



## ASPECTOS SOBRE O MANEJO DIETÉTICO PARA REMISSÃO DA DOENÇA DE CROHN EM ADULTOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Letícia Kerczkuski de Cristo<sup>1</sup>

Maurício Pereira Almerão<sup>2</sup>

### RESUMO

Este trabalho teve como objetivo revisar evidências científicas sobre os efeitos de diferentes intervenções dietéticas no manejo da Doença de Crohn. O interesse em estabelecer diretrizes eficazes para a indução ou manutenção da remissão clínica dessa doença tem aumentado nos últimos anos. Nesse contexto, dietas de exclusão e padrões alimentares com potencial anti-inflamatório têm ganhado destaque. Foram analisados estudos que abordaram a Dieta de Carboidratos Específicos (SCD), a dieta isenta de glúten, a Dieta Mediterrânea (DM) e a dieta com baixo teor de FODMAPs. Os achados sugerem que essas intervenções podem contribuir para o alívio de sintomas gastrointestinais e, em alguns casos, para a modulação de biomarcadores inflamatórios. A SCD e a DM demonstraram eficácia semelhante na melhora clínica e na qualidade de vida, sendo a DM mais bem aceita por ser menos restritiva. A restrição do glúten mostrou benefício na qualidade de vida, enquanto a dieta com baixo FODMAP reduziu sintomas como flatulência e diarreia, sem impacto relevante na atividade da doença. Limitações metodológicas indicam a necessidade de ensaios clínicos mais robustos para embasar diretrizes nutricionais eficazes no manejo da doença.

**Palavras-chave:** evidence; dietary management; Crohn's disease; adults.

### 1. INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são um grupo de condições inflamatórias crônicas, autoimunes, de origem desconhecida, que geram inflamação em diferentes partes do trato gastrointestinal (WGO, 2015). A prevalência de doenças inflamatórias intestinais têm aumentado ao longo dos anos a nível mundial. Seguindo essa tendência, a prevalência da Doença de Crohn (DC), que também se enquadra no grupo de DII, aumentou de 12,6/100.000 em 2012 para 33,7/100.000 em 2020 no Brasil. (QUARESMA *et al.*, 2022). A causa da Doença de Crohn (DC) ainda não é bem compreendida, mas fatores genéticos e ambientais como disbiose intestinal e desregulação do sistema imunológico podem ocasionar lesões gastrointestinais e, portanto, são apontados como

---

<sup>1</sup>Discente do Curso de Nutrição da Universidade La Salle - Unilasalle, matriculado (a) na disciplina de Trabalho de Conclusão, sob a orientação do(a) Prof. Maurício Pereira Almerão E-mail: leticia.201810767@unilasalle.edu.br

<sup>2</sup>Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle. Doutor em Genética e Biologia Molecular. E-mail: mauricio.almerao@unilasalle.edu.br

potenciais para o surgimento de DII. O diagnóstico da doença é realizado através de exame físico, avaliação do histórico familiar, exame de sangue e de fezes, endoscopia, biópsia e exames de imagem. Os sintomas variam conforme a gravidade da doença e o local onde a inflamação ocorre, mas pode ser caracterizada por sintomas como diarreia, cólica abdominal, febre, dor ou sangramento retal ao evacuar, podendo também ocorrer a presença de sangue ou muco nas fezes, dependendo da região afetada do intestino, além da diminuição do apetite e perda de peso subsequente. Essas manifestações clínicas podem variar de leve a grave durante a fase ativa da doença e diminuir ou desaparecer durante a fase de remissão, ou seja, prejudicando completamente a qualidade de vida e a saúde mental dos indivíduos acometidos pela patologia. (WGO, 2015).

A Doença de Crohn pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, desde a boca até o ânus, sendo mais comum na parte inferior do intestino delgado (íleo terminal) e início do intestino grosso (cólon). Caracterizada por períodos de ativação em que a inflamação está presente e períodos de remissão onde existe pouca ou nenhuma inflamação. Outra característica da doença é que ela pode afetar toda a espessura da parede intestinal, além de que a inflamação pode aparecer em diferentes porções do intestino, intercalando com áreas saudáveis entre as camadas do intestino doente. A doença pode ocorrer em qualquer idade, mas a prevalência é maior em adolescentes e adultos jovens, atingindo homens e mulheres de forma proporcional. Ademais, a doença é mais comum em Países desenvolvidos ou em desenvolvimento e em Cidades e vilas urbanas ao invés de áreas rurais. (Crohn's & Colitis Foundation).

O tratamento da doença de Crohn consiste em controlar a doença e induzir a remissão clínica, para isso, ao ser realizado o diagnóstico da doença o indivíduo precisará de acompanhamento de forma contínua a fim de monitorar a atividade da doença. Durante a fase ativa, diversos danos são causados na parede do intestino e, no caso da DC, o intestino delgado é mais frequentemente atingido pela condição, órgão responsável pela digestão e absorção de importantes nutrientes. Com isso, dependendo da região afetada, vitaminas importantes terão seu processo de digestão e absorção prejudicados pela inflamação causada pela doença ativa. Nesse sentido, quando o íleo terminal é atingido, o processo digestivo de vitaminas lipossolúveis e a B12 será prejudicado. Além do comprometimento absorptivo de nutrientes e também de macronutrientes, como proteínas, carboidratos e gorduras, durante a fase ativa da doença, quando os sintomas estão presentes é comum que haja diminuição da ingestão alimentar e também a evitação de alguns alimentos que possam agravar os sintomas. (DII Brasil, 2023) Existem, atualmente, diversos estudos, inclusive revisões analisando de forma isolada, diferentes formas de manejo dietético para o controle e indução de remissão das doenças inflamatórias intestinais (DIIs), inclusive a Doença de Crohn (DC). Entretanto, a literatura atual carece de estudos que reúnam e comparem as diferentes abordagens dietéticas na sintomatologia da doença. Nesse sentido, a escolha por uma revisão integrativa da literatura para o presente estudo, justifica-se pela possibilidade de compilar evidências e desfechos clínicos de diferentes estudos científicos, com o objetivo de apresentar uma visão ampla e atualizada sobre o manejo dietético na Doença de Crohn.

