

# Aula 18 – Nutrição em Pancreatite Aguda e Crônica

Bem-vindos à Aula 18 do nosso Curso de Nutrição Clínica e Hospitalar! Imagine-se em um plantão, diante de um paciente com dor abdominal intensa, náuseas e vômitos. Os exames confirmam: pancreatite. Nesse momento, a nutrição deixa de ser apenas um suporte e se torna uma peça-chave no quebra-cabeça do tratamento. Como nutricionistas, nossa intervenção pode ser a diferença entre uma recuperação rápida e complicações graves.

A pancreatite, seja ela aguda ou crônica, é uma condição desafiadora que exige um olhar atento e atualizado da nutrição. Por muito tempo, o "repouso pancreático" foi a regra de ouro, mas a ciência avança, e com ela, novas diretrizes e abordagens surgem, desafiando paradigmas e otimizando desfechos. É essa evolução que vamos explorar juntos, garantindo que você esteja à frente das práticas mais eficazes.

Nesta aula, nosso objetivo é que você não apenas compreenda os fundamentos da nutrição na pancreatite, mas que seja capaz de aplicar as diretrizes mais recentes no seu dia a dia profissional. Ao final, você estará apto a identificar as controvérsias sobre o jejum, defender o início precoce da terapia nutricional enteral, escolher a via de acesso mais adequada e manejar a insuficiência pancreática exócrina com confiança. Prepare-se para uma imersão em conhecimento que transformará sua prática clínica.

Para começar, vamos resgatar o que você já sabe sobre a fisiologia do pâncreas. Lembre-se que este órgão vital não só produz insulina, mas também enzimas digestivas essenciais. Quando ele inflama, todo o sistema digestório é impactado, e é aí que a nutrição entra como um pilar fundamental.

# O Pâncreas em Crise: Entendendo a Pancreatite

Quando pensamos no pâncreas, muitas vezes nos lembramos da sua função endócrina, regulando o açúcar no sangue. No entanto, sua função exócrina, a produção de enzimas digestivas como amilase e lipase, é igualmente vital. Imagine o pâncreas como uma fábrica de enzimas que, em condições normais, as libera de forma controlada no intestino delgado para ajudar na digestão.

Na pancreatite, essa fábrica entra em colapso. As enzimas, que deveriam ser ativadas apenas no intestino, são ativadas precocemente dentro do próprio pâncreas. É como se a fábrica comesse a digerir a si mesma, causando uma inflamação intensa e dor excruciante. Essa autodigestão é o cerne da pancreatite, seja ela aguda – um evento súbito e grave – ou crônica – uma inflamação persistente que leva a danos irreversíveis.

Por muito tempo, a abordagem nutricional para a pancreatite aguda era baseada na ideia de "repouso pancreático". A lógica era simples: se o pâncreas está inflamado e produzindo enzimas que o agridem, vamos parar de estimulá-lo. Isso significava jejum absoluto, por dias ou até semanas, na esperança de que o órgão pudesse se recuperar sem ser "provocado" pela comida. Essa era uma prática comum e largamente aceita, mas que hoje é vista com uma lente muito mais crítica.

Essa perspectiva do jejum prolongado, embora bem-intencionada, trazia consigo uma série de desafios. Pacientes em jejum por longos períodos desenvolviam desnutrição, atrofia da mucosa intestinal e um risco aumentado de infecções. O corpo, já debilitado pela inflamação, era privado de nutrientes essenciais para a recuperação. Essa situação nos leva a questionar: será que o "repouso" era realmente benéfico, ou estávamos trocando um problema por outro?

# O Dilema do Jejum: Desafiando um Paradigma Antigo

A ideia de "descansar" o pâncreas através do jejum absoluto na pancreatite aguda foi, por décadas, um pilar do tratamento. Acreditava-se que qualquer ingestão oral estimularia a secreção pancreática, agravando a inflamação. Era uma abordagem intuitiva: se algo dói ao ser usado, pare de usá-lo. No entanto, a medicina baseada em evidências nos ensinou que a intuição nem sempre é o melhor guia.

