.; FERREIRA, J. C. S. Terapia nutricionais nas doenças inflamatórias intestinais: Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa. **Research, Society and Development**, v.10, n.7, 11p., 2021.

SANTOS, L. A. A.; DORNA, M. de S.; VULCANO, D. S. B.; AUGUSTI, L.; FRANZONI, L. de C.; GONDO, F. F.; ROMEIRO, F. G.; SASSAKI, L. Y. Terapia nutricional nas doenças inflamatórias intestinais: artigo de revisão. **Revista Nutrire**, v.40, n.3, p.383-396, dez. 2015.

SHAKHSHIR, M.; ZYOUD, S. H. Global research trends on diet and nutrition in Crohn's disease. **World Journal of Gastroenterology**, v.29, n.20, p.3203-3215, 2023.

SILVA, A. F. de; SCHIEFERDECKER, M. E. M.; AMARANTE, H. M. B. dos S. Food intake in patients with inflammatory bowel disease. **ABCD - Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva**, v.24, n.3, p.204-209, abr. 2011a.

SILVA, A. L.; PEIXOTO, M. S. Um modelo para determinar a fase da doença de Crohn via sistema fuzzy. **Biomatemática**, v.30, p.241-254, 2020.

SILVA, G. S. S.; GONÇALVES, P. V. P.; BESSA, C. A.; SILVA, J. L. R.; VILAÇA J. L. L.; SANTOS, V. O.; SOBRINHO, W. D.; VIEIRA, I. C. C. Doença inflamatória intestinal: representação epidemiológica de internações e óbitos no Distrito Federal da doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v.5, n.2, p.5428-5438, 2022.

SILVA, M.L.T.; DIAS, M.C.G.; VASCONCELOS, M.I.L.; SAPUCAHY, M.V.; CATALANI, L.A.; MIGUEL, B.Z.B.; BUZZINI, R. Terapia Nutricional na Doença de Crohn. **Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**. 2011b.

SPICELAND, C. M.; LODHIA, N. Endoscopy in inflammatory bowel disease: Role in diagnosis, management, and treatment. **World Journal of Gastroenterology**, v.24, n.35, p.4014-4020, 2018.

TONSIC, B. R.; CARDOSO, B. M. Imunonutrientes na Doença de Crohn. In. XI EPCC Encontro Internacional de Produção Científica, 2019, Paraná. **Anais [...]** Centro Universitário de Maringá, 2019. p10.

TRAKMAN, G. L.; LIN, W. Y. Y.; HAMILTON, A. L.; WILSON-O'BRIEN, A. L.; STANLEY, A.; CHING, J. Y.; YU, J.; MAK, J. W. Y.; SUN, Y.; NIU, J.; MIAO, Y., LIN, X.; FENG, R.; CHEN, M.; SHIVAPPA, N.; HEBERT, J. R.; MORRISON, M.; NG. S. C.; KAMM, M. A. Processed Food as a Risk Factor for the Development and Perpetuation of Crohn's Disease - The ENIGMA Study. **Nutrients**, v.14, 23p., 2022.

TRINDADE, M.; MORCERF, C. C. P.; ESPASANDIN, V. L. Terapia biológica na doença de Crohn: quando iniciar? **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v.17, n.1, p.41-46, 2019.

VALVANO, M.; VINCI, A.; CESARO, N.; FRASSINO, S.; INGRAVALLE, F.; AMELI, M.; VISCIDO, A.; NECOZIONE, S.; LATELLA, G. The long-term effect on surgery-free survival of biological compared to conventional therapy in Crohn's disease in real world-data: a retrospective study. **BMC Gastroenterology**, v.23, 10p., 2023.

WALFISH, A. E.; COMPANIONI, R. A. C. Doença de Crohn (Enterite Regional, Ileíte granulomatosa; ileocolite granulomatosa). **Manual MSD - Versão para profissionais de saúde**, 2022.

WHO (World Health Organization). **Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic**. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO. 2000.

