



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Protocolo de Atenção à Saúde

ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL DOMICILIAR NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

Área(s): GESNUT

Portaria SES-DF Nº 94 de 17 de março de 2025, publicada no DODF Nº 55 de 21/03/2025.

LISTA DE ABREVIATURAS

ASG	Avaliação Subjetiva Global
CDAI	Atividade de Doença de Crohn
CNUD	Central de Nutrição Domiciliar
DC	Doença de Crohn
DII	Doenças Inflamatórias Intestinais
DITEN	Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional
DITEN	Diretriz Nacional de Terapia Nutricional
ESPEN	<i>The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism</i>
FAM	Força do aperto de mão
IHB	Índice de Harvey-Bradshaw
IMC	Índice de Massa Corporal
NE	Nutrição Enteral
PTNED	Programa de Terapia Nutricional Domiciliar
RCU	Retocolite Ulcerativa
SBNPE	Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral Enteral
TBC	Tuberculose
TND	Terapia Nutricional Domiciliar
VHS	Velocidade de hemossedimentação
VIH	Vírus imunodeficiência humana

SUMÁRIO

1. Metodologia de Busca da Literatura.....	4
1.1. Bases de dados consultadas	4
1.2. Palavra(s) chave(s)	4
1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes.....	4
2. Introdução.....	4
3. Justificativa.....	6
4. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).....	7
5. Diagnóstico Clínico ou Situacional	7
6. Critérios de Inclusão	13
7. Critérios de Exclusão	14
8. Conduta	14
8.1. Conduta Preventiva	17
8.2. Tratamento Não Farmacológico	17
8.3. Tratamento Farmacológico	18
9. Benefícios Esperados	18
10. Monitorização	18
11. Acompanhamento Pós-tratamento	19
12. Termo de consentimento informado – TCI.....	19
13. Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor	19
14. Referências Bibliográficas.....	21

1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA

1.1. Bases de dados consultadas

Para a elaboração do protocolo foram consultadas as bases de dados Pubmed, Medline, Lilacs, Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional na Doença de Crohn (DITEN), *World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines* (2015), Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença de Crohn (MS, 2017), Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Retocolite Ulcerativa (MS, 2021) e a Diretriz da *European Society of Nutrition and Metabolism* (ESPEN 2023).

1.2. Palavra(s) chave(s)

Nutrição; dietoterapia; terapia nutricional; atenção básica; atenção domiciliar; avaliação nutricional; doenças inflamatórias intestinais; retocolite ulcerativa; doença de Crohn.

1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram utilizados 16 artigos científicos publicados entre 2009 e 2020, bem como diretrizes e consensos mais relevantes publicados entre 2017 e 2023.

2. INTRODUÇÃO

As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) são afecções intestinais inflamatórias crônicas cuja etiologia é multifatorial, envolvendo fatores genéticos, ambientais, resposta imune, microbiota intestinal e possíveis agentes infecciosos. Sua patogênese está ligada a alterações do sistema imunológico digestivo, que desencadeiam respostas inflamatórias inadequadas, graves e prolongadas em indivíduos geneticamente predispostos¹. Compreendem a Retocolite Ulcerativa (RU), Doença de Crohn (DC) e as colites indeterminadas (menos comuns). Todas são idiopáticas e se manifestam clinicamente com quadros que podem se estender por anos, mas possuem características fisiopatológicas e clínicas peculiares que as diferem tanto na evolução quanto na sensibilidade terapêutica, sendo, portanto, fundamental sua distinção para melhor condução do tratamento durante o acompanhamento médico e nutricional². A DC pode acometer qualquer porção do tubo digestivo, no entanto, os segmentos do íleo terminal e cólon são os mais acometidos. Apresenta-se principalmente sob as formas inflamatória, fistulosa e fibroestenotante. Além de manifestar formas extra intestinais, sendo as mais frequentes as oftalmológicas, dermatológicas e reumatológicas. A DC tem maior incidência entre 20 e 30 anos, podendo afetar indivíduos em qualquer faixa etária³. Já a RU afeta mais predominantemente o cólon descendente e o reto. Com maior incidência entre 20 e 40 anos, podendo apresentar um segundo ápice da doença em idosos, segundo alguns estudos⁴.

Os sintomas gerais associados a RU e DC mais comuns são diarreia e dor abdominal, além de febre, perda de apetite, perda de peso, fadiga, suores noturnos, retardo de crescimento e amenorreia primária. Na DC, são comuns dores no quadrante inferior direito do abdômen ou ao redor do umbigo; na RU moderada ou severa aparecem no quadrante esquerdo inferior. Podem haver náuseas e vômitos, embora mais na DC que na RU. Esses quadros variam de acordo com o segmento do trato intestinal envolvido e tem caráter intermitente; a severidade dos sintomas varia de leve a severa e durante as remissões muitos deles podem diminuir ou desaparecer⁵. Nesse contexto, a adesão à terapia nutricional adequada, associada ao tratamento médico, contribui para a redução da recidiva destas doenças, minimiza os danos ao estado nutricional do paciente e auxilia no prognóstico favorável do tratamento farmacológico ou cirúrgico⁶.

Há poucos dados epidemiológicos sobre DII em países em desenvolvimento, mas a incidência e a prevalência estão aumentando com o tempo em diferentes regiões do mundo, o que indica seu surgimento como doença global³. Em estudo realizado na região oeste do estado de São Paulo, entre os anos de 1986 e 2005, observou-se uma incidência de RU maior do que de DC, sendo de 4,48 e 3,50 casos/100.000 habitantes, respectivamente, e prevalência de 14,81 e 5,65 casos /100.000 habitantes⁵. Entretanto, considera-se que as taxas de prevalência, incidência e mortalidade no Brasil ainda sejam desconhecidas, devido ao baixo índice de diagnóstico⁶. A Portaria Conjunta nº 14, de 28 de novembro de 2017, do Ministério da Saúde³, aborda o protocolo terapêutico da Doença de Crohn. Apesar da importância dos cuidados e acompanhamento nutricional, pouco é discutido acerca do tema nestas Portarias.