Sendo assim, o objetivo principal deste trabalho é analisar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre a eficácia de diferentes formas do manejo nutricional utilizadas para induzir a remissão clínica da Doença de Crohn em adultos, por meio de uma revisão integrativa da literatura. Com essa finalidade, a busca por estudos foi direcionada em desfechos como melhora da qualidade de vida, marcadores inflamatórios, estado nutricional, composição corporal e adesão ao tratamento. A relevância clínica desta revisão está em reunir e analisar as estratégias nutricionais existentes na literatura, utilizadas no manejo da doença a fim de apoiar profissionais da saúde, em

especial nutricionistas, na adoção de intervenções dietéticas mais precisas e individualizadas para pacientes com DC, além de apontar lacunas para direcionar estudos futuros ante as dúvidas e/ou variabilidade das informações sobre quais estratégias dietéticas são as mais eficazes no tratamento da doença.

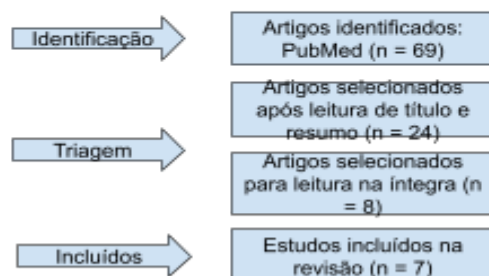
## 2. METODOLOGIA

O presente estudo foi conduzido através de revisão integrativa da literatura. As etapas metodológicas foram organizadas conforme descrito a seguir:

A busca por artigos foi realizada na base de dados Pubmed, utilizando as palavras chaves “evidence”, “dietary management”, “Crohn”s disease” e “adults”, filtrando publicações dos últimos 10 anos (2015-2025) em português e inglês. O método de busca utilizou os critérios de inclusão e exclusão a fim de selecionar artigos de qualidade no que diz respeito a nível de evidência e relevantes ao tema. Após a seleção inicial dos artigos através das palavras chaves e filtros aplicados foi realizada a seleção através da leitura de títulos e posteriormente após a leitura dos resumos.

Os critérios de inclusão utilizados na pesquisa foram estudos que analisaram e/ou compararam os efeitos de diferentes estratégias nutricionais aplicadas em indivíduos adultos (>18 anos de idade) acometidos pela Doença de Crohn, incluindo estudos clínicos, ensaios clínicos, ensaios clínicos controlados, ensaios controlados randomizados, estudos observacionais, estudos multissêmico e revisões sistemáticas. Foram analisados os estudos que abordaram a melhora dos sintomas intestinais em pacientes com Doença de Crohn e com período de publicação nos últimos dez anos, em português e inglês. Foram excluídos os estudos relacionados exclusivamente a crianças, pacientes hospitalizados, alimentação via nutrição enteral (TNE) ou parenteral (TNP) e pacientes <18 anos de idade, bem como, livros e documentos, relatos de caso, revisões narrativas, revisões da literatura, cartas e comentários.

Figura 1: Textos selecionados



Fonte: Elaborado pela Autora (2025)

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 Aspectos gerais**

No total, foram encontrados 69 artigos científicos na base de dados PubMed. Desses, 36 foram selecionados para análise dos resumos, resultando em 24 artigos. Ao final, 8 artigos foram selecionados para análise completa, resultando em 7 artigos elegíveis para desenvolver a revisão, enquanto o restante foi excluído pelos seguintes critérios: estudos que incluíam populações fora do interesse da revisão (participantes <18 anos, indivíduos hospitalizados), estudos que apresentaram intervenções nutricionais fora dos critérios (TNE e TNP exclusivas) e estudos classificados como revisões narrativas ou revisões de literatura.

Os resultados dos estudos incluídos nesta revisão são destacados a seguir por meio de tópicos, com foco nas diferentes formas do manejo dietético utilizados para a indução ou manutenção da remissão clínica da Doença de Crohn (DC) em adultos, com foco secundário na melhora ou diminuição dos sintomas globais, dor abdominal, distensão abdominal, frequência de evacuações, PCR, calprotectina fecal e consistência das fezes. Cada tópico aborda os principais achados, destacando os efeitos das diferentes dietas na DC.

#### **3.2 Grupos de pesquisa**

##### *3.2.1 Origem geográfica dos grupos analisados*

Os estudos incluídos nesta revisão foram realizados predominantemente em países europeus, como Dinamarca, Espanha, Grécia, Holanda e Inglaterra, além dos Estados Unidos. Essa concentração em países ocidentais desenvolvidos pode estar atrelada ao fato de haver um maior investimento na área da pesquisa nessas regiões, ou mesmo um maior interesse nos desfechos clínicos da população local. Segundo (Migdanis, 2024) o padrão alimentar instaurado em países ocidentalizados, caracterizado por alta ingestão de alimentos ultraprocessados, ricos em açúcar, gordura saturada, carne vermelha e industrializados, além da baixa ingestão de alimentos naturais como frutas, verduras e leguminosas, têm sido associados ao aumento da inflamação da mucosa intestinal e a disbiose.

##### *3.2.2 Periodicidade das publicações*

Em relação a periodicidade das publicações, os estudos incluídos nesta revisão foram publicados nos anos de 2017 à 2025. Essa faixa temporal revela a atualidade e relevância das evidências científicas selecionadas para o presente estudo, trazendo os avanços mais recentes no campo da nutrição e Doença de Crohn, conforme discriminado no Apêndice A. Isso demonstra o crescente interesse da comunidade científica para trazer evidências e novas diretrizes a fim auxiliar no tratamento das doenças inflamatórias intestinais (DIIS), em conjunto com o tratamento biológico e assim, reduzir os sintomas, controlar a inflamação e melhorar a qualidade de vida de indivíduos acometidos pela doença.