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: Fabricia Junqueira das Neves e Thaís 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: ____/____/____

**APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO SOBRE AVALIAÇÃO DO CONSUMO
ALIMENTAR DE INDIVÍDUOS PORTADORES DA DOENÇA DE CROHN**

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 doença de Crohn?

(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 doença de Crohn:

(0) Sem acometimento íleo/cólon (1) L1 - ileal (2) L2 - colônica (3) L3 – ileocolônica

3.3 Doença superior isolada (L4)? (0) Não (1) Sim

3.4 Peso atual (em Kg): _____ **3.5 Altura atual (em metros):** _____.

3.6 Você já foi em uma consulta com nutricionista por causa da doença de Crohn?

(0) Sim (1) Não (2) Não lembro

3.7 Você está consultando um nutricionista por causa da doença de Crohn?

(0) Sim (1) Não

3.8 No decorrer do último ano, quantas vezes você foi ao nutricionista por causa da doença de Crohn?

(0) Nenhuma vez (1) Pelo menos 1 vez (2) Entre 1 a 2 vezes (3) Mais de 3 vezes

3.9 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 - ÍNDICE DE HARVEY-BRADSHAW - FASE DA DOENÇA DE CROHN

4.1 De forma geral, como está se sentindo?

(0) muito bem (1) levemente comprometido (2) ruim (3) muito ruim (4) péssimo

4.2 Você está sentindo alguma dor abdominal?

(0) nenhuma (1) leve (2) moderada (3) intensa

4.3 Quantas vezes você evacuou de forma líquida, por dia nos últimos 7 dias?

_____.

4.4 Você sente a presença de alguma massa abdominal?

(0) ausente (1) duvidosa (2) definida (3) definida e dolorosa

4.5 Você apresenta alguma complicação listada abaixo?

(0) Artralgia (1) Uveíte (2) Eritema nodoso (3) Úlceras aftosas (4) Pioderma gangrenoso

(5) Fissura Anal (6) Nova Fístula (7) Abscesso

5 - QUESTÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO

5.1 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

5.2 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

5.3 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

5.4 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

5.5 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

5.6 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

5.7 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

5.8 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

5.9 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

5.10 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

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

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

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

_____.

5.13 Você acredita que a alimentação auxilia no tratamento da doença de Crohn?

(0) Sim (1) Não (2) Não sei responder

5.14 Você acredita que a modificação da dieta pode reduzir os sintomas da doença de Crohn?

(0) Sim (1) Não (2) Não sei responder

5.15 Você consegue identificar os alimentos que melhoram os sintomas da doença de Crohn?

(0) Sim (1) Não (2) Não sei responder

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

_____.

5.17 Você consegue identificar os alimentos que pioram os sintomas da doença de Crohn?

(0) Sim (1) Não (2) Não sei responder

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

_____.

II Seminário de doença inflamatória intestinal e nutrição: entendendo para melhor manejar



**Dia 07 de maio
12:30h às 18:30h**

**Inscrições gratuitas
abertas
Acesse o QR CODE**



**Auditório Vera Janacópulos
Avenida Pasteur, 296 Urca - RJ
Evento presencial
Emissão de certificado**



MAIO ROXO

Informações: lenc@unirio.br





II Seminário de doença inflamatória intestinal e nutrição: entendendo para melhor manejar



PROGRAMAÇÃO

12:30h CREDENCIAMENTO



Dia 07 de maio
12:30h às 18:30h

13h ABERTURA

Profa. Dra. Fabricia Junqueira
Profa. Dra. Thaís Ferreira

13:20h MESA REDONDA: Acesso a direitos para pessoa com DII

- Articulação do nutricionista para concretização dos direitos da pessoa com DII - Nutr. Alessandra Macedo
- Os direitos de pessoas com DII - Assistente Social Sue Wolter

15h Uso de enzimas digestivas na DII: quais e quando?