O uso de suplementação oral como forma de suplementação calórica e proteica, com diferentes formulações, tampouco é discutido. Cita-se apenas que, em casos de pacientes pediátricos com doença em atividade leve, pode-se considerar o uso de terapia nutricional enteral com dieta polimérica e que é inexistente na literatura estudo clínico randomizado que tenha avaliado a eficácia desta terapia em adultos, além da falta de evidências na indicação de ômega 3 e probióticos. A Diretriz Nacional de Terapia Nutricional na Doença de Crohn⁹ infere que em crianças com DC leve a moderada, a terapia nutricional enteral pode ser viabilizada como tratamento de primeira linha, podendo ser tão efetiva quanto corticóides em induzir remissão; nos casos de pacientes com inflamação intestinal persistente, bem como naqueles dependentes de corticoterapia, é recomendado o uso de suplemento nutricional oral, que pode, ainda, ser bem tolerado e efetivo na manutenção da remissão da DC. No entanto, a ESPEN 2020 orienta que a primeira intervenção em pacientes adultos que necessitam de suplementação alimentar deve ser os suplementos nutricionais orais. Quando a alimentação oral não for o suficiente, a Nutrição Enteral (NE) passa a ser indicada, sendo preferida à nutrição parenteral, ao menos em casos onde a mesma é contraindicada¹⁰.

O diagnóstico da DII nos adultos requer exame físico completo e análise da anamnese do paciente. Exames de sangue, de fezes, endoscopia, biópsias e estudos de imagem ajudam a excluir outras causas e confirmar o diagnóstico de DII. A escolha das ferramentas de diagnósticos varia de acordo com os recursos disponíveis, mas

devem incluir minimamente exame físico, estudos de fezes para avaliação de infecções oportunistas, hemograma completo, albuminemia, testes de VIH (vírus imunodeficiência humana) e TBC (tuberculose) em populações de alto risco, calprotectina fecal e, se disponíveis, colonoscopia ou ileoscopia³.

Na DC, a diferenciação entre doença ativa e em remissão pode ser feita com base no Índice de Harvey-Bradshaw (IHB)¹¹. Esse índice é mais simples e considerado padrão-ouro para a caracterização dos estágios da doença³. O IHB foi desenvolvido em 1980 como uma versão mais simples do Índice de Atividade de Doença de Crohn (CDAI) e consiste apenas em parâmetros clínicos de dor abdominal, número de evacuações, bem-estar geral, presença de massa abdominal e existência de complicações. Realiza-se a soma de pontos de acordo com os níveis de apresentação desses sintomas, cujo resultado inferior a 5 geralmente é considerado para representar remissão clínica. A RU pode se apresentar como colite aguda grave ou colite fulminante, podendo estar associadas a megacólon tóxico. A apresentação da doença foi descrita em 1955 por Truelove e Witts, que utilizaram os critérios de diarreia, sangramento anal, febre, taquicardia, anemia e velocidade de hemossedimentação (VHS) para sua classificação e conduta¹². Os componentes deste protocolo incluem ferramentas para a identificação dos estágios das DII dos pacientes cadastrados no Programa de Terapia Nutricional Domiciliar (PTNED) da SES/DF e auxiliam na adoção da estratégia nutricional cabível à fase de apresentação da doença.

3. JUSTIFICATIVA

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 343/GM de 07 de março de 2005¹³, preconizou a necessidade de implantar protocolos de triagem e avaliação nutricional, de indicação de terapia nutricional e acompanhamento de pacientes.

A Diretriz Nacional da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral Enteral – SBNPE indica a Terapia Nutricional Domiciliar (TND) a pacientes portadores de DII. A indicação de candidatos para submissão de TND deve ser realizada em nível hospitalar ou ambulatorial, após a avaliação do paciente pela equipe médica e nutricional. Para adequar a terapia nutricional ao domicílio, é indicada a elaboração padronizada de protocolos para este fim.

O protocolo tem por objetivo geral sistematizar a assistência nutricional aos pacientes adultos e pediátricos portadores de DII cadastrados no PTNED SES-DF.

Seus objetivos específicos são:

- Estabelecer a terapia nutricional e suas metas de acordo com o grau de atividade das DII;
- Prevenir reinternações, com economicidade para o sistema de saúde;
- Melhorar e/ou manter o bem-estar geral do paciente;
- Tratar as intercorrências nutricionais durante a doença aguda;

- Auxiliar na manutenção da remissão da doença; e
- Manter um bom estado nutricional a longo prazo.

4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- K50.0 Doença de Crohn do intestino delgado
- K50.1 Doença de Crohn do intestino grosso
- K50.8 Outra forma de doença de Crohn
- K50.9 Doença de Crohn de localização não especificada
- K51.0 Enterocolite ulcerativa (crônica)
- K51.1 Ileocolite ulcerativa (crônica)
- K51.2 Proctite ulcerativa (crônica)
- K51.3 Retossigmoidite ulcerativa (crônica)
- K51.4 Pseudopolipose do cólon
- K51.5 Proctocolite mucosa
- K51.8 Outras colites ulcerativas
- K51.9 Colite ulcerativa, sem outra especificação
- K52.0 Gastroenterite e colite devida à radiação.

5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

A melhor forma de realizar a avaliação nutricional em pacientes com DII ainda não foi definida, inexistindo um padrão-ouro para detecção de desnutrição nestes pacientes. Vários instrumentos de avaliação nutricional são observados em estudos de abordagem nutricional nas DII como: mensurações antropométricas (medidas de peso, altura, circunferência do braço, dobra cutânea do tríceps, circunferência muscular do braço), força do aperto de mão (FAM), avaliação da composição corporal realizada por bioimpedância elétrica, exames bioquímicos (hemograma, proteína C reativa, albumina, ferritina, cálcio, vitamina B12, calprotectina fecal e outros), avaliação do consumo alimentar, exame físico, entre outros.