#### **3.3 Formas de manejo nutricional**

Os resultados dos estudos selecionados para esta revisão são discutidos a seguir, em tópicos organizados por tipo de intervenção nutricional na Doença de Crohn. Essa estrutura visa facilitar o

entendimento das diferentes estratégias dietéticas investigadas, possibilitando uma análise ampla dos resultados encontrados em cada desfecho abordado. Para cada tópico, serão destacadas as ferramentas de avaliação clínica utilizadas nos estudos a fim de contextualizar os desfechos encontrados, tais como: índice de Harvey-Bradshaw (HBI), instrumento simples utilizado para avaliar a atividade da Doença de Crohn através de dados como bem-estar geral, dor abdominal, número de evacuações líquidas/pastosas, massa abdominal e complicações; Crohn's Disease Activity Index (CDAI), também utilizado para avaliar a atividade da DC, porém mais completo que o HBI, utilizando 15 critérios; Questionário de Crohn e colite ulcerativa (CUCQ-8) - utiliza perguntas relacionadas a problemas intestinais, efeitos na qualidade de vida, evacuações líquidas ou com líquido, cansaço, frustração, urgência ou despertar noturno para utilizar o banheiro e inibição social; Questionário Curto de Doença Inflamatória Intestinal (SIBDQ) - outro questionário utilizado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos pacientes; Medidas do Sistema de Informação de Medição de Resultados Relatados pelo Paciente (PROMIS); Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS); Sistema de Pontuação de Gravidade da SII (IBS-SSS); escala de classificação de sintomas gastrointestinais [GSRS]; avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde específico da doença (HR-QOL); proteína C reativa ultrasensível (hsCRP). Essas ferramentas foram utilizadas para comparar os efeitos das intervenções dietéticas no manejo da Doença de Crohn.

### *3.3.1 Efeitos da Restrição de Glúten na Doença de Crohn*

O glúten é uma proteína presente em grãos como trigo, cevada e centeio, cuja ação inflamatória está bem estabelecida na Doença Celíaca. No entanto, estudos recentes sugerem que, para alguns indivíduos sem essa condição, o consumo de glúten pode estar relacionado a distúrbios intestinais. De forma semelhante, Gregersen et al. (2024) sugerem que, em alguns indivíduos sem doença celíaca, a exposição ao glúten pode induzir sinais pró-inflamatórios, comprometer a permeabilidade intestinal e ativar uma resposta imune inata alterada, resultando em disbiose associada à fisiopatologia e à atividade da Doença Inflamatória Intestinal (DII). Corroborando esses achados, uma revisão sistemática com meta-análise (Guerrero et al., 2025) identificou que a dieta isenta de glúten pode contribuir para a melhora clínica em indivíduos com DII, sendo considerada uma estratégia dietética complementar em casos selecionados. Nesse contexto, Gregersen et al. (2024), por meio de uma análise secundária da coorte prospectiva multicêntrica BELIEVE, avaliou a associação entre o consumo habitual de glúten e os desfechos clínicos de pacientes com doenças inflamatórias crônicas, no início de tratamento com terapias biológicas após 14 a 16 semanas. Com isso, o desfecho primário do estudo incluiu a probabilidade de se obter resposta clínica ao tratamento biológico com alta e baixa a média ingestão de glúten, enquanto o desfecho secundário abrange alterações na atividade da doença, qualidade de vida relacionada à saúde e proteína C-reativa. Para isso, os participantes foram divididos em dois grupos para análise: um para os participantes com baixa a média ingestão de glúten (LG) e outro para os com alta ingestão (HG).

Os resultados demonstraram que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na mudança na atividade da doença, na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), nos valores de Proteína C Reativa ou na proporção de participantes que continuaram o tratamento entre os grupos. O grupo (HG) apresentou uma ligeira redução na pontuação do questionário de qualidade de vida (SF-12), o que não foi encontrado no grupo (LG), isso indica piora ao aderir uma dieta rica em glúten e não uma dieta com baixo a médio teor de glúten, porém a diferença entre os grupos foi insignificante. Ainda assim, os achados demonstraram que existe uma

tendência a uma maior melhora na QVRS e na carga da doença em pacientes com ingestão baixa a média de glúten, em comparação com aqueles com alta ingestão de glúten. Algumas limitações do estudo incluem o uso de questionários de frequência alimentar retrospectivos, preenchidos pelos próprios participantes, o que pode ter resultado em sub ou superestimação da ingestão alimentar, além de viés de recordação. Ademais, o estudo foi conduzido durante a pandemia de COVID-19, o que impactou negativamente o número de participantes, resultando em uma amostra reduzida e maior heterogeneidade entre os grupos, o que pode ter enviesado os resultados do estudo. Por essa razão, tornam-se necessários estudos com amostras maiores, e preferencialmente com o uso de questionários de frequência alimentar prospectivos a fim de minimizar vieses de esquecimento e de sub ou superestimação da ingestão alimentar.

### *3.3.2 Dieta Mediterrânea e sua relação com a atividade inflamatória na doença de Crohn*

A dieta mediterrânea (DM) é um padrão alimentar baseado na culinária tradicional dos países banhados pelo Mar Mediterrâneo, como a Grécia, Espanha e Itália na Europa e a Síria e Israel na Ásia. A base alimentar consiste em alimentos de origem vegetal, ricos em antioxidantes e vitaminas, como frutas, verduras, legumes, grãos integrais, nozes, além de boas fontes de gordura como o azeite de oliva extravirgem, rico em gordura monoinsaturada. Há ainda, consumo moderado de laticínios, aves e peixes e redução da ingestão de carne vermelha processada e gordura saturada. A DM é reconhecida como um modelo alimentar equilibrado, com benefícios na redução do risco de desenvolver doenças cardiovasculares, distúrbios metabólicos como a Diabetes tipo II, além de algumas formas de câncer e doenças neurológicas. Já na Doença de Crohn, não existem evidências concretas sobre o papel da DM na patogênese da doença. Entretanto, alguns estudos realizados demonstraram que a dieta poderia alterar de forma expressiva a composição da microbiota intestinal, melhorando a resposta imunológica e a função da barreira da mucosa. (Migdanis et al., 2024) Esse mesmo estudo também aponta um efeito anti-inflamatório por meio da modulação da expressão de genes associados à inflamação.