Nutr. Ariane Cardoso

15:45h INTERVALO

16h Consumo alimentar de indivíduos com doença de Crohn

Nutr. Risblue Bello - Mestranda PPGSAN

16:30h MESA REDONDA: DII na pediatria

- Do diagnóstico ao tratamento - Dra. Ana Paula Tavares
- Foco no manejo nutricional - Profa. Dra. Nathalia Almeida

18:10h CONSIDERAÇÕES FINAIS

Profa. Dra. Fabricia Junqueira
Profa. Dra. Thaís Ferreira

18:30h ENCERRAMENTO

Acesse o QR CODE
Inscrições gratuitas



Auditório Vera Janacópulos
Avenida Pasteur, 296 Urca - RJ
Evento Presencial
Emissão de Certificado

Informações: lenc@unirio.br



APÊNDICE 4 - RELATÓRIO PRODUTO TÉCNICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

RELATÓRIO PRODUTO TÉCNICO

II SEMINÁRIO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL E NUTRIÇÃO: ENTENDENDO PARA MELHOR MANEJAR

Docentes Organizadores:

Fabricia Junqueira das Neves

CPF: 078.670.927-81

Docente Permanente

Rafael Silva Cadena

CPF: 099.736.557-96

Docente Permanente

Thais da Silva Ferreira

CPF: 098.285.437-45

Docente Permanente

Discentes Organizadores:

Risblue Versiani Travessa Bello

CPF: 105.643.297-70

Mestrado Profissional

Projeto de pesquisa “CONSUMO ALIMENTAR DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE CROHN ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO” vinculado ao evento intitulado “II SEMINÁRIO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL E NUTRIÇÃO: ENTENDENDO PARA MELHOR MANEJAR” como produto técnico, requisito obrigatório para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-graduação em Segurança Alimentar e Nutricional (PPGSAN) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A doença inflamatória intestinal (DII) é uma doença crônica que incide sobre o trato gastrointestinal e, suas principais formas são a doença de Crohn (DC) e a colite ulcerativa. A DC pode acometer o trato gastrointestinal desde a boca até o ânus, podendo ainda apresentar estenoses ou fistulas. Os principais sinais e sintomas são diarreia, perda de peso e dor abdominal, podendo ocasionar emagrecimento, febre e mal-estar. Já a colite ulcerativa é caracterizada pela inflamação do cólon e do reto, que provoca sangramento intestinal e lesões erosivas, tendo como principais sinais e sintomas cólicas abdominais, diarreia com presença de muco e sangue e urgência em evacuar.

1. OBJETIVO DO EVENTO

O objetivo do evento foi disseminar informações atualizadas sobre a doença inflamatória intestinal (DII). Foram abordados temas relacionados a prática clínica de profissionais experientes no assunto através de palestras expositivas e mesas redondas e posterior discussão, além de trazer toda a experiência vivida de uma paciente com diagnóstico de doença de Crohn. Também ocorreu a apresentação de dados obtidos na dissertação de mestrado de uma aluna do PPGSAN.

2. PÚBLICO - ALVO

O “II Seminário de doença inflamatória intestinal e nutrição: entendendo para melhor manejar” teve como público-alvo estudantes da graduação, profissionais da área da saúde, em especial nutricionistas, e demais indivíduos que possuíam interesse no assunto. Atualmente, a DII tem se tornado um tema de grande relevância na área da saúde, tendo em vista o aumento na sua incidência. Desta forma, por se tratar de uma doença crônica idiopática, que se caracteriza por inflamação persistente e crônica do trato gastrointestinal, o intuito do evento foi atualizar os indivíduos interessados no assunto, oferecendo discussão sobre essa temática.

3. ORGANIZAÇÃO DO EVENTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIA BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Participaram da organização do seminário: a Profa. Dra. Fabricia Junqueira das Neves, a Profa. Dra. Thais da Silva Ferreira e o Prof. Dr. Rafael Silva Cadena, credenciados ao PPGSAN. Também participou da organização do seminário uma discente do mestrado profissional do PPGSAN, mestranda Risblue Versiani Travessa Bello.

A organização e realização do seminário foi o produto técnico apresentado ao Curso de Mestrado do PPGSAN como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Segurança Alimentar e Nutricional da discente Risblue Versiani Travessa Bello, cujo o tema de pesquisa está diretamente relacionado ao tema do seminário.