Pense na situação como um incêndio. Antigamente, talvez se pensasse que, para apagar o fogo, era preciso isolar completamente a área e esperar que o oxigênio acabasse. Mas e se, ao fazer isso, você também impedisse a chegada de água e bombeiros? O jejum prolongado na pancreatite aguda é um pouco assim: ao tentar "descansar" o pâncreas, acabávamos por privar o corpo de nutrientes vitais, comprometendo a imunidade e a integridade intestinal, que são cruciais para combater a inflamação e prevenir complicações.

As pesquisas mais recentes, especialmente as diretrizes da [BRASPEN](#), [ASPEN](#) e [ESPEN](#), têm desafiado veementemente essa prática. Elas mostram que o jejum prolongado não só não traz benefícios adicionais, como pode ser prejudicial. A privação nutricional leva à translocação bacteriana do intestino para a corrente sanguínea, aumentando o risco de sepse e falência de múltiplos órgãos – complicações que podem ser fatais em pacientes com pancreatite grave.

Essa mudança de perspectiva é um marco na nutrição clínica. Não se trata mais de "descansar" o pâncreas a qualquer custo, mas sim de nutrir o paciente de forma estratégica para fortalecer suas defesas e promover a recuperação. A controvérsia sobre o jejum não é mais "se" devemos ou não fazê-lo, mas sim "quando" e "como" iniciar a terapia nutricional, priorizando a via enteral sempre que possível.

# A Revolução da Nutrição Precoce: Por Que e Como?

Se o jejum prolongado não é a resposta, qual é? A resposta está na [terapia nutricional precoce](#). Essa é uma das maiores tendências e avanços na nutrição clínica de pacientes críticos, incluindo aqueles com pancreatite aguda. A ideia é simples, mas poderosa: iniciar o suporte nutricional nas primeiras 24-48 horas após a admissão hospitalar, assim que o paciente estiver hemodinamicamente estável.

Imagine o corpo humano como um jardim. Quando uma planta está doente, você não a deixa sem água e nutrientes na esperança de que ela melhore sozinha. Pelo contrário, você a nutre para que ela tenha forças para se recuperar. Com o paciente de pancreatite, é a mesma lógica. A inflamação consome muita energia e nutrientes. Se não fornecermos esse suporte rapidamente, o corpo entra em um estado de catabolismo intenso, perdendo massa muscular e comprometendo sua capacidade de cicatrização e combate a infecções.

O início precoce da terapia nutricional enteral (TNE) tem demonstrado consistentemente melhores desfechos clínicos. Isso inclui menor tempo de internação hospitalar, menor incidência de infecções, redução da necessidade de cirurgias e, o mais importante, menor mortalidade. As diretrizes da [BRASPEN](#), [ASPEN](#) e [ESPEN](#) são unânimes: a TNE precoce é a via preferencial para pacientes com pancreatite aguda grave, desde que não haja contraindicações absolutas como instabilidade hemodinâmica ou isquemia intestinal.

Um exemplo prático: um paciente com pancreatite aguda grave, que antes ficaria em jejum por dias, agora, após estabilização inicial, pode receber nutrição enteral contínua por sonda nasoentérica. Essa abordagem não só fornece os nutrientes necessários, mas também ajuda a manter a integridade da barreira intestinal, prevenindo a translocação bacteriana e modulando a resposta inflamatória. É uma mudança de paradigma que salva vidas e acelera a recuperação.

# Os Benefícios da Nutrição Enteral Precoce: Além dos Nutrientes

A terapia nutricional enteral precoce não é apenas sobre fornecer calorias e proteínas. Seus benefícios vão muito além da simples oferta de nutrientes, atuando em mecanismos fisiológicos cruciais para a recuperação do paciente com pancreatite. É uma intervenção que modula a resposta inflamatória e protege a integridade do intestino, um órgão frequentemente subestimado na sua importância para a saúde geral.