Um estudo observacional conduzido por Migdanis et al., (2024) com duração de 9 meses, avaliou a relação entre a adesão à dieta mediterrânea, a atividade da doença e a qualidade de vida em pacientes com doença de Crohn. Para isso, foi utilizado o questionário CUCQ-8, que avalia parâmetros como problemas intestinais, efeitos na qualidade de vida, evacuações líquidas ou com líquido, cansaço, frustração, urgência ou despertar noturno para ir ao banheiro, além de inibição social. Os participantes em remissão clínica apresentaram uma pontuação menor, em comparação àqueles com doença ativa, o que indica pior qualidade de vida para o segundo grupo. O estudo utilizou também a ferramenta MedDiet para avaliar a adesão à dieta mediterrânea, com uma escala de 0 (nenhum consumo) a 5 (consumo diário) para diferentes grupos alimentares, resultando em uma maior adesão à dieta mediterrânea para os participantes em remissão clínica. Esses achados apontam uma associação positiva entre maior adesão à dieta mediterrânea e melhores desfechos clínicos em pacientes com doença de Crohn. Entretanto, não foram observadas diferenças significativas nos marcadores bioquímicos, além de algumas limitações encontradas no estudo como o tamanho amostral restrito e o delineamento observacional, que impede a generalização dos resultados e a afirmação de que a dieta foi a causa direta das melhorias observadas.

Em complemento aos achados observacionais de Migdanis et al. (2024), Lewis et al. (2021) também relataram resultados favoráveis em um ensaio clínico multicêntrico e randomizado com duração de 12 semanas. Nesse estudo, a dieta mediterrânea promoveu uma melhora significativa na

pontuação média do índice de atividade da doença (sCDAI), entre a semana 0 e a semana 6. A remissão sintomática foi alcançada por 43,5% dos participantes na semana 6 e por 40,2% na semana 12, enquanto a remissão clínica foi observada em 47,8% dos pacientes. O estudo também apontou aumento na pontuação aMED, refletindo maior adesão à dieta mediterrânea. Resultado semelhante ao observado no grupo que seguiu a dieta comparada no estudo (dieta de carboidratos específicos), o que pode ser atribuído a semelhança das dietas no consumo de frutas e vegetais frescos. No entanto, os marcadores inflamatórios, como calprotectina fecal e proteína C reativa, não apresentaram alterações significativas. Esses achados sugerem que a dieta mediterrânea proporciona benefícios clínicos relevantes no manejo da doença, embora com eficácia semelhante à da dieta de carboidratos específicos. Ainda assim, a DM apresentou maior facilidade na adesão pelos participantes.

Apesar dos resultados positivos, o estudo apresentou algumas limitações, como a ausência de um grupo controle, o que dificulta a interpretação isolada dos efeitos de cada intervenção. Além disso, participantes que se retiraram foram contabilizados como falha terapêutica, o que, embora reduza o viés por perdas, pode impactar a análise final. Adicionalmente, a exigência de acesso à internet para preenchimento dos questionários pode ter restringido a diversidade da amostra, excluindo indivíduos sem acesso à internet ou com limitações no uso de recursos digitais. A maioria dos participantes era composta por mulheres brancas, o que limitava a generalização dos achados para outras populações. Embora análises estratificadas não tenham identificado diferenças significativas entre homens e mulheres, observou-se, numericamente, menor eficácia da dieta mediterrânea entre os homens. Portanto, esses fatores devem ser levados em conta na análise crítica dos resultados.

### 3.3.3 Dieta de Carboidratos Específicos (SCD) no manejo da Doença de Crohn

A Dieta de Carboidratos Específicos (SCD) é uma dieta restritiva que consiste na exclusão de certos carboidratos da alimentação, com o objetivo de aliviar sintomas de distúrbios gastrointestinais como a Doença Inflamatória Intestinal (DII). Focada no consumo de monossacarídeos (açúcares simples), a dieta restringe dissacarídeos, polissacarídeos e alimentos ricos em amido. Entre os alimentos permitidos, estão frutas e vegetais frescos (exceto os ricos em amido, como batatas e inhames), algumas leguminosas (como lentilhas e ervilhas), carnes não processadas, mel e sacarina. Já os alimentos proibidos incluem frutas e vegetais enlatados, carnes processadas, enlatadas e defumadas, leite (por conter lactose), sendo permitidos apenas certos queijos com teor mínimo de lactose e iogurte caseiro fermentado por 24 horas. Também existem versões modificadas da dieta que permitem a ingestão de arroz ou aveia, por exemplo. Alguns estudos pequenos sugerem que a SCD, bem como a sua versão modificada, podem contribuir para a melhora dos sintomas e a redução da inflamação intestinal, o que indica um possível benefício no manejo da Doença de Crohn.

A Dieta de Carboidratos Específicos (SCD) foi avaliada em um ensaio clínico randomizado (Lewis et al. 2021) com duração de 12 semanas, sendo os resultados primários e secundários avaliados nas semanas 6 e 12 respectivamente. O desfecho primário investigado no estudo foi a remissão sintomática (pontuação sCDAI < 150) na semana 6, enquanto os desfechos secundários incluíram remissão sintomática na semana 12 e os seguintes fatores avaliados nas semanas 6 e 12: remissão clínica com base em sintomas, achados de exames e estudos laboratoriais utilizando o CDAI completo (pontuação CDAI < 150); Resposta à calprotectina fecal (FC < 250 µg/g e redução de > 50% em relação ao valor basal entre aqueles com FC basal > 250 µg/g); resposta à proteína C