A Avaliação Subjetiva Global (ASG) inclui consumo alimentar, sintomas, capacidade funcional e exame físico de forma sistematizada¹⁴. Além de ser um instrumento validado, prático e econômico e também amplamente utilizado em estudos com DII, demonstra boa reprodutibilidade dos resultados com alcance de mais de 80% de concordância, e pode ser utilizado tanto no prognóstico quanto no diagnóstico nutricional¹⁵. É formada por questões simples que consideram parâmetros de mudança do peso corpóreo nos últimos 6 meses

(sendo uma vantagem frente a métodos que avaliam o momento); ingestão alimentar em relação ao padrão usual do paciente; presença de sintomas gastrointestinais significativos e persistentes; avaliação da capacidade funcional com as atividades cotidianas; perda de massa muscular e/ou gordura subcutânea e presença de edema¹⁴.

De posse dos dados/informações coletadas, classifica-se o paciente como: “A”- bem nutrido, “B”- moderadamente desnutrido ou com suspeita de desnutrição e, “C”- gravemente desnutrido.

Para os pacientes adultos portadores de DII cadastrados no PTNED será exigido, minimamente, a Avaliação Subjetiva Global (ANEXO I) dentro da avaliação nutricional, sendo a utilização das demais ferramentas (circunferências corporais, pregas cutâneas, exames bioquímicos, força aperto mão, bioimpedância dentre outros) opcionais, de acordo com os recursos disponíveis nos diversos pólos de atendimento da rede da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/SES-DF. Para idosos será utilizada a classificação do estado nutricional segundo IMC, conforme Lipschitz, 1994.

O peso deverá ser preferencialmente aferido e na impossibilidade, pode-se estimá-lo pelo IMC visual. Informações relativas ao peso usual deverão ser coletadas para estimativa da perda ponderal recente. A estatura poderá ser referida, aferida em posição recumbente ou estimada pela medida da altura do joelho ou envergadura do braço.

Há, ainda, carência de estudos sobre avaliação nutricional em pediatria nos portadores de DII¹⁵. O Índice de Massa Corporal (IMC) baixo e a redução progressiva de peso refletem prejuízos do estado nutricional desse público⁹. Assim, para pacientes pediátricos portadores de DII cadastrados no PTNED, a avaliação nutricional deverá incluir minimamente dados antropométricos de altura, peso e IMC, comparando-os com as curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) - 2006, histórico de perda de peso recente e exame físico que auxilie na identificação de deficiências nutricionais específicas. Em adolescentes, os índices clássicos da OMS de IMC/I e A/I podem ser considerados. A associação da avaliação antropométrica a outros métodos deverá ser aplicada de acordo com os recursos disponíveis em cada localidade assistencial (circunferências corporais, dobras cutâneas, exames bioquímicos, força aperto mão, bioimpedância dentre outros). De posse do diagnóstico nutricional, devem ser determinadas as necessidades nutricionais, sugeridas no item 8 deste Protocolo.

Posterior à avaliação do paciente e determinação de suas necessidades nutricionais, deverá ser classificado o estágio atual da doença, o qual será essencial para a determinação da terapia nutricional no PTNED. Para adultos portadores de DC, deverá seguir a classificação do IHB (Tabela 1); para os portadores de RU, a referência será TrueLove e Witts (Tabela 2).

Para classificação do IHB, deverão ser avaliados os sintomas apresentados (para os itens “massa abdominal” e “complicações” deverão ser considerados os descritos em prontuário/relatório médico), marcando a pontuação conforme grau da sintomatologia apresentada e somando-as ao final:

Tabela 1: Índice de Harvey-Bradshaw (IHB).

Descrição		Escore
1	Bem-estar geral	0 = muito bem 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	1 por cada evacuação
4	Massa abdominal	0 = ausente 1 = duvidosa 2 = definida 3 = definida e dolorosa
5	Complicações	1 por item: · Artralgia · Uveíte · Eritema nodoso · Úlceras aftosas · Pioderma gangrenoso · Fissura anal · Nova fístula · Abscesso
Total		Soma dos escores das variáveis de 1 a 5

Fonte: Vermeire S, et al.. Correlation between the Crohn's disease activity and Harvey-Bradshaw indices in assessing Crohn's disease severity. ClinGastroenterolHepatol Off ClinPract J Am Gastroenterol Assoc. abril de 2010;8(4):357-63.

- Pacientes que necessitam de corticosteróide para permanecer assintomáticos são classificados como corticodependentes, não sendo considerados em remissão, devido ao risco de toxicidade do tratamento prolongado;
- Pacientes com doença leve (IHB=5) a moderada (IHB = 6 ou 7) costumam ser atendidos ambulatorialmente, toleram bem a alimentação, estão bem hidratados, não apresentam perda de peso superior a 10%, sinais de toxicidade, massas dolorosas à palpação ou sinais de obstrução intestinal;
- Pacientes com doença grave (IHB igual ou superior a 8) usualmente estão com o estado geral bastante comprometido, não alcançaram sucesso com o tratamento ambulatorial e apresentam um ou mais sintomas como febre alta, vômitos persistentes, sinais obstrutivos intestinais, sinais de caquexia, sinais de irritação peritoneal ou abscessos intra-abdominais⁵.

Para a avaliação da atividade da RU, deverão ser considerados os sintomas relatados por TrueLove e Witts (Tabela 2) e analisados da seguinte forma:

Tabela 2: Atividade da doença em colite ulcerativa.

Sintomas/Apresentação da doença	Nível da atividade da doença		
	Leve	Moderada	Severa
Fezes sanguinolentas/dia	< 4	4 ou 5	≥ 6
Pulso	< 90 lpm	≤ 90 lpm	> 90 lpm
Temperatura	< 37,5°C	≤ 37,8°C	> 37,8°C
Hemoglobina	> 11,5 g/dL	≥ 10,5 g/dL	< 10,5 g/dL
VHS*	< 20 mm/h	≤ 30 mm/h	> 30 mm/h
PCR**	Normal	≤ 30 mg/L	> 30 mg/L

Fonte: adaptado de Truelove and Witts, Journal of Crohn's and Colitis 2008;2:1-3)

Legenda: *VHS - velocidade de hemossedimentação; **PCR, proteína C reativa.