Pense no intestino como uma barreira de defesa. Ele é a primeira linha contra a entrada de bactérias e toxinas do lúmen intestinal para a corrente sanguínea. Quando um paciente está em jejum prolongado, essa barreira enfraquece, suas células atrofiam e as "portas" se abrem para a translocação bacteriana. É como se as muralhas de um castelo ficassem desprotegidas, permitindo a invasão de inimigos. A nutrição enteral precoce, ao contrário, mantém essas muralhas fortes e intactas.

Ao estimular o trato gastrointestinal, mesmo que minimamente, a TNE precoce ajuda a preservar a função da barreira intestinal, reduzindo o risco de sepse e falência de múltiplos órgãos. Além disso, ela pode modular a resposta inflamatória sistêmica, diminuindo a liberação de citocinas pró-inflamatórias e promovendo um ambiente mais favorável à recuperação. É uma terapia que não só alimenta, mas também "trata" o paciente.

Um caso comum: um paciente com pancreatite aguda grave que desenvolve uma complicação infecciosa. Muitas vezes, essa infecção tem origem no próprio intestino, devido à quebra da barreira. Com a TNE precoce, esse risco é significativamente reduzido. As diretrizes atuais, como as da [ESPEN](#), enfatizam que a nutrição enteral é preferível à parenteral sempre que o trato gastrointestinal estiver funcional, mesmo que parcialmente. Isso se deve aos seus efeitos tróficos e imunomoduladores, que a nutrição parenteral não consegue replicar.

# Escolha da Via de Acesso: Nasogástrica ou Nasoentérica?

Uma vez decidida a terapia nutricional enteral precoce, surge a próxima questão prática: por onde administrar? As duas vias mais comuns são a sonda nasogástrica (SNG) e a sonda nasoentérica (SNE), que pode ser nasojejunal ou nasoduodenal. A escolha entre elas não é arbitrária; ela depende da gravidade da pancreatite, da tolerância do paciente e da experiência da equipe.

Imagine que você precisa entregar uma carta importante. Você pode jogá-la na caixa de correio mais próxima (nasogástrica) ou pode levá-la diretamente ao destinatário, passando por um caminho mais longo e seguro (nasoentérica). A sonda nasogástrica é mais fácil de inserir e manter, e a nutrição é infundida diretamente no estômago. No entanto, em casos de pancreatite grave, onde há íleo gástrico ou risco de refluxo e aspiração, essa via pode não ser a ideal.

A sonda nasoentérica, por sua vez, posiciona a ponta da sonda no duodeno ou jejuno, ultrapassando o estômago. Isso é particularmente vantajoso em pacientes com náuseas, vômitos persistentes, gastroparesia ou alto risco de aspiração, pois a nutrição é entregue diretamente no intestino delgado, minimizando a estimulação pancreática e o refluxo gástrico. Embora a inserção possa ser um pouco mais desafiadora, muitas vezes exigindo auxílio endoscópico ou radiológico, os benefícios superam os inconvenientes em situações específicas.

As diretrizes atuais, como as da [BRASPEN](#), sugerem que a via nasogástrica pode ser tentada inicialmente em pacientes com pancreatite aguda leve a moderada que toleram a dieta. No entanto, em casos de pancreatite aguda grave ou quando há intolerância à via gástrica (distensão abdominal, vômitos), a via nasoentérica é fortemente recomendada. A escolha deve ser individualizada, sempre visando a segurança e a eficácia da terapia nutricional.

# Nasogástrica vs. Nasoentérica: Um Quadro Comparativo

A decisão entre a sonda nasogástrica (SNG) e a sonda nasoentérica (SNE) é um ponto crucial na prática clínica, e entender as nuances de cada uma é fundamental para o nutricionista. Ambas têm seu lugar, mas a indicação correta pode otimizar o tratamento e prevenir complicações.