reativa (PCR de alta sensibilidade [PCR-as] < 5 mg/L e redução de > 50% em relação ao valor basal entre aqueles com PCR-as > 5 mg/L); e pontuações no questionário (SIBDQ) e no Sistema (PROMIS) de fadiga, dor, sono e isolamento social. Quanto aos resultados, a remissão clínica e sintomática foram alcançadas em 48,5% e 46,5% dos participantes que seguiram a SCD respectivamente, resultado semelhante ao observado no grupo controle (Dieta Mediterrânea), sem diferença estatisticamente significativa entre as intervenções. Durante as seis primeiras semanas, os participantes do grupo SCD apresentaram melhora nas pontuações de atividade da doença, através das ferramentas (sCDAI e CDAI), que avaliam sintomas relatados pelo paciente: número de evacuações predominantemente líquidas por dia; gravidade da dor abdominal, FC e resposta à proteína C reativa. Além de melhora na qualidade de vida através do questionário (SIBDQ) e em sintomas como fadiga, dor, distúrbios do sono e isolamento social, conforme apontado na escala (PROMIS), sem diferença significativa quando comparado ao grupo controle. Quanto aos biomarcadores inflamatórios, a FC apresentou redução significativa, embora sem diferença estatisticamente relevante quando comparado ao grupo controle. Já a proteína C reativa ultrassensível (hsCRP) não demonstrou alteração significativa ao longo do período em nenhum dos grupos avaliados.

Na semana 12, 42,4% dos participantes do grupo intervenção atingiram remissão sintomática e 40,4% atingiram remissão clínica. Além de 26,5% dos participantes atingiram redução nos valores de Calprotectina fecal (FC) comparado ao momento da triagem. Por outro lado, entre os indivíduos com hsCRP elevada no início do estudo, apenas 10,8% dos participantes mostraram redução da PCR. Considerando os participantes que apresentaram resposta da FC na semana 12, metade alcançou também a remissão sintomática. As taxas combinadas de remissão sintomática e resposta da FC na semana 12 foram de 13,0% no grupo intervenção. De forma semelhante, a combinação entre remissão sintomática e resposta da PCR foi observada em 10,8% dos participantes da dieta SCD. Além disso, foi observado um aumento significativo no consumo de frutas e vegetais, com consequente elevação das pontuações aMED o que reflete a ênfase da dieta em alimentos frescos e minimamente processados, com possível benefício antiinflamatório.

O nível de adesão à dieta SCD na semana 6 foi relativamente alta, com 68% dos participantes relatando cumprimento total da dieta, enquanto na semana 12 a porcentagem foi de 40%, essa diferença pode estar relacionada ao fato de que durante as primeiras seis semanas do estudo, foram fornecidas marmitas prontas de cinco refeições diárias aos participantes, enquanto nas semanas seguintes houve apenas aconselhamento dietético sobre onde encontrar os alimentos para preparar as refeições, o que pode ter facilitado a adesão à dieta nas primeiras semanas e influenciado o nível de adesão durante o período restante do estudo. Paralelamente a isso, (Lamers et al., 2022) referem que dietas de exclusão restritivas não beneficiam pacientes com DII. Além de difícil adesão, essas intervenções podem resultar em efeitos adversos, como a redução de fibras da dieta, o que pode prejudicar a microbiota intestinal, além de haver risco nutricional pela restrição de diversos alimentos como na (SCD). Ademais, houve algumas limitações no estudo, como a ausência de grupo controle com dieta habitual a fim de comparar o impacto e a eficácia da intervenção com a mudança nos hábitos alimentares, assim como o fato de que os participantes que se retiraram do estudo foram considerados como falha do tratamento.

Os resultados indicam que a Dieta de Carboidratos Específicos (SCD) pode ser uma abordagem viável para o manejo dos sintomas da Doença de Crohn (DC) leve a moderada, com impacto positivo sobre manifestações clínicas e marcadores inflamatórios, como a calprotectina fecal (FC). No entanto, sua eficácia não demonstrou superioridade significativa em relação à dieta

comparadora, que, por sua vez, apresentou melhor aceitação entre os participantes, devido à maior facilidade de adesão em comparação a uma dieta mais restritiva, como a SCD. Além disso, os resultados dos estudos disponíveis sugerem benefícios na exclusão de determinados carboidratos da alimentação, bem como na inclusão de alimentos frescos, como frutas e vegetais. Essas evidências indicam que a SCD pode ser uma boa estratégia individualizada para o manejo dietético da Doença de Crohn, no entanto, a literatura atual carece de diretrizes consolidadas quanto à melhor intervenção dietética para o manejo da doença, portanto, mais estudos futuros são necessários, a fim de comparar a dieta de carboidratos específicos ao placebo ou à dieta habitual, a fim de obter uma avaliação mais abrangente dos efeitos observados.

#### *3.3.4 Dieta com baixo teor de FODMAPs na redução de sintomas gastrointestinais*

A dieta com baixo teor de FODMAPs consiste na restrição de certos carboidratos de rápida fermentação no intestino, como frutanos, galacto-oligosacarídeos (GOS), lactose, frutose em excesso de glicose e polióis, incluindo sorbitol e manitol. Esses carboidratos fermentáveis aumentam a quantidade de água no intestino por osmose e promovem a formação de gases devido à fermentação pelas bactérias no intestino grosso, o que pode gerar dor, desconforto abdominal e flatulência. Diversos estudos demonstram melhora dos sintomas intestinais em pacientes com síndrome do intestino irritável (SII) após a adoção de uma dieta com baixo teor de FODMAPs. Nesse contexto, uma revisão sistemática e meta-análise estimou que 35% dos pacientes com Doença Inflamatória Intestinal (DII) quiescente atendem aos critérios para síndrome irritável (SII), sofrendo constantemente de sintomas gastrointestinais como dor e inchaço abdominal, flatulência e diarreia o que impacta significativamente a qualidade de vida desses indivíduos. (Cox et al., 2020; Cox et al., 2017) Diante disso, cresce o interesse em investigar se essa intervenção também pode trazer benefícios a pacientes com Doença de Crohn, considerando que esses indivíduos frequentemente apresentam sintomas como dor, distensão abdominal, flatulência e diarreia.