- Se o paciente iniciar fezes com presença de sangue, mesmo tendo os demais sintomas com parâmetros normais, é caracterizado início da atividade da doença, ainda que em caráter leve;
- A RU é considerada de atividade moderada quando houver 4 a 5 evacuações sanguinolentas/dia associado a pelo menos 1 alteração dos demais parâmetros: a) taquicardia > 90 bpm; b) febre entre >37,5° e ≤ 37,8°; c) anemia Hg ≥ 10,5 a 0,8g/dL; d) PCR >0,8 a ≤ 30 mg/L;
- A RU é classificada como grave quando há 6 ou mais evacuações com sangue por dia, somadas a pelo menos 1 das seguintes alterações: a) febre (> 37,8 °C); b) taquicardia (> 90 bpm); c) anemia (Hg < 10.5 g/dL); d) VHS > 30 mm 1ª hora; e) PCR > 30 mg/L. A forma fulminante da RU (tratada à nível hospitalar) é definida quando o paciente apresenta mais de 10 evacuações com sangue (enterorragia), febre, taquicardia, necessidade de transfusão de sangue, provas de atividade inflamatória bastante alteradas (ex.: VHS > 30 mm 1ª hora), com ou sem megacólon tóxico (dilatação do cólon transversal > 6 cm) ou perfuração intestinal.

Crianças e adolescentes portadores de Doença de Crohn deverão ter a atividade da doença classificada, por médico pediatra, pelo *Pediatric Crohn's Disease Activity Index* (PCDAI) – Tabela 3. O *Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index* (PUCAI) – Tabela 4 avalia a atividade da RCU em Pediatria. Ambos são escores validados para esta faixa etária.

Tabela 3: Índice de Atividade de Doença de Crohn's Pediátrica - PCDAI.

Pediatric Crohn's Disease Activity Index (PCDAI)	
Item	Pontos
1. Dor abdominal	
Ausência de dor	0
Leve; Não há interferência nas atividades diárias	5
Moderada / grave; diária, noturna, interfere nas atividades diárias	10
2. Evacuações / dia	
0 – 1 líquido, sem sangue	0
≤ 2 semi-formado + pouco sangue ou 2 a 5 líquido	5
≥ 6 evacuações líquidas, muito sangue, ou diarreia noturna	10
3. Estado Geral	
Bem, sem limitações de atividades	0
Médio, dificuldade ocasional nas atividades	5
Muito pobre, limitação frequente nas atividades	10
EXAME	
4. Peso	
Ganho de peso	0
Perda de peso < 10%	5
Perda de peso ≥ 10%	10
5. Altura (ao diagnóstico)	
< 1 diminuição do canal do percentil anterior	0
1 a < 2 diminuição do canal do percentil anterior	5
≥ 2 diminuição do canal do percentil anterior	10
OU	
6. Velocidade de crescimento	
≤ -1 desvio padrão do normal	0
-1 a < -2 desvio padrão do normal	5
≥ -2 desvio padrão do normal	10
7. Abdome	
Sem sensibilidade ou massa	0
Sensibilidade, ou massa sem sensibilidade	5
Sensibilidade, preservado involuntário, massa definida	10
8. Doença perianal	
Nenhuma, assintomática	0
1 – 2 fístula indolente, drenagem escassa, sem sensibilidade	5
Fístula ativa, drenagem, sensibilidade, ou abscesso	10
9. Manifestações extra-intestinais	
Nenhuma	0
1 manifestação	5
≥ 2 manifestações	10
LABORATÓRIO	
10. Hematócrito (%) (M = Masculino / F = Feminino)	
M / F 6 – 10 anos: ≥ 33	0
M 11 – 14 anos: ≥ 35	0
F 11 – 19 anos: ≥ 34	0

M 15 – 19 anos: ≥ 37	0
M / F 6 – 10 anos: 28 – 32	2,5
M 11 – 14 anos: 30 – 34	2,5
F 11 – 19 anos: 29 – 33	2,5
M 15 – 19 anos: 32 – 36	2,5
M / F 6 – 10 anos: < 28	5
M 11 – 14 anos: < 30	5
F 11 – 19 anos: < 29	5
M 15 – 19 anos: < 32	5
11. VHS (mm / h)	
< 20	0
20 – 50	2,5
> 50	5
12. Albumina (g/L)	
≥ 35	0
31 – 34	5
≤ 30	10
SOMA do PCDAI	0 a 110

Fonte: Hyams et al. Development and validation of a pediatric Crohn's disease activity index. J PediatrGastroenterol Nutr. 1991;12(4):439-447.

O PCDAI consiste em 12 variáveis distribuídas em sinais e sintomas subjetivos (dor abdominal, frequência de evacuações por dia, estado geral), exame físico (peso, altura, presença de massa abdominal, fístula e /ou fissura anal e manifestações extra intestinais) e três exames laboratoriais comuns (hematócrito, velocidade de hemossedimentação e albumina). Os itens são pontuados em uma escala de três pontos (escores 0, 5 ou 10), exceto para hematócrito e velocidade de hemossedimentação que tem peso mais baixo na pontuação com notas de 0, 2,5 e 5. Pontuação total pode variar de 0 a 110: Escores ≥ 30 indicam atividade moderada a grave, escores variando de 11 a 30 sugerem atividade leve e escores ≤ 10 indicam doença inativa.

Tabela 4: Índice de Atividade de Colite Ulcerativa Pediátrica - PUCAI.

Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index (PUCAI)	
Item	Pontos
1. Dor abdominal	
Ausência de dor	0
Presença de dor que pode ser ignorada	5
Presença de dor que não pode ser ignorada	10
2. Sangramento retal	
Ausente	0
Pequeno volume, em menos de 50% das fezes	10
Pequena quantidade na maioria das fezes	20
Grande quantidade (> 50% do conteúdo das fezes)	30
3. Consistência da maioria das fezes	
Formadas	0

Parcialmente formadas	5
Completamente não formadas	10
4. Número de evacuações em 24 horas	
0 – 2	0
3 – 5	5
6 – 8	10
> 8	15
5. Evacuações noturnas (qualquer episódio causando o despertar)	
Não	0
Sim	10
6. Nível de atividade	
Sem limitação da atividade	0
Limitação ocasional da atividade	5
Intensa restrição da atividade	10
SOMA do PUCAI	0 a 85

Fonte: Turner et al. Development, validation, and evaluation of a pediatric ulcerative colitis activity index: a prospective multicenter study *Gastroenterology*. 2007;133(2):423-432.