Pense na diferença como a escolha entre um atalho e uma rota mais longa, mas talvez mais segura. O atalho (SNG) é rápido e direto, mas pode ter obstáculos (refluxo, aspiração) em terrenos difíceis (pancreatite grave). A rota mais longa (SNE) exige mais planejamento para chegar, mas uma vez lá, o caminho é mais suave e com menos riscos de interrupção.

Historicamente, havia um receio de que a nutrição gástrica pudesse estimular mais o pâncreas. No entanto, estudos recentes têm mostrado que, em muitos casos, a nutrição nasogástrica é tão segura e eficaz quanto a nasoentérica, especialmente em pancreatite aguda leve a moderada. A chave é a tolerância do paciente e a avaliação do risco de aspiração.

Característica	Sonda Nasogástrica (SNG)	Sonda Nasoentérica (SNE)
Posicionamento	Estômago	Duodeno ou Jejunum
Inserção	Mais fácil, à beira do leito	Mais complexa, pode exigir auxílio (endoscopia/radiologia)
Estimulação Pancreática	Potencialmente maior (teórica), mas clinicamente similar se bem tolerada	Menor, pois bypassa o estômago e piloro
Risco de Aspiração	Maior em pacientes com gastroparesia, vômitos, rebaixamento de nível de consciência	Menor, pois a ponta está pós-pilórica
Indicação Principal	Pancreatite leve a moderada, boa tolerância gástrica	Pancreatite grave, intolerância gástrica, alto risco de aspiração
Vantagens	Simplicidade, baixo custo	Maior segurança em casos complexos, melhor tolerância

A escolha da via deve ser sempre uma decisão multidisciplinar, envolvendo o médico, o enfermeiro e o nutricionista, considerando o quadro clínico individual do paciente e as diretrizes institucionais. O mais importante é iniciar a nutrição o mais rápido possível pela via mais segura e tolerada.

# Manejo da Insuficiência Pancreática Exócrina (IPE)

A pancreatite crônica, ao contrário da aguda, é uma condição progressiva e irreversível. A inflamação contínua leva à destruição do tecido pancreático, resultando em fibrose e, conseqüentemente, na perda gradual das funções exócrina e endócrina do órgão. Uma das conseqüências mais significativas para a nutrição é a [Insuficiência Pancreática Exócrina \(IPE\)](#), que afeta a capacidade do corpo de digerir e absorver nutrientes.

Imagine que o pâncreas é uma máquina de lavar louça que produz o detergente (enzimas) para limpar a sujeira (alimentos). Na pancreatite crônica, essa máquina está quebrada, e o detergente não é mais produzido em quantidade suficiente. O resultado? A comida não é "limpa" adequadamente, ou seja, não é digerida, e os nutrientes essenciais passam direto pelo trato gastrointestinal, sem serem absorvidos. Isso leva a sintomas como esteatorreia (fezes gordurosas), perda de peso, deficiências vitamínicas e desnutrição.

A IPE é uma complicação comum e muitas vezes subdiagnosticada na pancreatite crônica. A má absorção de gorduras é a mais evidente, mas a digestão de proteínas e carboidratos também é comprometida. Essa deficiência crônica de enzimas digestivas exige uma intervenção nutricional específica e contínua: a [Terapia de Reposição Enzimática Pancreática \(TREP\)](#), também conhecida como PERT (Pancreatic Enzyme Replacement Therapy).

A TREP consiste na administração de enzimas pancreáticas exógenas (geralmente lipase, amilase e protease) em cápsulas ou comprimidos, que devem ser tomados junto com as refeições e lanches. O objetivo é compensar a deficiência do pâncreas doente, permitindo que o paciente digira e absorva os nutrientes de forma mais eficaz, melhorando seu estado nutricional e qualidade de vida. É uma estratégia fundamental para reverter ou minimizar os efeitos devastadores da má absorção.

# A Importância da Terapia de Reposição Enzimática Pancreática (TREP)

A Terapia de Reposição Enzimática Pancreática (TREP) é a pedra angular do manejo nutricional da insuficiência pancreática exócrina (IPE) na pancreatite crônica. Não se trata apenas de um suplemento, mas de um tratamento essencial que permite ao paciente aproveitar os nutrientes dos alimentos, algo que seu próprio pâncreas já não consegue fazer.

Pense na TREP como um "tradutor" para o seu sistema digestório. Sem as enzimas pancreáticas, os alimentos são como um idioma estrangeiro que o corpo não consegue entender. As cápsulas de enzimas são o dicionário que permite ao corpo "traduzir" e absorver as gorduras, proteínas e carboidratos. Sem esse tradutor, a comunicação (digestão) falha, e os nutrientes se perdem.

A eficácia da TREP depende de vários fatores, incluindo a dose correta, o momento da administração e a adesão do paciente. As enzimas devem ser tomadas *com* as refeições e lanches, geralmente no início ou durante a ingestão, para que se misturem bem com o quimo alimentar e atuem onde são necessárias. A dose é individualizada e ajustada com base nos sintomas (redução da esteatorreia, ganho de peso) e na ingestão de gordura.

Um erro comum é subestimar a dose necessária ou a importância da adesão. Muitos pacientes param de tomar as enzimas ou as tomam de forma irregular, o que compromete o tratamento e perpetua a desnutrição. O nutricionista desempenha um papel crucial na educação do paciente sobre a importância da TREP, como tomá-la corretamente e como ajustar a dieta para otimizar sua eficácia. As diretrizes da [BRASPEN](#) e [ESPEN](#) fornecem recomendações claras sobre a dosagem inicial e o ajuste da TREP.

# Estratégias Dietéticas Complementares na Pancreatite Crônica

Além da Terapia de Reposição Enzimática Pancreática (TREP), o manejo nutricional da pancreatite crônica envolve uma série de estratégias dietéticas complementares. A dieta não é apenas sobre o que comer, mas como comer, e como adaptar a ingestão para otimizar a absorção e minimizar os sintomas, considerando a capacidade digestiva comprometida do paciente.

Imagine que você está construindo uma casa com materiais limitados. Você não pode simplesmente usar qualquer material de qualquer jeito. Você precisa ser estratégico, usar os materiais disponíveis da melhor forma e talvez até pré-processá-los para que se encaixem melhor. Na pancreatite crônica, a "casa" é o corpo, os "materiais" são os alimentos, e a "construção" é a digestão e absorção. Precisamos ser estratégicos com a dieta.

Uma das principais recomendações é a ingestão de refeições menores e mais frequentes ao longo do dia. Isso ajuda a reduzir a carga de trabalho do pâncreas e a otimizar a ação das enzimas de reposição. Em vez de três grandes refeições, o paciente pode se beneficiar de 5 a 6 pequenas refeições e lanches. A ingestão de gordura, embora não precise ser restrita drasticamente se a TREP estiver otimizada, deve ser distribuída ao longo do dia.

## Hidratação adequada

Essencial para a saúde geral e para a função digestiva.

## Suplementação de vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K)

Devido à má absorção de gorduras, a deficiência dessas vitaminas é comum e deve ser monitorada e corrigida.

## Suplementação de vitamina B12

A absorção de B12 pode ser comprometida devido à falta de fator intrínseco e outras enzimas.

## Evitar álcool

O álcool é uma das principais causas de pancreatite crônica e deve ser completamente evitado para prevenir novas crises e a progressão da doença.

## Parar de fumar

O tabagismo também é um fator de risco e piora o prognóstico.

A dieta deve ser individualizada, levando em conta as preferências do paciente, a tolerância alimentar e a gravidade da IPE. O objetivo é garantir um aporte calórico e proteico adequado para prevenir ou reverter a desnutrição, que é uma complicação grave e comum na pancreatite crônica.