Em um ensaio clínico multicêntrico, randomizado, paralelo, simples-cego e controlado por placebo, (Cox et al., 2020) investigaram os efeitos da orientação dietética com baixo teor de FODMAP em comparação com a orientação dietética com dieta placebo sobre os sintomas intestinais persistentes em pacientes com DII quiescente durante 4 semanas. Os desfechos primários incluíram, a redução na gravidade dos sintomas no sistema (IBS-SSS), enquanto os desfechos secundários abrangeram outras medidas de sintomas intestinais (pontuação total do IBS-SSS, proporção de pacientes que atingiram uma redução de 50 pontos no IBS-SSS, questão global de sintomas; GSRS, HR-QOL específica da doença, frequência e consistência das fezes, atividade clínica da doença, marcadores inflamatórios, ingestão alimentar, composição e função do microbioma, concentrações de ácido graxos de cadeia curta (AGCC) e fenótipo de células T periféricas. Para a Doença de Crohn especificamente, não houve melhora significativa na pontuação IBS-SSS após a dieta com baixo teor de FODMAP em comparação com a dieta simulada, ou mesmo na percepção de controle da doença. Entretanto, a proporção de participantes que relataram alívio dos sintomas intestinais como redução significativa na flatulência e na frequência de evacuações, além de uma melhora na qualidade de vida relacionada à saúde foi maior. Quanto aos marcadores inflamatórios, como calprotectina fecal (FC) e PCR, não houve diferença. Em outro ensaio randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, cruzado e de re-desafio, (Cox et al., 2017) compararam os efeitos individuais dos carboidratos fermentáveis - FODMAP (frutanos, GOS e sorbitol) - com um placebo (glicose) sobre os sintomas gastrointestinais em pacientes com doença inflamatória intestinal quiescente. O estudo revelou que a consistência amolecida das fezes foi

maior para os participantes que receberam frutanos e GOS, mas sem diferenças significativas no terceiro dia entre os quatro desafios, também não houve diferença significativa na proporção de fezes normais entre os desafios aplicados, além disso, a frequência de evacuações por dia não diferiu. Adicionalmente, menos participantes relataram alívio dos sintomas no último dia do desafio com frutano em comparação com placebo (glicose), mas sem diferença para GOS e sorbitol, o que pode estar atrelado a dose de GOS e sorbitol ter sido proporcionalmente menor em comparação com a frutose e placebo aplicados no estudo. A proporção de dias com dor moderada ou intensa foi maior para os indivíduos que receberam frutano em comparação aos que receberam placebo, bem como a gravidade de dor, inchaço, flatulência e urgência fecal no último dia do desafio também foi maior para frutanos. Além disso, não houve diferença significativa em nenhuma das pontuações individuais ou na pontuação geral de gravidade de todos os sintomas gastrointestinais no último dia ou nos três dias dos desafios de GOS ou sorbitol em comparação com glicose. Já para os participantes que receberam frutanos, a pontuação geral de sintomas foi maior no último dia do desafio. Em relação aos valores de PCR, não houve diferença significativa nos valores, já a FC observou-se um aumento até o final do estudo, onde 8% dos participantes apresentaram níveis superiores a 250 µg/g, indicando aumento da inflamação intestinal.

#### **4. CONCLUSÃO**

O manejo dietético da Doença de Crohn (DC) vem ganhando destaque, com destaque em estratégias de exclusão ou padrões alimentares anti-inflamatórios. De modo geral, evidências apontam que a Dieta de Carboidratos Específicos (SCD), a dieta isenta de glúten, a Dieta Mediterrânea (DM) e a dieta com baixo teor de FODMAPs podem auxiliar no alívio de sintomas gastrointestinais e, em alguns casos, influenciar biomarcadores inflamatórios como a calprotectina fecal e a proteína C reativa.

A SCD demonstrou impacto positivo nos sintomas e na qualidade de vida, mas com eficácia semelhante à DM, que se destacam pela melhor aceitação. A DM também se associou a melhora clínica e qualidade de vida, embora sem alterar biomarcadores inflamatórios. A exclusão do glúten sugeriu melhora na qualidade de vida em pacientes com sua menor ingestão, enquanto a dieta com baixo teor de FODMAPs reduziu sintomas como flatulência e diarreia, especialmente em indivíduos em remissão clínica.

Contudo, as limitações metodológicas dos estudos avaliados, como o pequeno tamanho amostral, uso de ferramentas com preenchimento pelos próprios participantes e a ausência de grupos controle com dieta habitual, comprometem a força dos achados. Dessa forma, apesar dos efeitos positivos observados, ainda não há consenso sobre qual a melhor intervenção dietética para a Doença de Crohn. Portanto, são necessários ensaios clínicos robustos, com maior poder estatístico e controle de variáveis que possam influenciar os resultados, para que se estabeleçam diretrizes nutricionais eficazes, seguras e individualizadas no manejo da doença.