Com amplitude nacional e duração de 6 horas, o evento ocorreu no formato presencial no auditório Vera Janacópulos, localizado na Avenida Pasteur, 296, Urca - Rio de Janeiro, no dia 07 de maio de 2024.

4. DIVULGAÇÃO

Para a divulgação, foram confeccionadas duas artes, uma contendo informações sobre as inscrições via QR code, data, horário e local do seminário e outra contendo a programação do seminário.

Os principais meios de divulgação foram as mídias sociais, *Instagram*, *Facebook*, e-mail e *WhatsApp* da Escola de Nutrição. As artes foram divulgadas pelos organizadores do seminário, pelos palestrantes convidados e por parceiros como PPGSAN, Escola de Nutrição, Associação de pessoas com doenças inflamatórias intestinais do Estado do Rio de Janeiro - ADIIRIO, entre outros. As artes confeccionadas para a divulgação do seminário estão disponibilizadas a seguir:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

II Seminário de doença inflamatória intestinal e nutrição: entendendo para melhor manejar

  **Dia 07 de maio**
12:30h às 18:30h

Inscrições gratuitas abertas
Acesse o QR CODE



Auditório Vera Janacópulos
Avenida Pasteur, 296 Urca - RJ
Evento presencial
Emissão de certificado

 **MAIO ROXO**

Informações: lenc@unirio.br



II Seminário de doença inflamatória intestinal e nutrição: entendendo para melhor manejar

 **MAIO ROXO**

PROGRAMAÇÃO

 **Dia 07 de maio**
12:30h às 18:30h

12:30h **CREDECIAAMENTO**

13h **ABERTURA**
Prof. Dra. Fabricia Junqueira
Prof. Dra. Thais Ferreira

13:20h **MESA REDONDA: Acesso a direitos para pessoa com DI**
• Articulação do nutricionista para concretização dos direitos da pessoa com DI - Nutr. Alessandra Macedo
• Os direitos de pessoas com DI - Assistente Social Sue Wolter

15h **Uso de enzimas digestivas na DI: quais e quando?**
Nutr. Ariane Cardoso

15:45h **INTERVALO**

16h **Consumo alimentar de indivíduos com doença de Crohn**
Nutr. Risblue Bello - Mestranda PPGSAN

16:30h **MESA REDONDA: DI na pediatria**
• Do diagnóstico ao tratamento - Dra. Ana Paula Tavares
• Foco no manejo nutricional - Prof. Dra. Nathalia Almeida

18:10h **CONSIDERAÇÕES FINAIS**
Prof. Dra. Fabricia Junqueira
Prof. Dra. Thais Ferreira

18:30h **ENCERRAMENTO**

Acesse o QR CODE
Inscrições gratuitas



Auditório Vera Janacópulos
Avenida Pasteur, 296 Urca - RJ
Evento Presencial
Emissão de Certificado
Informações: lenc@unirio.br





UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIA BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

5. INSCRIÇÕES

As inscrições foram realizadas através da plataforma *Sympla*. Dentro da plataforma foram coletados dados pessoais e profissionais: nome, sobrenome, *e-mail*, telefone, CPF, identificação (estudante, profissional de saúde ou outro), outras identificações (em caso de “outros”), instituição de ensino (para estudantes) e área de atuação/local de trabalho (para profissionais de saúde). Também houveram inscrições presenciais no dia do evento.

No total, foram realizadas 354 inscrições sendo, 335 online e 19 presenciais no dia do evento.

6. TOTAL DE PARTICIPANTES

O seminário ocorreu no Auditório Vera Janacópulos, localizado na UNIRIO e contou com um total de 127 ouvintes.

7. PALESTRANTES

Para a escolha dos palestrantes, optou-se por profissionais que possuíam experiência em relação a DII ou da área da nutrição clínica, além de indivíduos portadores da doença.