# Desafios e Tendências no Manejo Nutricional da Pancreatite

O manejo nutricional da pancreatite, tanto aguda quanto crônica, é dinâmico e apresenta desafios contínuos. A complexidade da doença, a variabilidade na resposta individual dos pacientes e a constante evolução das evidências científicas exigem que o nutricionista esteja sempre atualizado e pronto para adaptar suas estratégias.

Um dos maiores desafios na pancreatite aguda é a identificação precoce dos pacientes que se beneficiarão da terapia nutricional enteral e a superação de barreiras como a intolerância gástrica ou o medo de "estimular" o pâncreas. Para a pancreatite crônica, o desafio reside na adesão à TREP, na educação do paciente sobre a doença e na prevenção da desnutrição a longo prazo, que pode ser insidiosa.

As tendências atuais, alinhadas com as diretrizes da [BRASPEN](#), [ASPEN](#) e [ESPEN](#), reforçam a importância de uma abordagem proativa e individualizada:

01

## Nutrição Precoce e Agressiva

A ênfase é cada vez maior no início rápido da nutrição enteral em pancreatite aguda, com doses progressivas para atingir as metas calórico-proteicas.

02

## Monitoramento Contínuo

Avaliação frequente da tolerância à dieta, dos sintomas e do estado nutricional para ajustes rápidos.

03

## Abordagem Multidisciplinar

A colaboração entre nutricionistas, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde é crucial para o sucesso do tratamento.

04

## Personalização da TREP

Ajuste fino da dose de enzimas na pancreatite crônica, considerando a ingestão de gordura e a resposta sintomática.

05

## Foco na Qualidade de Vida

Além de tratar a doença, o objetivo é melhorar a qualidade de vida do paciente, minimizando sintomas e permitindo uma vida mais normal.

Essas tendências refletem um entendimento mais profundo da fisiopatologia da pancreatite e do papel central da nutrição. O nutricionista, como especialista em alimentação e metabolismo, é um ator indispensável na equipe de saúde, capaz de traduzir a ciência em planos de cuidado práticos e eficazes para esses pacientes complexos.

# Integrando Conhecimentos: Da Teoria à Prática Clínica

Chegamos a um ponto crucial onde todos os conceitos se conectam. Entender as controvérsias do jejum, a importância da nutrição enteral precoce, a escolha da via de acesso e o manejo da insuficiência pancreática exócrina não são apenas informações isoladas; são ferramentas que, juntas, formam um arsenal poderoso para o nutricionista clínico.

Imagine que você está montando um quebra-cabeça complexo. Cada peça – o jejum, a via enteral, as enzimas – é vital, mas só quando todas estão no lugar certo é que a imagem completa da recuperação do paciente se revela. A aplicação prática desses conhecimentos exige não apenas memorização, mas a capacidade de raciocínio crítico e adaptação.

Considere um cenário: um paciente chega à emergência com pancreatite aguda grave. Qual sua primeira preocupação nutricional? Não é o jejum prolongado, mas sim a estabilização hemodinâmica para, em seguida, iniciar a nutrição enteral o mais rápido possível, preferencialmente por via nasoentérica se houver risco de intolerância gástrica. Se esse paciente desenvolver pancreatite crônica, o foco muda para o manejo da IPE com TREP e a educação para uma dieta adaptada.

A nutrição na pancreatite é um campo em constante evolução. As diretrizes mais recentes, como as da [BRASPEN](#), [ASPEN](#) e [ESPEN](#), são faróis que nos guiam, mas a arte da nutrição clínica reside em aplicar esses princípios de forma individualizada, considerando as particularidades de cada paciente. Seu papel como nutricionista é ser o defensor da nutrição adequada, garantindo que o paciente receba o suporte necessário para sua recuperação e bem-estar.

# Consolidação e Próximos Passos

Chegamos ao final da nossa jornada sobre nutrição em pancreatite aguda e crônica. Vimos como a ciência desafiou o antigo paradigma do jejum, abrindo caminho para a terapia nutricional enteral precoce como um pilar fundamental no tratamento da pancreatite aguda. Exploramos a importância da escolha da via de acesso e, na pancreatite crônica, a relevância vital do manejo da insuficiência pancreática exócrina com enzimas e estratégias dietéticas complementares.

## Em prática:

- Priorize sempre a nutrição enteral precoce em pacientes com pancreatite aguda estáveis.
- Avalie a via de acesso (nasogástrica vs. nasoentérica) com base na gravidade e tolerância do paciente.
- Na pancreatite crônica, a Terapia de Reposição Enzimática Pancreática (TREP) é indispensável para combater a má absorção.
- Eduque o paciente sobre a importância da adesão à TREP e sobre as adaptações dietéticas necessárias.
- Mantenha-se atualizado com as diretrizes das principais sociedades de nutrição clínica.

## Autoavaliação

1. Qual das seguintes afirmações melhor descreve a abordagem atual sobre o jejum na pancreatite aguda? a) O jejum prolongado é a principal estratégia para promover o repouso pancreático. b) O jejum é recomendado apenas em casos de pancreatite leve. c) O jejum prolongado é desencorajado devido aos seus efeitos deletérios e à preferência pela nutrição precoce. d) A nutrição parenteral é sempre preferível ao jejum em qualquer tipo de pancreatite.
2. Em um paciente com pancreatite aguda grave e alto risco de aspiração, qual via de acesso para terapia nutricional enteral seria mais indicada, de acordo com as diretrizes atuais? a) Oral, com dieta líquida. b) Sonda nasogástrica. c) Sonda nasoentérica (nasojejunal ou nasoduodenal). d) Gastrostomia endoscópica percutânea (PEG).
3. A Insuficiência Pancreática Exócrina (IPE) na pancreatite crônica é caracterizada principalmente por: a) Dificuldade na produção de insulina. b) Má absorção de nutrientes devido à deficiência de enzimas digestivas. c) Inflamação aguda e autodigestão do pâncreas. d) Necessidade de restrição severa de gorduras na dieta.
4. Qual é o principal objetivo da Terapia de Reposição Enzimática Pancreática (TREP) no manejo da pancreatite crônica? a) Reduzir a dor abdominal. b) Estimular a produção de enzimas pelo próprio pâncreas. c) Compensar a deficiência de enzimas digestivas para melhorar a absorção de nutrientes. d) Prevenir a progressão da doença para pancreatite aguda.
5. Descreva brevemente dois benefícios da terapia nutricional enteral precoce em pacientes com pancreatite aguda grave, além da simples oferta de nutrientes.

# Gabarito

1. c)

2. c)

3. b)

4. c)


**5. Dois benefícios da terapia nutricional enteral precoce são:** a preservação da integridade da barreira intestinal, que reduz o risco de translocação bacteriana e sepse; e a modulação da resposta inflamatória sistêmica, contribuindo para um ambiente mais favorável à recuperação e redução de complicações.

# Recursos e Próximos Passos

**Conexão com a Próxima Aula:** Na próxima aula, Aula 19 – Nutrição nas Doenças Inflamatórias Intestinais, aprofundaremos ainda mais o papel da nutrição em condições gastrointestinais complexas, explorando as particularidades da doença de Crohn e da retocolite ulcerativa.

## Recursos Adicionais:

- **Diretrizes BRASPEN de Terapia Nutricional:** Para aprofundar nas recomendações nacionais.
- **Guidelines da ASPEN e ESPEN:** Para consulta de recomendações internacionais e tendências.
- **Artigos de Revisão sobre Pancreatite e Nutrição (PubMed/Scielo):** Para manter-se atualizado com as últimas pesquisas.

 **NOTA IMPORTANTE:** As informações regulatórias/legais/técnicas desta aula estão atualizadas até 2025. Consulte sempre fontes oficiais para verificar alterações.