## REFERÊNCIAS

- ABCD – Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn. Sobre a Doença de Crohn. Disponível em: <https://www.abcd.org.br/sobre-a-doenca-de-crohn/>. Acesso em: 23 abr. 2025.
- COX, S. R. et al. Effects of low FODMAP diet on symptoms, fecal microbiome, and markers of inflammation in patients with quiescent inflammatory bowel disease in a randomized trial. *Gastroenterology*, [S.l.], v. 158, n. 1, p. 176–188.e7, jan. 2020. DOI: 10.1053/j.gastro.2019.09.024.
- COX, S. R. et al. Fermentable carbohydrates [FODMAPs] exacerbate functional gastrointestinal symptoms in patients with inflammatory bowel disease: a randomised, double-blind, placebo-controlled, cross-over, re-challenge trial. *Journal of Crohn's & Colitis*, [S.l.], v. 11, n. 12, p. 1420–1429, 4 dez. 2017. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjx073.
- CROHN'S & Colitis Foundation. Crohn's Disease Diagnosis and Testing. Disponível em: <https://www.crohnscolitisfoundation.org/patientsandcaregivers/what-is-crohns-disease/diagnosis-testing>. Acesso em: 24/04/2025.
- DII Brasil. A importância dos micronutrientes em Crohn e Retocolite. 31 jan. 2025. Disponível em: <https://diibrasil.org.br/a-importancia-dos-micronutrientes-em-crohn-e-retocolite>. Acesso em: 01/05/2025.
- GREGERSEN, L. et al. Impact of gluten intake on clinical outcomes in patients with chronic inflammatory diseases initiating biologics: secondary analysis of the prospective multicentre BELIEVE cohort study. *Scandinavian Journal of Immunology*, [S.l.], v. 100, n. 6, e13409, dez. 2024. DOI: 10.1111/sji.13409.
- GUERRERO AZNAR, M. D. et al. Specific composition diets and improvement of symptoms of immune-mediated inflammatory diseases in adulthood: could the comparison between diets be improved? *Nutrients*, Basel, v. 17, n. 3, p. 493, 29 jan. 2025. DOI: 10.3390/nu17030493.
- LAMERS, C. R. et al. Lower impact of disease on daily life and less fatigue in patients with inflammatory bowel disease following a lifestyle intervention. *Inflammatory Bowel Diseases*, [S.l.], v. 28, n. 12, p. 1791–1799, 1 dez. 2022. DOI: 10.1093/ibd/izac027.
- LEWIS, J. D. et al. Comparing two diets to decrease symptoms from Crohn's Disease – The DINE-CD Study [Internet]. Washington (DC): *Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI)*, out. 2021
- MIGDANIS, A. et al. The relationship of adherence to the Mediterranean diet with disease activity and quality of life in Crohn's disease patients. *Medicina (Kaunas)*, [S.l.], v. 60, n. 7, p. 1106, 8 jul. 2024. DOI: 10.3390/medicina60071106.
- QUARESMA, A. B. et al. Temporal trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases in the public healthcare system in Brazil: a large population-based study. *The Lancet Regional Health – Americas*, [S.l.], v. 10, p. 100298, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100298>. Acesso em: 24 abr. 2025.
- WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION. WGO Global Guidelines. Inflammatory Bowel Disease. Atualização de agosto de 2015. Disponível em: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/inflammatory-bowel-disease-ibd/inflammatory-bowel-disease-ibd-english>. Acesso em: 24/04/2025.

### Apêndice A. Principais características dos estudos incluídos na revisão

| Desenho                                                                                   | Intervenção                                           | Desfecho                                                                     | Resultados                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Revisão sistemática de revisões sistemáticas e meta-análises                              |                                                       | Efeito das dietas específicas nos sintomas das IMIDs em adultos.             | Redução da dor, fadiga e qualidade de vida com níveis de evidência criticamente baixos ou baixos.                                                 |
| Análise secundária do estudo de coorte multicêntrico prospectivo                          | Ingestão habitual de glúten (alta vs. baixa ingestão) | Ingestão habitual de glúten X resposta clínica ao tratamento biológico       | Sem associação significativa entre ingestão de glúten e resposta clínica (55% grupo com alta ingestão de glúten vs. 57 média/baixa ingestão)      |
| Observacional analítico, do tipo transversal (estudo de corte transversal)                | Nível de adesão à DM                                  | DM vs. atividade da doença e qualidade de vida em pacientes com DC           | Doença inativa apresentou: pontuação MedDiet maior, pontuação CUCQ-8 menor. Sem diferenças nos marcadores bioquímicos.                            |
| Estudo de Intervenção de Braço Único                                                      | Aconselhamento dietético e estilo de vida             | Qualidade de vida, fadiga, atividade e calprotectina                         | Melhora da dieta, com redução do impacto da doença e fadiga. Sem mudança em QVRS, calprotectina fecal e atividade clínica.                        |
| Ensaio clínico multicêntrico, randomizado e comparativo                                   | MD vs. SCD                                            | Eficácia da DM vs. SCD na DC                                                 | Sem diferença no sCDAI entre as intervenções. Remissão e resposta inflamatória semelhantes                                                        |
| Ensaio clínico multicêntrico, randomizado, paralelo, simplescego e controlado por placebo | Dieta baixa em FODMAP vs. placebo                     | Melhora dos sintomas, atividade da doença, microbioma e células T            | Menor pontuação de IBS-SSS com baixo FODMAP (Mais participantes alcançaram $\geq 50\%$ de redução)                                                |
| Ensaio randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, cruzado e de re-desaf             | FODMAPs vs. placebo                                   | FODMAPs agravam sintomas gastrointestinais em pacientes com DII em remissão? | Frutanos: menor alívio dos sintomas e fezes mais moles; aumento da calprotectina fecal após desafios com FODMAPS; PCR e evacuações sem alteração. |