Todos os palestrantes foram convidados oficialmente por meio de uma carta-convite, que continha o objetivo do seminário, as informações gerais sobre o evento e sobre o tema selecionado para cada palestra. O modelo da carta-convite segue abaixo:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA
ALIMENTAR E NUTRICIONAL



De: Comissão Organizadora

Para: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Assunto: II Seminário de doença inflamatória intestinal e nutrição: entendendo para melhor manejar.

Rio de Janeiro, 13 de abril de 2024.

Nós, membros da Comissão Organizadora, temos a honra de convidá-la para participar do “II Seminário de doença inflamatória intestinal e nutrição: entendendo para melhor manejar”.

O objetivo do evento é disseminar informações atualizadas sobre a doença inflamatória intestinal, incluindo estudantes e profissionais da saúde, em especial da área de nutrição. Serão realizadas palestras expositivas e mesas redondas com diferentes profissionais experientes na temática e posterior discussão. Também ocorrerá a divulgação de dados apresentados na dissertação de mestrado de uma aluna da pós-graduação em Segurança Alimentar e Nutricional da Unirio (PPGSAN).

O seminário ocorrerá presencialmente no Campus da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), situado na Avenida Pasteur, 296 - Urca, Auditório Vera Janacópulos, no dia **07/05/2024, das 12:30 às 18:30 horas**. E, sua apresentação intitulada “XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX” está prevista para ocorrer às **XXXX horas**. Serão **30 minutos de apresentação** e mais **10 minutos destinados a discussão do tema proposto**.

Em nome dos integrantes da Comissão Organizadora, esperamos contar com a sua valiosa presença para refletirmos sobre este tema relevante.

Aguardamos a confirmação da sua participação e estamos à disposição para eventuais dúvidas.

Atenciosamente,

Comissão Organizadora



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Deste modo, contamos com a presença dos seguintes palestrantes:

❖ **Alessandra Silva Macedo**

Possui graduação em Nutrição pela Faculdade São Miguel, Especialização em Nutrição Clínica e Hospitalar pela Faculdade Frassinetti do Recife, Expertise em DII e Membro do Conselho Científico da DII Brasil.

Palestra ministrada: Articulação do nutricionista para concretização dos direitos da pessoa com DII

❖ **ADIIRIO - Viviane de Freitas Vale**

Portadora de doença de Crohn desde o ano de 2016.

Palestra ministrada: Depoimento paciente portadora de DII.

❖ **Ariane da Silveira Messôr Araújo Cardoso**

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Veiga de Almeida, Especialização em Nutrigenômica e Modulação Intestinal pelo IPGS, Membro do GEDIIB e Membro do Conselho Científico da DII Brasil.

Palestra ministrada: Uso de enzimas digestivas na DII: quais e quando?

❖ **Risblue Versiani Travessa Bello**

Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), Especialização em Nutrição Clínica Hospitalar pela Faculdade Anhanguera, Especialização em Comportamento e Transtornos Alimentares pela Faculdade INADES, Especialização em Nutrição Clínica Integrativa Funcional pela Faculdade Educamais (UNIMAIS). Atualmente é mestranda do Programa de Pós-graduação em Segurança Alimentar e Nutricional da Unirio.

Palestra ministrada: Consumo alimentar de indivíduos com doença de Crohn



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

❖ **Ana Paula Tavares de Souza**

Possui graduação em medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Residência Médica em Pediatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Residência Médica em Gastroenterologia Pediátrica na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialização em Gastroenterologia Pediátrica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialização em Pediatria e Gastroenterologia Pediátrica pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Atualmente é Pediatra da Emergência Pediátrica do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ), Membro efetivo da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Membro do Comitê de Gastroenterologia Pediátrica da SOPERJ.

Palestra ministrada: DII na pediatria - Do diagnóstico ao tratamento

❖ **Nathalia Ferreira Antunes de Almeida**

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal Fluminense, Especialização em Terapia Nutricional pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Mestrado Profissional em Nutrição Clínica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Doutorado em Ciências Nutricionais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atuou como residente nos programas de Nutrição Clínica - UERJ - na área de Saúde Perinatal e no programa de Saúde Perinatal - UFRJ. Participa como Nutricionista Pesquisadora no Núcleo de Estudos em Nutrição e Pediatria (NUTPED), e como Nutricionista colaboradora no projeto de extensão ANIMA (Ambulatório de Apoio Nutricional Integrativo à Maternidade - UFF). Docente do curso de Nutrição da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO - Professor Adjunto) no Departamento de Nutrição Aplicada (DNA), em cursos de pós-graduação (TENUTPED/UFRJ, PUC/GOIAS) e residência (INCA, UFF, UFRJ). Possui experiência nas áreas de Nutrição Clínica, Materno-Infantil e Terapia Nutricional.

Palestra ministrada: DII na pediatria - Foco no manejo nutricional



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIA BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

8. TEMAS ABORDADOS

Foram escolhidos temas que abordassem a DII em seus diferentes aspectos.

Desta forma, foram abordados os seguintes temas:

- 1) Articulação do nutricionista para concretização dos direitos da pessoa com DII
- 2) Depoimento paciente portadora de DII
- 3) Uso de enzimas digestivas na DII: quais e quando?
- 4) Consumo alimentar de indivíduos com doença de Crohn
- 5) DII na pediatria - Do diagnóstico ao tratamento
- 6) DII na pediatria - Foco no manejo nutricional

9. APOIO / PARCERIAS

O seminário contou com o apoio / parceria de uma instituição não governamental, a Associação de Pessoas com Doenças Inflamatórias Intestinais do Estado do Rio de Janeiro (ADIIRIO), da Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEXC) e da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Inovação da UNIRIO.

Para a emissão dos certificados, foi necessário o cadastro do evento na PROEXC. Segue abaixo a proposta submetida:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIA BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO Pró-Reitoria de Extensão e Cultura – PROExC Diretoria de Extensão – DEX Escola de Extensão				
	Av. Pasteur, 296, Urca, Rio de Janeiro, CEP 22.290-240. Prédio da Reitoria. Tel: (21) 2542-7575/7545. E-mail: escola.proexc@unirio.br				
RELATÓRIO					
Data da submissão: 10/05/2024 20:46:43					
INFORMAÇÕES BÁSICAS					
Coordenador	Fabrícia Junqueira das Neves				
Nº cadastro	2024.00876.2				
E-mail pessoal	fabricia.junqueira@unirio.br				
Solicitação de certificado/declaração	Sim				
EQUIPE ENVOLVIDA NA EXECUÇÃO					
Docentes	2	Técnicos	0	Pós-graduação	1
Alunos (bolsistas) da graduação presencial	6	Alunos (bolsistas) da graduação EAD	0	Alunos (não bolsistas) da graduação presencial	4
Alunos (não bolsistas) da graduação EAD	0	Voluntários	1		
PÚBLICO ATINGIDO					
Público interno	80	Público externo	100	Vulnerabilidade e social	0
PARCERIAS					
Parceria	1				
Parceria (descrição)	Associação de Pessoas com Doenças Inflamatórias Intestinais do Estado do RJ				
PRODUTOS GERADOS					
Livros	0	Artigos	0	Entrevistas	0
Resumos	0	Revistas	0	Livretos	0
Cartilhas	0	Folders	0	TCC's	2
Jornal	0	Programa de rádio	0	Programa de TV	0
Produto audiovisual	0	Software	0	Jogo educativo	0
Manual	0	Outros	0		
COMUNIDADE					
Benefícios	Crescimento profissional, Conhecimento acadêmico, Conhecimento técnico, Assistência social/saúde				



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIA BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Impactos	Integração acadêmica: articulação entre ensino, pesquisa e extensão, Integração entre as áreas do conhecimento: aspectos da interdisciplinaridade e multidisciplinariedade, Publicações técnico-científicas, Capacitação de recursos humanos
FINANCEIRO	
Recurso captado (R\$)	00
Recurso captado (descrição)	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
TERMO DE CONSENTIMENTO	
Declaro que as informações prestadas por mim como coordenador, neste relatório, são verdadeiras.	

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: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

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: 1.850.417

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