O PUCAI avalia dor abdominal, sangramento retal, consistência das fezes na maioria das evacuações, número de evacuações por 24 horas, evacuações noturnas e nível de atividade. Escores ≥ 65 indicam atividade grave, de 35 a 64, atividade moderada, de 10 a 34, atividade leve e < 10 , ausência de atividade.

Em ambas análises, para definição do grau de severidade atual da doença, deverão ser avaliados os sintomas apresentados pelo paciente, marcando as pontuações conforme grau da sintomatologia apresentada e somando-as ao final.

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico comprovado de DII, atestado por relatório médico e cadastrados no Programa de Terapia Nutricional Domiciliar da SES/DF para recebimento de fórmula nutricional.

Os critérios de elegibilidade para o fornecimento de fórmulas para fins especiais para atendimento domiciliar a pacientes portadores de DII devem seguir o que é preconizado pela Portaria nº 374/202318:

- Ser domiciliado no Distrito Federal;
- Ser usuário do SUS/DF;
- Apresentar consentimento formal, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Informado e Esclarecido constante na Portaria;
- Ter sido atendido ou internado previamente pelo diagnóstico de Doença Inflamatória Intestinal nas Unidades de Saúde da Rede da SES/DF e Unidades Hospitalares conveniadas do SUS/DF;
- Ter um médico que se responsabilize pela sua indicação em formulário específico da SES/DF;

- Apresentar estabilidade clínica;
- Ser capaz ou possuir cuidador com condições sociais e culturais satisfatórias para o correto esclarecimento sobre as práticas da TNED e que seja apto a preparar, administrar e armazenar adequadamente as fórmulas para fins especiais (com laudo de um assistente social);
- Possuir condições domiciliares adequadas para o preparo, administração e armazenamento da fórmula nutricional, ou seja, possuir no domicílio energia elétrica, geladeira, água potável e saneamento básico (com laudo de um assistente social).

7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

São considerados critérios de exclusão do fornecimento de fórmulas para TNED aos pacientes portadores de DII, caso haja:

- Inveracidade das informações prestadas no momento do cadastro no PTNED;
- Não preenchimento do Termo de Consentimento Informado e Esclarecido;
- Ausência de cuidador identificado, caso o paciente seja menor ou incapaz;
- Mudança de domicílio para fora do Distrito Federal;
- Óbito.

A Portaria nº 374/202318 prevê no item 10, alínea “j”, que o não comparecimento à Central de Nutrição Domiciliar para retirada dos produtos por mais de 06 (seis) meses consecutivos, ocasionará o descadastramento do paciente no PTNED. No entanto, para pacientes portadores de DII, este critério será desconsiderado devido ao caráter intermitente da doença, que oscila entre períodos ativos e de remissão, cuja suplementação nesta última fase é opcional na terapia nutricional, conforme avaliação e definição da conduta pelo nutricionista prescritor.

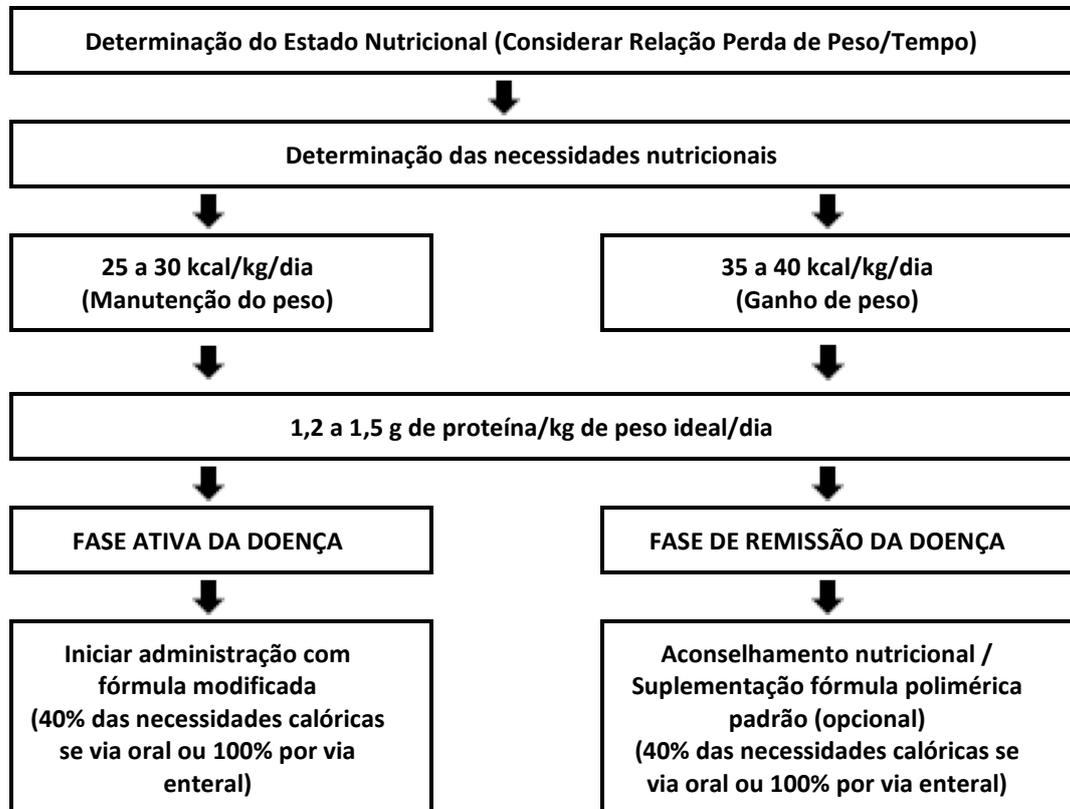
8. CONDUTA

O tratamento de DII deve levar em consideração:

- RU vs. DC;
- Localização da doença;
- Severidade;
- Comorbidades e complicações;
- Resposta sintomática individual;
- Tolerância à intervenção de medicamentos;
- Acesso do paciente a opções diagnósticas e terapêuticas;
- Evolução e duração da doença no passado, com a quantidade de recidivas no ano calendário.

Em adultos, para fins de PTNE, a conduta nutricional para pacientes com via de alimentação oral deve ser decidida após a avaliação nutricional, considerando as necessidades e objetivos traçados:

Figura 1: Fluxo de atendimento adulto.



Para pacientes pediátricos (0 a 19 anos), devem ser avaliados o estado nutricional e ganho de peso através das curvas recomendadas pela OMS e metodologia preconizada pela Sociedade Brasileira de Pediatria¹⁹.

Após avaliação nutricional, devem ser determinadas as necessidades nutricionais, de acordo com as recomendações da Aspen, 2002²⁰ (Tabelas 5 e 6), também recomendadas pela AMB no projeto Diretrizes⁹:

Tabela 5: Determinação das necessidades nutricionais (Kcal) por Kg de peso/dia.

Determinação das necessidades nutricionais	
Idade	Kcal/Kg de peso/dia
0 - 1 ano	90-120 kcal/kg P
1-7 anos	75 a 90 kcal/kg P
7-12 anos	60-75 kcal/kg P
12-18 anos	30 a 60kcal/kg P

Fonte: Aspen, 2002.

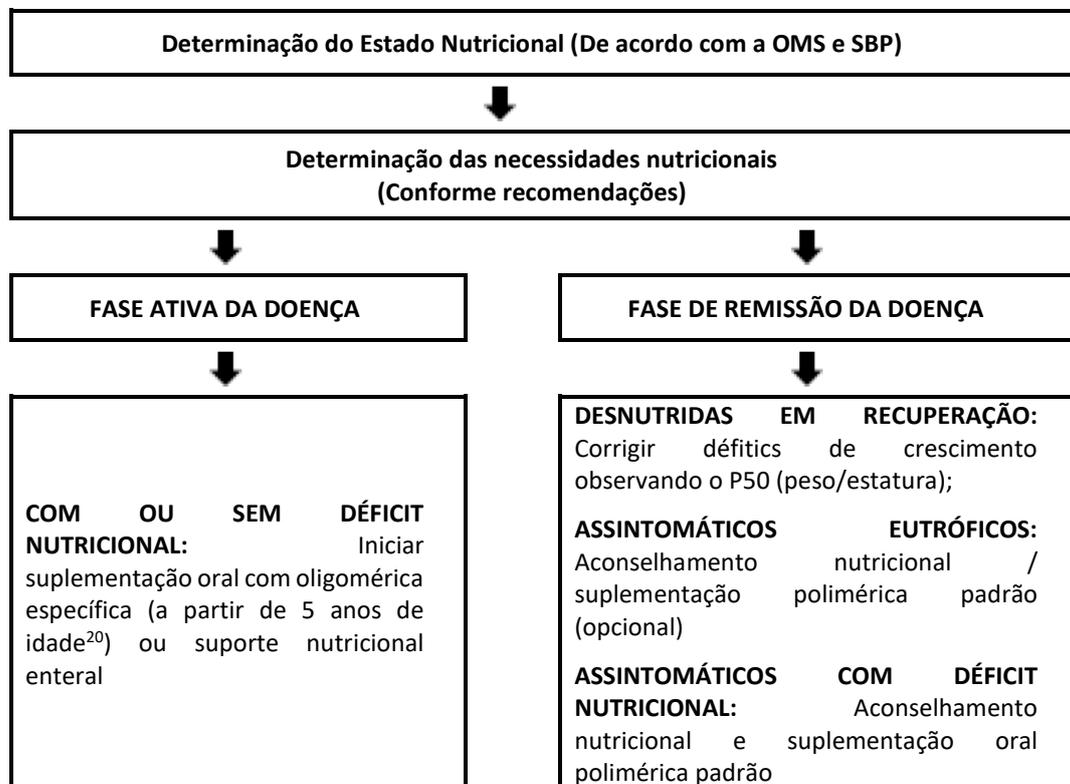
Tabela 6: Estimativa de necessidade proteica.

Estimativas de necessidade protéica	
Baixo peso ao nascer (0-1 ano)	3-4 g/kg
Termo (0-1 ano)	2-3g/kg
1-10 anos	1,0 -1,2g/kg
Adolescente masculino	0,9g/kg

Fonte: Aspen, 2002.

- Em crianças desnutridas em recuperação, que necessitam de oferta calórica adicional para corrigir deficit de crescimento, as necessidades podem ser calculadas com o peso observado no percentil 50 de peso para estatura;
- Pacientes assintomáticos e eutróficos, devem receber aconselhamento nutricional e podem receber ou não suplementação oral polimérica, de acordo com a aceitação da dieta normal;
- Pacientes assintomáticos apresentando deficit nutricional devem receber aconselhamento nutricional e suplementação oral polimérica, de acordo com suas necessidades e aceitação da dieta;
- Pacientes sintomáticos com ou sem deficit nutricional, devem receber suplemento oral com fórmula infantil elementar ou semi-elementar ou fórmula modificada (a partir de 5 anos de idade 20) ou ainda suporte nutricional enteral, caso seja indicado.

Figura 2: Fluxo de atendimento pediátrico.



8.1. Conduta Preventiva

O impacto da dieta sobre a atividade inflamatória em RU/DC é mal compreendido, mas mudanças na dieta podem ajudar a reduzir os sintomas¹⁰:

- Uma dieta rica em frutas e vegetais, rica em ácidos graxos w-3 e baixa em ácidos graxos w-6 está associada a uma diminuição do risco de desenvolver DC ou RU;
- A amamentação é recomendada, por ser a melhor opção para crianças e reduzir os riscos de DII;
- Não existe dieta específica para DII que possa ser recomendada para promover remissão em pacientes na fase ativa da doença;
- O uso de suplemento nutricional oral em complemento à dieta habitual é seguro, bem tolerado e efetivo na manutenção da remissão⁹.

8.2. Tratamento Não Farmacológico

PTNED disponibiliza fórmulas nutricionais modificadas e padrão para a terapia nutricional das DIIs em adultos. Para crianças portadoras de DII na fase ativa serão autorizadas, também, fórmula à base de aminoácidos, extensamente hidrolisada ou parcialmente hidrolisada. Para os pacientes em fase ativa da doença (parâmetros definidos na tabela 7), serão autorizadas as fórmulas nutricionais modificadas código SES - 38846 ou as fórmulas para crianças - código SES 17686,17659, 25798 ou 202064. Serão autorizados por via oral (limitado a 40% do VET) ou por via enteral (100% VET).

Tabela 7: Parâmetros para fornecimento de fórmulas nutricionais modificadas ou fórmulas padrão, para pacientes em fase ativa, de acordo com PCDAI e PUCAI. DII Adulto Criança.

DII	Adulto	Criança
Doença de Cronh	IHB > 6 ou Uso de corticoide contínuo	PCDAI >10
RCU	Início de fezes com presença de sangue	PUCAI ≥ 10

Para os pacientes em fase de remissão (parâmetros definidos na tabela 8) serão autorizados os suplementos poliméricos – código SES 24479, 17408, 24468 e 17350 - por via oral (limitado a 40% do VET); por via enteral serão autorizadas as fórmulas poliméricas, conforme faixa etária, de código SES 17714 ou 2990 (até 100% VET).

Tabela 8: Parâmetros para fornecimento de suplementos e fórmulas poliméricas, para pacientes em fase de remissão, de acordo com PCDAI e PUCAI.

DII	Adulto	Criança
Doença de Cronh	IHB \leq 5	PCDAI \leq 10
RCU	Ausência de sangue nas fezes	PUCAI < 10

8.3. Tratamento Farmacológico

Não se aplica.

8.3.1. Fármaco(s)

Não se aplica.

8.3.2. Esquema de Administração

Não se aplica.

8.3.3. Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica.

9. BENEFÍCIOS ESPERADOS

Recuperar e/ou manter o estado nutricional, com o fornecimento de aporte adequado de nutrientes;

- Evitar a reagudização da doença;
- Evitar complicações da doença inflamatória intestinal na fase aguda;
- Conscientizar o paciente e a família quanto à importância do tratamento nutricional;
- Prevenir e/ou colaborar com o tratamento de transtornos gastrointestinais.

10. MONITORIZAÇÃO

A monitorização deve seguir o que é preconizado pela Portaria nº 374/202318:

- O paciente em TNED deve ser acompanhado periodicamente para a avaliação da tolerância à fórmula nutricional e das alterações clínicas e antropométricas, a fim de se controlar a eficácia do tratamento e efeitos adversos e alterar a prescrição quando necessário;
- O nutricionista deve reavaliar os pacientes a cada 6 meses e, após o atendimento ao paciente, elaborar o Relatório Nutricional constante na Portaria e encaminhá-lo à Central de Nutrição Domiciliar (CNUD).

- Na fase aguda deve-se reavaliar o paciente em até 4 semanas. Uma vez que, usualmente, percebe-se alguma melhora dos sintomas entre a 2ª e a 4ª semana. E em até 16 semanas deve ser observada a resposta máxima, cujo desfecho esperado é a remissão dos sintomas, definida como IHB (Tabela 1) igual ou inferior a 4 e manutenção desse estado por pelo menos 6 meses⁵.
- A cada 3 meses o IHB (Tabela 1) deve ser reavaliado ou sempre que um fármaco estiver sendo iniciado, reiniciado ou tendo sua dose alterada³.

É importante ressaltar que a monitorização do estado nutricional dos pacientes é um processo contínuo que deve ser realizado de forma a identificar alterações no quadro clínico do paciente e permitir o alcance dos objetivos propostos no plano terapêutico.

O monitoramento deste protocolo acontece através da aplicação de procedimentos tais como: instruções de serviços, avaliação do estado nutricional com seus respectivos controles de registros (relatórios de reavaliação nutricional), ações preventivas e corretivas e ajuste de procedimentos e avaliações de acordo com os resultados nutricionais.

11. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

acompanhamento do tratamento será realizado através das informações prestadas semestralmente no Relatório de Reavaliação Nutricional, constante no Anexo III da Portaria nº 374/2023, no qual deverá conter no campo da “História Clínico-Nutricional”, a cada reavaliação, a atividade e evolução da DII.

12. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – TCI

Constante na Portaria nº 374/2023¹⁸.

13. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

A implementação do protocolo nos serviços de atenção às doenças inflamatórias intestinais (DIIs), se dará através de capacitações aos profissionais nutricionistas destes serviços. O referido protocolo terá como parâmetro de implementação o número de profissionais treinados, conforme indicador de educação permanente disposto a seguir:

13.1 Indicador de Educação Permanente

Indicador	Percentual de profissionais capacitados
Conceituação	Esse indicador tem por objetivo avaliar o percentual de profissionais capacitados para implementar o protocolo
Limitações	Não considera o conhecimento prévio do profissional
Fonte	Lista de presença no treinamento
Metodologia de Cálculo	N° de profissionais capacitados X 100 / n° total de profissionais que atuam no tratamento de DII
Periodicidade de monitoramento	Semestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	80%
Descrição da Meta	Treinar no mínimo 20% dos profissionais a cada bimestre

O controle e avaliação serão realizados através dos relatórios médicos e nutricionais encaminhados semestralmente à CNUD, onde será verificado se houve manutenção e/ ou recuperação do estado nutricional, reagudização da doença ou complicações da DII na fase aguda. Também serão feitos pela análise periódica de atendimentos/dispensações das fórmulas nutricionais voltadas ao atendimento de DIIs dispensadas na CNUD.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SANTOS, L. A. A. et al. Terapia nutricional nas doenças inflamatórias intestinais: artigo de revisão. *Nutrire*, v. 40, n. 3, p. 383–396, 2015;
2. MARANHÃO, D. et al Características e diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais *J. bras. med*;103(1), mar. 2015;
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria conjunta n. 14 de 28 de novembro de 2017, aprova o PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPEUTICAS PARA DOENÇA DE CROHN. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2017/doenca-de-crohn-pcdt.pdf/view>.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria conjunta n. 22 de 20 de dezembro de 2021, aprova o PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPEUTICAS PARA RETOCOLITE ULCERATIVA. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2022/portal-portaria-conjunta-22_2021_pcdt_retocolite-ulcerativa.pdf.
5. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines - Doença inflamatória intestinal. Atualizado em agosto de 2015; <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/inflammatorybowel-disease-portuguese-revised.pdf> <https://www.worldgastroenterology.org/>.
6. ZANGENBERG, M. S. et al. Preoperative optimization of patients with inflammatory bowel disease undergoing gastrointestinal surgery: a systematic review. *International Journal of Colorectal Disease*, v. 32, n. 12, p. 1663–1676, dez. 2017.
7. VICTORIA, C. R.; SASSAK, L. Y.; NUNES, H. R. DE C. Incidence and prevalence rates of inflammatory bowel diseases, in midwestern of São Paulo State, Brazil. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 46, n. 1, p. 20–25, mar. 2009.
8. CAMBUI, Y. R. S.; NATALI, M. R. M. Doenças inflamatórias intestinais: revisão narrativa da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 116–119, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/20378>. Acesso em: 8 set. 2021.
9. COPPINI, LZ; SAMPAIO, H; MARCO, D. Recomendações Nutricionais para crianças em terapia nutricional enteral e parenteral. Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, Projeto Diretrizes, 2011.
10. Bischoff SC, Bager P, Escher J, et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clin Nutr*. 2023;42(3):352-379.
11. HARVEY, RF; BRADSHAW, JM. A simple index of Crohn's-disease activity. *Lancet Lond Engl*. 8 de março de 1980;1 (8167):514.
12. SOBRADO, C. W.; SOBRADO, L. F. Management of acute severe ulcerative colitis: A clinical update. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, v. 29, n. 3, p. 201–205, set. 2016.
13. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 343, de 07 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS,

mecanismos para implantação da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0343_07_03_2005.html.

14. LIN, A.; MICIC, D. Nutrition Considerations in Inflammatory Bowel Disease. *Nutrition in Clinical Practice*, v. 36, n. 2, p. 298–311, abr. 2021;

15. VALENTINI, L.; SCHULZKE, J.-D. Mundane, yet challenging: The assessment of malnutrition in inflammatory bowel disease. *European Journal of Internal Medicine*, v. 22, n. 1, p. 13–15, fev. 2011;

16. SANTOS, G. M. DOS; SILVA, L. R.; SANTANA, G. O. Repercussões Nutricionais em Crianças e Adolescentes na Presença de Doenças Inflamatórias Intestinais. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 32, n. 4, p. 403–411, dez. 2014;

17. MENDONÇA, M.S.F. Seguimento Clínico-laboratorial das Crianças e Adolescentes com Doença Inflamatória Intestinal no Ambulatório de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas/UFMG. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gastroenterologia Pediátrica do Centro de PósGraduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, como parte dos requisitos para a conclusão do curso. Universidade Federal De Minas Gerais - Belo Horizonte 2012.

18. SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 374, de 13 de setembro de 2023. Regulamento Técnico do programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar – PTNED - no âmbito do Distrito Federal. https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Portaria+374_2023+DODF.pdf/4ca7abba-387a-0e2c-17d7-820072bcd5ff?t=1698317950471.

19. Avaliação nutricional da criança e do adolescente – Manual de orientação/ Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia – São Paulo, 2009.

20. Guidelines for the Use of Parenteral and Enteral Nutrition in Adult and Pediatric Patients. American Society for parenteral and Enteral Nutrition. *JPEN J Parenter Enteral/ Nutr* 2002.

21. AGIN, M.; YUCEL, A.; GUMUS, M; YUKSEKKAYA, H.A.; TUMGOR, G. The Effect of Enteral Nutrition Support Rich in TGF- β in the Treatment of Inflammatory Bowel Disease in Childhood. *Journal Medicina*, 2019, 55, 620.

ANEXOS

Avaliação subjetiva global do estado nutricional

(Selecione a categoria apropriada com um X ou entre com valor numérico onde indicado por “#”)

A. História

1. Alteração do peso

Perda total nos últimos 6 meses: total = # _____ kg; % perda = # _____

Alteração nas últimas duas semanas: _____ aumento _____ sem alteração _____ diminuição.

2. Alteração na ingestão alimentar

_____ sem alteração

_____ alterada _____ duração = # _____

_____ tipo: _____ dieta sólida sub-ótima _____ dieta líquida completa _____ líquidos hipocalóricos _____ inanição.

3. Sintomas gastrintestinais (que persistem por > 2 semanas)

_____ nenhum _____ náusea _____ vômitos _____ diarreia _____ anorexia.

4. Capacidade funcional

_____ sem disfunção (capacidade completa)

_____ disfunção _____ duração = # _____ semanas.

_____ tipo: _____ trabalho sub-ótimo _____ ambulatório _____ acamado.

5. Doença e sua relação com necessidades nutricionais

Diagnóstico primário (especificar) _____

Demanda metabólica (stress): _____ sem stress _____ baixo stress _____ stress moderado _____ stress elevado.

B. Exame Físico (para cada categoria, especificar: 0 = normal; 1+ = leve; 2+ = moderada; 3+ = grave).

_____ perda de gordura subcutânea (tríceps, tórax)

_____ perda muscular (quadríceps, deltoide)

_____ edema tornozelo

_____ edema sacral

_____ ascite

C. Avaliação subjetiva global (selecione uma)

_____ A = bem nutrido

_____ B = moderadamente (ou suspeita de ser) desnutrido

_____ C = gravemente desnutrido