## Apêndice B. Características dos estudos incluídos na revisão

| Referências             | Desenho                                                                      | Participantes                                         | Intervenção                                                                                                             | Avaliação                                                          | Duração*      | Desfecho                                                                                                              | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Guerrero et al. (2025)  | Revisão sistemática de revisões sistemáticas e meta-análises                 |                                                       | Avaliar a qualidade das evidências e os efeitos de dietas específicas nos sintomas de doenças imunomediadas em adultos. |                                                                    |               | Efeitos das dietas específicas nos sintomas de doenças inflamatórias imunomediadas (DIIMs),                           | Redução da dor, fadiga e qualidade de vida foram observadas em pacientes com doenças imunomediadas e intervenções dietéticas específicas, principalmente com propriedades anti-inflamatórias, com níveis de evidência criticamente baixos ou baixos.                             |
| Gregersen et al. (2024) | Análise secundária do estudo de coorte multicêntrico prospectivo (2017–2020) | n = 193<br>61,7% mulheres<br>média de idade 44,2 anos | Ingestão habitual de glúten (alta vs. baixa ingestão)                                                                   | Índice Harvey-Bradshaw (HBI), SF-12, PCR, Escala de Saúde Resumida | 14-16 semanas | Associação da Ingestão habitual de glúten e a obtenção de resposta clínica ao tratamento biológico após 14–16 semanas | No total, 56% dos participantes obtiveram resposta clínica ao tratamento. 55% no grupo com alta ingestão de glúten vs. 57% no grupo com ingestão baixa/média (OR = 0,96; IC95%: 0,51–1,79; p = 0,897). Sem associação significativa entre ingestão de glúten e resposta clínica. |
| Migdanis et al. (2024)  | Observacional analítico, do tipo transversal (estudo de corte transversal)   | Idade média 37,6 ± 12,5<br>n = 60<br>63,3% mulheres   | Nível de adesão à Dieta Mediterrânea (DM)                                                                               | HBI, CUCQ-8, marcadores bioquímicos, NRS-2002, MedDiet             | 9 meses       | Relação entre a adesão à DM, a atividade da doença e a qualidade de vida em pacientes com DC, em uma população grega  | MedDiet maior na doença inativa (p = 0,019); CUCQ-8 menor na remissão (p = 0,001); sem diferenças nos marcadores bioquímicos (p > 0,05).                                                                                                                                         |
| Lamers et al. (2022)    | Estudo de Intervenção de Braço                                               | 18 a 70 anos<br>n = 29<br>58% mulheres                | Aconselhamento dietético para mudança no estilo                                                                         | índice de Harvey-Bradshaw, IBDQ,                                   | 6 meses       | Impacto da doença na qualidade de vida, fadiga, impacto na                                                            | Melhora da dieta (p < 0,001), com redução do impacto da doença (p = 0,009) e fadiga (p = 0,001); sem mudança em QVRS,                                                                                                                                                            |

|                      |                                                                                           |                                                     |                                                     |                                                                                                                        |            |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | Único                                                                                     |                                                     | de vida                                             | IBD-F,IBD-DI,<br>calprotectina fecal                                                                                   |            | atividade clínica da doença, alterações na calprotectina fecal                                                            | calprotectina e atividade clínica. Associação da dieta com menor impacto ( $p = 0,003$ ) e fadiga ( $p < 0,001$ ).                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Lewis et al. (2021)  | Ensaio clínico multicêntrico, randomizado e comparativo                                   | n = 194<br>63% mulheres<br>média da idade 36,5 anos | MD vs. SCD                                          | CDAI, calprotectina fecal, resposta à proteína C reativa, SIBDQ, PROMIS,                                               | 12 semanas | Comparar a eficácia da DM vs. SCD para o tratamento de pacientes com DC                                                   | Ambos os grupos melhoraram no sCDAI ( $p < 0,0001$ ), sem diferença entre eles. Remissão e resposta inflamatória semelhantes ( $p > 0,68$ ). Adesão total à dieta: até 68% na semana 6 e 42% na semana 12.                                                                                                                                                                         |
| Cox SR et al. (2020) | Ensaio clínico multicêntrico, randomizado, paralelo, simplescego e controlado por placebo | >18 anos<br>n = 155                                 | Aconselhamento dietético baixo em FODMAPs X placebo | IBS-SSS26, GSRS.27, escala de Bristol, Índice Harvey-Bradshaw, calprotectina fecal, PCR e registro alimentar de 7 dias | 4 semanas  | Efeitos da dieta baixa em FODMAP versus placebo nos sintomas, atividade da DII, microbioma e células T em DII quiescente. | Maior redução na pontuação total de IBS-SSS com dieta pobre em FODMAP comparado a placebo (67 vs. 34), com redução significativa de inchaço abdominal (23 vs. 34, $P = 0,021$ ). Mais participantes alcançaram $\geq 50\%$ de redução no IBS-SSS com FODMAP baixo (33%) do que com dieta simulada (4%, ) $P = 0,012$                                                               |
| Cox SR et al. (2017) | Ensaio randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, cruzado e de re-desafio           | n = 32<br>22 a 69 anos<br>34,4% masculino           | FOODMAPs vs. placebo                                | GSRS, escala de Bristol, calprotectina fecal, PCR,                                                                     | 3 dias     | Avaliar se FODMAPs agravam sintomas gastrointestinais em pacientes com DII em remissão                                    | Frutano obteve menor alívio dos sintomas comparado ao placebo ( $P=0,033$ ), menos dias com alívio ( $P=0,057$ ), maior aumento de dor, inchaço e gases ( $P<0,05$ ), maior gravidade dos sintomas no último dia ( $P<0,05$ ) e pontuação total de sintomas ( $P=0,002$ ). Sem diferença na frequência das evacuações entre FODMAPs e placebo, porém as fezes foram mais moles com |

|  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                             |
|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |  | frutano e GOS ( $P<0,05$ ). A calprotectina fecal teve um aumento após os desafios, principalmente em DC ( $P=0,026$ ). PCR sem alterações. |
|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Legenda: CDAI: Crohn's Disease Activity Index; CUCQ-8: Questionário de Crohn e colite ulcerativa; DC: Doença de Crohn; DII: Doença Inflamatória Intestinal; FODMAPS: oligossacarídeos, dissacarídeos, monossacarídeos e polióis fermentáveis; GOS: galacto-oligossacarídeos; GSRS: escala de classificação de sintomas gastrointestinais; HBI: índice de Harvey-Bradshaw; HR-QOL: Qualidade de vida relacionada à saúde específico da doença; hsCRP: Proteína C reativa ultrasensível; IBD-DI – Índice de Incapacidade na Doença Inflamatória Intestinal; IBD-F – Escala de Fadiga na Doença Inflamatória Intestinal; IBDQ – Questionário de Doença Inflamatória Intestinal; IBS-SSS: Sistema de Pontuação de Gravidade da SII; MD: Dieta Mediterrânea; MedDiet: Escore de Adesão à Dieta Mediterrânea; NRS-2002: Triagem de Risco Nutricional 2002; PCR: Proteína C Reativa; PROMIS: Sistema de Informação de Medição de Resultados Relatados pelo Paciente; QVRS: Questionário qualidade de vida relacionada à saúde; SCD: Dieta de Carboidratos Específicos; SIBDQ: Questionário Curto de Doença Inflamatória Intestinal; SF-12: Questionário de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde;