



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**FACULDADE DE NUTRIÇÃO**

**MÁYRA PATRÍCIA DO CARMO AMARAL**

**TABUS ALIMENTARES EM PESSOAS COM ESTOMIA NO CONTEXTO  
AMAZÔNICO**

**BELÉM-PA**

**2021**

**MÁYRA PATRÍCIA DO CARMO AMARAL**

**TABUS ALIMENTARES EM PESSOAS COM ESTOMIA NO CONTEXTO  
AMAZÔNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção de grau de Bacharel em Nutrição, pela Universidade Federal do Pará.

Orientador (a): DSc. Vanessa Vieira Lourenço Costa.

**BELÉM-PA**

**2021**

**MÁYRA PATRÍCIA DO CARMO AMARAL**

**TABUS ALIMENTARES EM PESSOAS COM ESTOMIA NO CONTEXTO  
AMAZÔNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição pela Universidade Federal do Pará.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Vanessa Vieira Lourenço Costa  
(Faculdade de nutrição-Orientador)

---

Fernando Vinicius Faro Reis  
(Faculdade de nutrição-Membro)

---

Roseani da Silva Andrade  
(Faculdade de nutrição-Membro)

**DEDICATÓRIA:** Dedico o presente trabalho a todas as pessoas que possuem bolsa de estomia intestinal ou urinária, na esperança do mesmo auxiliar profissionais no cuidado de saúde.

## **AGRADECIMENTOS**

Unidade de referência especializada (URES)- Presidente Vargas, por permitir a utilização do ambiente para coleta de dados; Universidade Federal do Pará (UFPA), Faculdade de Nutrição (FANUT), Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Pró-reitoria de extensão (PROEX) pela vinculação e financiamento do projeto “Perfil Clínico Nutricional de pessoas com estomia no contexto amazônico”. Regina Ribeiro Cunha, Marília de Souza Araújo, Kellyne Santana Barros, Suzany Trindade Queiroz, Alyne França da Silva, Jéssica Thuanny Teixeira Barreto pela ajuda na coleta de dados e execução do projeto de pesquisa.

Minha mãe Marluvia dos Santos Carmo, por me apoiar em todos os momentos, e me incentivar a fazer o curso de nutrição. Aos amigos e familiares que ajudaram nessa caminhada.

## RESUMO

**Introdução:** o incremento de doenças crônicas nos últimos anos trouxe acréscimo da necessidade de colocação das bolsas de estomia. Mudanças ocorrem na vida destes indivíduos, e a alimentação sofre impacto, através de jejuns ou tabu alimentar, as pessoas param de consumir determinados alimentos, por medo e prevenção de situações constrangedoras. **Objetivo:** o presente trabalho buscou a correlação do tabu alimentar com o estado nutricional. **Metodologia:** Foram entrevistados indivíduos atendidos na unidade de referência especializada em Belém, Pará, a coleta de dados ocorreu através do questionário sociodemográfico, avaliação antropométrica, e da pergunta se a pessoa possuía ou não tabu alimentar, caso apresenta-se se perguntavam quais. **Resultados:** 66 % dos participantes possuíam tabu alimentar, tanto homens quanto mulheres apresentaram para camarão e carne de porco, porém não houve correlação significativa com o estado nutricional ao se avaliar índice de massa muscular ( $p=0,13$ ), adequação da prega cutânea tricipital ( $p=0,26$ ) e da circunferência do braço ( $p=0,59$ ) e circunferência muscular do braço ( $p=0,74$ ). **Conclusão:** Indivíduos com estomia fazem exclusões na sua alimentação, apesar de não terem sido encontradas correlações com o estado nutricional, este ato pode trazer prejuízos.

**Palavras-chave:** Estomia.Estado nutricional. Tabu alimentar.

## ABSTRACT

**Introduction:** the increase in chronic diseases in recent years has risen the need for placement of ostomy. Changes occur in the lives of these individuals, and food suffers impact, through fasts or food taboo, people stop consuming certain foods, out of fear and as a attempt to prevent embarrassing situations. **Objective:** the present study sought the correlation of food taboo with nutritional status. **Methodology:** Individuals attended at the specialized reference unit in Belém, Pará, data collection occurred through the sociodemographic questionnaire, anthropometric evaluation, and the question if the person had a food taboo, if yes, were asked which. **Results:** 66% of the participants had food taboo, both men and women presented for shrimp and pork, but there was no significant correlation with nutritional status when evaluating Body Mass Index ( $p=0.13$ ), adequacy of tritrital skinfold ( $p=0.26$ ) and arm circumference ( $p=0,59$ ) and Arm Muscle Circunference ( $p=0.74$ ). **Conclusion:** Individuals with ostomy make exclusions in their diet, although no correlations with nutritional status have been found, this act can cause damage.

**Keywords:** Ostomy. Nutritional Status. Food taboo.

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AMBc- Área muscular do braço corrigida

CB- Circunferência do braço

CMB- Circunferência muscular do braço

DATASUS- Departamento de informática do sistema único de saúde

DCT- Dobra cutânea tricipital

DCNT- Doença crônica não transmissível

INCA= Instituto nacional de câncer

IGE- Imunoglobulina E

IMC- Índice de massa muscular

LPS- Lipopolissacarídeos

OPAS- Organização pan-americana de saúde

PAMPS- Padrões moleculares associados à patógenos

PCT- Prega cutânea tricipital

SESPA- Secretaria de saúde pública do Pará

SESMA- Secretaria Municipal de Saúde

SOBEST- Associação brasileira de estomaterapia

TCLE- Termo de consentimento livre e esclarecido

URES- Unidade de referencia especializada

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	12
2.1 Aspectos demográficos e clínicos da doença .....	12
2.2 Tabus/crenças alimentares .....	13
2.3 Estado nutricional .....	15
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	16
3.1 Geral.....	16
3.2Específicos .....	16
<b>4 MATERIAL E MÉTODO</b> .....	17
4.1 Tipo de estudo.....	17
4.2 Local de estudo .....	17
4.3 População de estudo e amostra .....	17
4.4 Critérios de inclusão .....	17
4.5 Critérios de exclusão.....	18
4.6 Coleta de dados .....	18
4.6.1 Sóciodemográficos e Hábitos Sociais .....	18
4.6.2 Antropometria .....	18
4.6.3 Tabus Alimentares.....	21
4.6.4 Orientação Nutricional .....	21
4.7 Análise de dados .....	22
4.8 Aspectos éticos .....	22
4.9 Riscos.....	22
4.10 Benefícios .....	23
<b>5 ARTIGO CIENTÍFICO</b> .....	24
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	43
<b>APÊNDICE</b> .....	46
<b>ANEXO</b> .....	54

## 1 INTRODUÇÃO

Com as alterações epidemiológicas e de alimentação na sociedade houve um incremento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), estas mudanças influenciam nas chances de desenvolvimento de patologias como neoplasias, doenças intestinais, obesidade e outras (SELAU *et al.*, 2019). Segundo o Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), de março de 2020 a março 2021 foram aprovados 530 procedimentos de colostomia e 278 de Ileostomia ou Jejunostomia na região norte.

De acordo com o Instituto nacional de câncer (INCA) as estimativas de incidência por 100 mil habitantes e casos novos de localização primária de neoplasia maligna, são 20.540 casos de cólon e reto em homens e 20.470 em mulheres para 2020, o segundo entre os homens (9,1%) e o segundo entre as mulheres (9,2%).

O Estoma é uma abertura feita através de uma cirurgia, se expõe uma parte do intestino para a parede abdominal, pode ser chamada de Colostomia abertura do cólon, Jejunostomia do jejuno ou Ileostomia do íleo, ou podendo ser exteriorizado os dutos urinários e se chamar de Urostomia para coleta de urina, não havendo maneiras de conter o fluxo, a pessoa passa a ter que utilizar uma bolsa que é aderida à pele para coleta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Algumas complicações pós-operatórias podem ocorrer, desde dermatite periestomal, hérnia paraestomal, prolapso estomal, até fistula, abscesso, infecção, isto gera maior custo e problemas de saúde às pessoas com estomia, causando transtorno aqueles que precisam lidar e se adaptar às mudanças ocorridas (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Pois, apesar de existir amparo legal como a Portaria nº 400 de 2009, que assegura o cuidado da saúde de estomizados prevenindo assim as complicações, é necessário fiscalização e prover profissionais especializados.

A alimentação é uma das questões mais modificadas pelos pacientes, por suas crenças, tabus, medos e até mesmo por informações equivocadas repassadas, por isso deve-se atentar para o comportamento alimentar destas pessoas que por vezes deixam de comer ou passam muito tempo sem ingerir nada, e isso pode acarretar problemas como a desnutrição, o que irá prejudicar ainda mais a qualidade de vida destas pessoas (SILVA *et al.*, 2010).

Os tabus alimentares variam de região, crenças, religião, aspectos sociais, ou seja, é uma representação cultural de determinado povo, no Brasil, miscigenado, cada região possui

seus tabus, no norte o mais observado são os alimentos denominados *remosos* conhecidos como os que possuem *reima*, os quais prejudicariam o sangue e causariam coceira. Alguns alimentos tais como, mariscos, caranguejo, pato, carne de caça, peixes de coró, e outros supostamente causam mal a pessoas em situações específicas, como no pós-operatório, infecções, inflamações, contribuindo para piora do quadro (JÚNIOR; ESTÁCIO, 2013 BATISTA *et al.*, 2016; SILVA, 2007).

Assim, o estado nutricional do indivíduo com estoma é variável, alguns ganham peso e outros perdem, sofrendo influência direta do ambiente social e familiar de inserção. O nutricionista é essencial para interferir de maneira correta na alimentação. Porém, no estudo de Selau *et al.* (2019) dos 17 participantes apenas 29,4% (n=4) tinham recebido orientação nutricional no perioperatório, tornando-se prejudicial podendo se tornar uma cascata de desinformação.

Tendo em vista, as mudanças que ocorrem na vida dos pacientes, afetando a rotina, os hábitos alimentares, o trabalho e toda a vida da pessoa, esta precisa se readaptar, torna-se necessário o acompanhamento por profissionais de várias áreas da saúde, como enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e os demais que sejam necessários (SELAU *et al.*, 2019).

Dessa forma, o papel dos profissionais de nutrição é imprescindível para que o paciente se sinta mais seguro e possa tomar atitudes e decisões que não só farão bem para a sua saúde como também o tornará mais apto a se sentir seguro, assim o nutricionista deve acompanhar esta pessoa no pré e pós-cirúrgico como forma de preparar para quais alterações devem ser feitas, se necessário, com relação à alimentação e quais são apenas mitos, e retirar as dúvidas e medos que o paciente apresenta, respeitando sua cultura e proporcionando qualidade de vida.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Aspectos demográficos e clínicos da doença

Levando em consideração que as pessoas com bolsa de estomia passam por transformações fisiológicas, ocorrem consequências sociais na vida destas, a própria aceitação da perda do controle de suas eliminações e a bolsa, podem gerar ansiedade, depressão, perda da autoestima, problemas conjugais, isolamento social e privações. Assim como, mudanças de alimentação, prática sexual, e outras que afetam a vida e rotina dos pacientes (SELAU *et al.*, 2019).

Além disso, a negação da sua nova condição de vida leva ao afastamento de profissionais da área da saúde, por acreditarem ou recusarem ajuda dos mesmos, isso pode aumentar as chances de ocorrência de complicações após a cirurgia. Assim, é de suma importância os trabalhos interdisciplinares de atenção aos estomizados, como forma de aumentar os laços e a confiança deles com os profissionais, para melhorar a qualidade de vida e autocuidado, diminuindo a mortalidade e complicações (SILVA *et al.*, 2017). Palestras e rodas de conversas podem ser alternativas eficazes de troca de experiências e retirada de mitos.

As relações sociais e familiares das pessoas com estomia demonstram ser um aspecto importante para a boa recuperação, como observado pelo relato no trabalho de Silva *et al.* 2010:

“Minha qualidade de vida melhorou bastante, quando percebi que podia contar com minha família e todos ao meu redor. Agora tenho mais confiança para me cuidar” (E6) (SILVA *et al.*, 2010, p.61).

A pesquisa de Ribeiro *et al.* (2019) , encontrou que a maioria era do sexo masculino, com mais de 60 anos, pardos, ensino fundamental incompleto e renda familiar de até dois salários mínimos . Corroborando com a pesquisa de Oliveira *et al.* (2018), dos 123 pacientes a maioria dos pacientes eram do sexo masculino, maiores de 60 anos, se denominavam pardos,além de etiologia neoplasia e colostomia como principal tipo , e de Barbosa, *et al.* (2013) de 45 pessoas 86,6% possuíam colostomia e 60% do sexo masculino.

O hábito de consumir bebidas alcoólicas, fumar e o sedentarismo aumentam as chances do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2014), e por isso devem ser desencorajados por profissionais da área da saúde, através da orientação dentro de sua determinada área. No estudo de Lima *et al.* (2020) dos 20 indivíduos, 58% não haviam

procurado acompanhamento nutricional, isso demonstra a baixa orientação sobre alimentação, podendo agravar ainda mais o quadro de saúde.

Diante disso, a equipe multiprofissional, a família, e a sociedade são responsáveis por cuidar, guiar e respeitar as pessoas com a bolsa de estomia, para que haja um amparo e troca de conhecimentos e experiências e quebra de crenças errôneas que estejam prejudicando sua saúde. Assim como, o Estado dando amparo através de subsídios para uma reinserção melhor na sociedade, fiscalizando se as leis e portarias, como a Portaria nº400 de 16 de novembro de 2009 que estabelece as diretrizes para atenção de pessoas ostomizadas no sistema único de saúde (SUS) e o decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004 o qual inclui pessoas com ostomia como as que possuem deficiência física, estão sendo cumpridas e diminuindo situações que estes passam, constrangedoras e traumáticas.

## **2.2 Tabus/crenças alimentares**

A alimentação é um fenômeno que implica a união entre natureza e a cultura, tendo em vista que o ato de se alimentar é não só uma necessidade humana, mas também esbarra no significado, no social, no momento e quais alimentos irão consumir, são também escolhas feitas conforme o conhecimento, a vivência e a troca de idéias entre os indivíduos, ou seja, há uma diversidade, conforme a cultura (CANESQUI; GARCIA, 2005, p. 49).

Constituem-se assim, de fatores históricos, ecológicos, culturais, econômicos que regem o social daquele povo, são a representação da identidade histórica, no Brasil sofremos influencia de negros, indígenas e europeus, os quais trouxeram a sua cultura pro país, pela miscigenação foi incorporada à alimentação local conforme a vivência de cada grupo (CANESQUI; GARCIA, 2005, p. 51).

Os alimentos “proibidos” seriam aqueles que em situações específicas, como doenças, pós-operatórios, e outras, causariam piora no quadro clínico do indivíduo, e por isso deveriam ser retiradas da alimentação. No Norte do Brasil, o mais observado é o referente aos alimentos denominados *remosos* conhecidos como os que possuem reima, ricos em gordura e pela própria alimentação do animal, por exemplo, carne de caça, peixes e outros, piorariam o quadro de pessoas em situações nas quais o corpo estaria debilitado (BATISTA *et al.*, 2016; SILVA, 2007).

Dentre as hipóteses da reação ocasionada por estes alimentos devido a alimentação carnívora e com detritos destes animais, ou seja, no organismo com dano tecidual, ocorreria a ativação da imunidade inata por padrões moleculares associados à patógenos (PAMPs), pelas estruturas moleculares presentes na superfície de microrganismos, as quais mesmo após cozimento continuariam, uma reação aumentada do processo inflamatório agudo ocorreria, e permanência das fases vascular e celular da inflamação, aumentando substâncias como óxido nítrico, histamina, citocinas pró-inflamatórias e outras, gerando edema, rubor, urticária. Se houver persistência, ocorreria angiogênese e fibrose e a resposta passaria a ser adaptativa (JÚNIOR; ESTÁCIO, 2013; CRUVINEL *et al.*, 2010).

Outra hipótese é, hipersensibilidade imediata, pela interação alérgeno e Imunoglobulina E (IgE) essa está formada e fixada a receptores da superfície de mastócitos e basófilos, liberando histamina e derivados do ácido araquidônico, provocando urticária (JÚNIOR; ESTÁCIO, 2013; JUNIOR *et al.*, 2010).

Tendo em vista que esses alimentos podem causar, em alguns pacientes, no pós-operatório problema de recuperação, a nutrição equilibrada e adequada é necessária para manutenção da saúde, pois esta aumenta a sobrevida e recuperação dos pacientes (BOZZETTI, 2011). Observa-se que os tabus/crenças alimentares estão enraizados na sociedade, ligados às emoções, cultura, história do povo, deve-se observar se faz algum mal para o indivíduo e o nutricionista orientar sobre quebra de paradigmas, mas sempre respeitando o conhecimento destes.

Além disso, ocorrem alguns relatos sobre restrições alimentares sem orientação, jejum como tentativa de evitar situações constrangedoras, além de interesse em pesquisar o que pode ou não consumir, troca de experiências, e a vergonha da reação da sociedade a respeito do estoma, também é evidenciada nos relatos encontrados no estudo de Silva et al. 2010:

“O que eu não posso comer é beterraba, ostomizado não pode comer milho, outros já me falaram e eles sabem, já usam a bolsa faz tempo. Eu tenho que comer massa, coisa que leva queijo... Banana também só pode ser aquela prata e o resto eu como tudo e não tem feito mal. E tenho que tomar muito leite o doutor fala que não é pra eu tomar, mas eu gosto demais de leite” (E23) (SILVA *et al.*, 2010, p.59).

“Logo após a cirurgia eu procurei pesquisar bastante o que eu podia e o que eu não podia consumir, mas depois eu procurei levar normalmente... Os alimentos que passei a escolher dão mais energia pra mim; procuro sempre estar consumindo frutas, porque dá mais vitalidade, acho que basicamente é isso” (E22) (SILVA *et al.*, 2010, p.59).

“Quando eu vou sair eu não como nada, porque senão solta muito ou prende. Então eu saio sem comer nada, às vezes fico o dia todinho sem comer para poder ir pra casa da minha mãe. Porque as vezes quer vestir uma calça e não tem jeito, porque a bolsa pode ficar cheia e daí você passa vergonha. Tem gente que

abusa da gente, então tem que ficar sem comer. Esses hábitos eu não utilizo diariamente porque as vezes não pode, a gente fica fraco” (E4) (SILVA *et al.*, 2010, p.60).

Com o tempo o estomizado passa a verificar quais alimentos lhe fazem mal, como gases e diarreia, o acompanhamento de vários profissionais torna-se indispensável antes e após a cirurgia, direcionando na adaptação e aumentando o autocuidado do indivíduo, tornando-o independente para tomar suas escolhas, refutando mitos e ajudando na reintrodução da sociedade (SELAU *et al.*, 2019).

### **2.3 Estado nutricional**

A avaliação nutricional visa identificar problemas e riscos nutricionais, e determinar a gravidade destes, através disso buscar condutas para recuperar ou manter o estado de saúde do paciente. É um instrumento de diagnóstico através de parâmetros que determina o estado nutricional. A ingestão insuficiente de nutrientes pode causar desequilíbrio entre o consumo e a necessidade. Essa restrição alimentar torna a pessoa mais propensa a desenvolver doenças como anemia, hipovitaminose e desnutrição protéico-calórica, as quais afetarão o organismo negativamente. Através da avaliação nutricional, o profissional nutricionista é capaz de determinar em pessoas enfermas ou saudáveis, o estado nutricional e possível risco nutricional, propor uma conduta e avaliar necessidade de outras intervenções nutricionais (MUSSOI, 2014).

No estudo de Lima *et al.*(2020), apesar de a maioria estar com índice de massa muscular considerado eutrófico, ocorria depleção para área muscular do braço corrigida (AMBc) e circunferência muscular do braço (CMB), e quanto maior o tempo de bolsa maior era o índice de desnutrição. Além de 58% dos entrevistados não haviam procurado orientações alimentares com o nutricionista.

Sabe-se que o efeito de determinado alimento no organismo é variável, e por isso o que faz mal a uma pessoa não necessariamente fará a outra (JÚNIOR; ESTÁCIO, 2013) então para que se tenha uma atenção redobrada e não se retire determinados alimentos o correto é a introdução gradual e em pequenas quantidades dos alimentos, para que se observe a reação naquele corpo. Além disso, práticas podem ser adotadas como o remolho do feijão como forma de evitar a produção de gases (SOBEST, 2019) e alternativas que devem ser orientadas pelo nutricionista.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Conhecer os tabus alimentares de pessoas com estomia.

#### **3.2Específicos**

Descrever as características clínicas e demográficas em pessoas com estomia;

Identificar o estado nutricional, através da antropometria em pessoas com estomia;

Estabelecer se há correlação entre o estado nutricional e os tabus alimentares em pessoas com estomia;

## **4 MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal, descritivo e quantitativo, cujos dados foram retirados do projeto de pesquisa denominado “Perfil Clínico Nutricional de pessoas com estomia no contexto amazônico”.

### **4.2 Local de estudo**

Realizado na Unidade de Referência Especializada (URES), administrada pela Secretaria de Estado e Saúde Pública do Pará (SESPA) e localizada na Avenida Presidente Vargas, Belém-PA. Compõe atenção secundária em saúde em nível de especialidade ambulatorial. Nesta, são encontrados pacientes referenciados de outros setores da saúde, com marcação pela Central de marcação de consultas da Secretaria Municipal de Saúde (SESMA), são entregues os materiais para pessoas com estomia, e disponibilizados outros serviços como o de nutrição, psicologia e enfermagem.

### **4.3 População de estudo e amostra**

O trabalho contou com a coleta de dados de 77 pessoas com bolsa de estomia intestinal ou urinária, ocorreu de maneira presencial na Unidade de referência especializada, no serviço de estomia.

### **4.4 Critérios de inclusão**

Inclusos adultos e idosos (> 18 anos) com bolsa de estomia intestinal ou urinária, de ambos os sexos, atendidos na Unidade de Referência, com condições de realizar a antropometria e responder ao questionário e que aceitaram voluntariamente a participação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em Apêndice A.

#### **4.5 Critérios de exclusão**

Excluídos, os que não possuíam estomia, e os sem condições de realizar a antropometria e entrevista, ou não estiveram de acordo em participar.

#### **4.6 Coleta de dados**

No local de espera da URES, os estomizados eram abordados se tinham interesse em participar da pesquisa, e caso sim, eram encaminhados para a sala da nutrição, na qual a pesquisa era explicada, os voluntários assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em apêndice A, e a entrevista com preenchimento do questionário socioeconômico e demográfico, e avaliação nutricional em apêndice B, além de orientações a respeito de dúvidas alimentares, a maioria era sobre o que poderiam ou não comer com o pensamento de “remoso”, então eram entregues o folder em apêndice C com orientações, e a nutricionista conversava com eles e relatava sobre o tempo de reação do pós-operatório, e reintrodução alimentar gradativa.

##### **4.6.1 Sociodemográficos e Hábitos Sociais**

A coleta dos dados necessários, para os aspectos sociodemográficos e sociais, ocorreu através do questionário estruturado, que contém dados sociodemográficos, sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, ocupação e tipo de domicílio; além de aspectos clínicos como etiologia da doença, tipo de estomia, hábitos sociais como os tabáticos ou étlicos e atividade física.

##### **4.6.2 Antropometria**

Na antropometria (apêndice B), foram aferidos peso atual e altura de acordo com as recomendações de Jelliffe *et al.* (1968), o peso aferido em balança calibrada do tipo plataforma e capacidade de 150 kg e precisão de 100g, com o paciente em pé, descalço e com roupas leves.

Já a estatura aferida com o estadiômetro afixado à balança, com capacidade de 1,90 metro, colocando o indivíduo em pé, descalço, com calcanhares juntos, pernas e costas retas e braços estendidos ao longo do corpo e posterior medição, o entrevistado olhando para um ponto imaginário a sua frente para que sua linha de visão esteja perpendicular ao plano de medição, com uma leve inspiração.

Estes dados foram utilizados para o Índice de Massa corporal (IMC), para verificar o estado nutricional e classificados de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2000) para adultos e Inquérito sobre Saúde, bem-estar e envelhecimento (SABE), coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2002), descritos nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) de adultos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, 2000.

<b>Classificação</b>	<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>
Baixo peso	<18,5
Eutrófico	18,5 a 24,9
Sobrepeso	25,0 a 29,9
Obesidade Grau I	30,0 a 34,9
Obesidade Grau II	35,0 a 39,9
Obesidade Grau III	≥ 40

Fonte: world health organization-WHO, 2000.

Tabela 2. Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) de idosos, de acordo com SABE/OPAS, 2002.

<b>Classificação</b>	<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>
Baixo peso	<23
Eutrofia	23-28
Sobrepeso	≥ 28 - ≤ 30
Obesidade	≥ 30

Fonte: Inquérito sobre Saúde, bem-estar e envelhecimento- SABE coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde- OPAS, 2002.

A circunferência do braço (CB), é a soma das áreas de tecido ósseo, muscular e gorduroso do braço, medida com fita métrica inextensível, com graduação de cm e capacidade de medir 2 metros, conforme a técnica de Cameron (1984), os participantes tiveram seus braços flexionados em direção ao tórax, formando um ângulo de 90°, traçado do ponto médio entre o acrômio e olecrano, depois estendido ao longo do corpo com a palma da mão voltada

para a coxa, feito assim a aferição Assim como, para o cálculo de adequação da CB pela fórmula:  $(CB \text{ obtida (cm)} \times 100) / PB \text{ percentil } 50$ , o percentil 50 retirado da tabela de Frisancho (1990), para os indivíduos com idade até 75 anos, e a tabela de Burr e Phillips (1984) para os com idade superior, os resultados foram classificados de acordo com Blackburn e Thornton (1979), demonstrado na Tabela 3 (MUSSOI, 2014).

Tabela 3. Classificação da adequação da circunferência do braço, de acordo com Blackburn e Thornton, 1979.

<b>Classificação</b>	<b>% de adequação de CB</b>
Depleção grave	<60
Depleção moderada	60-80
Depleção leve	80-90
Eutrofia	90-110
Sobrepeso	110-120
Obesidade	>120

Fonte: Blackburn e Thornton, 1979.

A Prega cutânea tricipital (PCT) ou dobra cutânea tricipital (DCT) aferida com auxílio de um adipômetro científico da marca Sunny, com três medições para posterior cálculo da média aritmética revelando o PCT obtido ,Assim como, para o cálculo de adequação da PCT pela fórmula:  $(PCT \text{ obtida (cm)} \times 100) / PCT \text{ percentil } 50$ , o percentil 50 retirado da tabela de Frisancho (1990), para os indivíduos com idade até 65 anos, e a tabela de Burr e Phillips (1984) para os com idade superior, para que se determine a massa adiposa (MUSSOI, 2014). Após o resultado classificado de acordo com o proposto por Blackburn e Thornton (1979) demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4. Classificação da adequação da prega cutânea tricipital, de acordo com Blackburn e Thornton, 1979.

<b>Classificação</b>	<b>% de adequação de PCT</b>
Desnutrição grave	<70
Desnutrição moderada	70-80
Desnutrição leve	80-90
Eutrofia	90-110
Sobrepeso	110-120
Obesidade	>120

Fonte: Blackburn e Thornton, 1979.

Circunferência Muscular do Braço (CMB), é obtido através do cálculo  $CMB (cm) = CB (cm) - [0,314 \times DCT]$ . Avalia a reserva de tecido muscular sem correção da área óssea. Sua adequação é feita utilizando o percentil 50 para adultos e idosos até 75 anos segundo Frisancho (1981), e para idosos acima de 75 anos Burr e Phillips (1984), e o cálculo Adequação da CMB (%) =  $(CMB \text{ obtida } (cm) / Cmb \text{ percentil } 50) \times 100$ , sendo classificada segundo Blackburn e Thornton (1979), (MUSSOI, 2014) como demonstrado na tabela 5.

Tabela 5. Classificação da Circunferência Muscular do braço, segundo Blackburn e Thornton 1979.

<b>Classificação</b>	<b>Depleção grave</b>	<b>Depleção moderada</b>	<b>Depleção leve</b>	<b>Eutrofia</b>
<b>% CMB</b>	<70%	70-80%	80-90%	>90%

Fonte: Blackburn e Thorton 1979.

#### 4.6.3 Tabus Alimentares

A observação dos tabus ou crenças alimentares da população em questão foi realizada a partir da pergunta “possui algum tipo de Tabu/crença alimentar? Se sim qual (s)? em Apêndice B, ao final do encontro.

#### 4.6.4 Orientação Nutricional

Após o questionamento sobre tabus ou crenças alimentares, foram dadas orientações sobre reintrodução gradativa desses alimentos, para aqueles que já estavam a mais de três meses da cirurgia. Repassando dicas de reintrodução e conversando sobre as dúvidas que eles possuíam, além da entrega de um folder de orientação nutricional em apêndice C, neste momento, foi informado que está disponível para download gratuitamente o material educativo sobre alimentação para estomia intitulado: “Alimentação amazônica: guia para pessoas com estomia” capa em anexo A, da Associação Brasileira de estomaterapia (SOBEST) de autoria Barros *et al.* (2019).

#### **4.7 Análise de dados**

O software Excel 2010 foi adotado para entrada dos dados, bem como para a confecção das tabelas. A análise estatística foi realizada por meio dos softwares BioEstat 5.0 e o EpiInfo 3.5.1. Utilizou-se o teste D'Agostino-Pearson para a avaliação da normalidade dos dados. As variáveis apresentadas neste estudo revelaram-se com distribuição não normal, fazendo-se necessário o uso de testes não paramétricos para a análise estatística deste trabalho.

As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências e as numéricas por meio de medidas de tendência central e dispersão. Na comparação das amostras independentes, a significância dos dados foi avaliada pelo teste do Qui-quadrado e teste G (Contingência). E na análise multivariada foi realizado o teste de Regressão Linear Múltipla. Adotou-se o nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

#### **4.8 Aspectos éticos**

O presente estudo foi baseado nas diretrizes e normas regulamentadoras, contidas na Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, a qual aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. Foram incluídos no estudo os adultos que aceitaram participar voluntariamente assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em Apêndice A e a coleta foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA) pela plataforma Brasil, obteve parecer número 3.761.150.

#### **4.9 Riscos**

Os riscos são vazamento de dados coletados dos voluntários, para evitar isso, no banco de dados, os nomes foram identificados apenas com as iniciais de cada nome abreviadas, e as folhas de identificação ficam em mãos de apenas uma pessoa responsável pela inserção no banco de dados. Outro seria a pessoa não se sentir à vontade para continuar a pesquisa após o início por indisposição, física ou emocional.

#### **4.10 Benefícios**

Os benefícios incluem traçar os tabus alimentares de pessoas que possuem a bolsa de estomia atendidas na Unidade de referência advindas de diversas regiões do estado do Pará, assim como seu estado nutricional, através de um trabalho que colabore com a comunidade científica, fazendo uma relação entre os temas Tabus alimentares e pessoas que possuem bolsa de estomia, apresentando se há ou não correlação. Com isso, o trabalho irá colaborar para que profissionais possam ter dados de conhecimento desta população, e auxiliar os estomizados na alimentação e qualidade de vida.

## 5 ARTIGO CIENTÍFICO

O trabalho intitulado “Tabus alimentares em pessoas com estomia no contexto amazônico” será apresentado como artigo científico e submetido nos Arquivos de Gastroenterologia, Qualis B2, suas normas estão descritas em anexo B.

### TABUS ALIMENTARES EM PESSOAS COM ESTOMIA NO CONTEXTO AMAZÔNICO

### FOOD TABOOS IN PEOPLE WITH OSTOMY IN THE AMAZON CONTEXT

Máyra Patrícia do Carmo **AMARAL**<sub>1</sub>, Vanessa Vieira Lourenço **COSTA**<sub>1</sub>, Regina Ribeiro **CUNHA**<sub>1</sub>, Marília de Souza **ARAÚJO**<sub>1</sub>, Kellyne Santana **BARROS**<sub>1</sub>, Suzany Trindade **QUEIROZ**<sub>1</sub>.

**ABSTRACT-Background-** The increase in chronic diseases in recent years has rise the need for placement of ostomy bags. Changes occur in their lives, and food is impacted, through the food taboo people stop consuming certain foods, out of fear and as an attempt to prevent embarrassing situations. **Objective-** The present study aimed to verify the eating taboos of people with ostomy and establish their correlations. **Methods-** Seventy seven individuals with intestinal and urinary ostomy were interviewed at the specialized referral unit located in Belém, Pará. There was collected through the sociodemographic questionnaire verifying the type and character of ostomy and etiology, anthropometric evaluation (muscle mass index, tritritral skinfold and arm muscle circumference), in addition to the question "do you have a taboo/food belief? If so, were asked which. **Results-**66% of the participants had food taboos, both men and women presented for shrimp and pork, those foods make part of the tradicional culinary in the region, so they take off at moments of socialization, despite there was no significant correlation with nutritional status when evaluating Body Mass Index ( $p=0.13$ ), adequacy of Tritritral Skinfold ( $p=0.26$ ) and arm circumference ( $p=0,59$ ) and Arm Muscle Circunference ( $p=0.74$ ), these findings demonstrate how individual belief and society influence people's food choices.**Conclusion-** Individuals with ostomy make exclusions in

their diet, although no correlations with nutritional status have been found, this act can cause damage.

## **HEADINGS-** Ostomy. Nutritional Status. Food taboo.

Conflito de interesses declarado pelos autores: nenhum.

Financiamento: financiamento próprio.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Pará (UFPA), R Augusto Corrêa, 1 - Guamá - Belém, PA . Autor: Máyra Patrícia do Carmo Amaral. E-mail: mayra1997ufpa@gmail.com

## **INTRODUÇÃO**

Com as alterações epidemiológicas e de alimentação na sociedade houve um incremento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), estas mudanças influenciam nas chances de desenvolvimento de patologias como neoplasias, doenças intestinais, obesidade e outras <sup>(1)</sup>.

Segundo o Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), de março de 2020 a março 2021 foram aprovados 530 procedimentos de colostomia e 278 de Ileostomia ou Jejunostomia na região norte <sup>(2)</sup>. O Instituto nacional de câncer nas suas estimativas de incidência por 100 mil habitantes e casos novos de localização primária de neoplasia maligna aponta 20.540 casos de cólon e reto em homens e 20.470 em mulheres para 2020, o segundo entre os homens (9,1%) e entre as mulheres (9,2%) no país. Na região norte, 510 entre os homens na quarta posição (5,3%) e 590 entre as mulheres no terceiro lugar (6,3%) <sup>(3)</sup>.

O Estoma é uma abertura cirúrgica, se expõe uma parte do intestino para a parede abdominal, chamada de Colostomia, Jejunostomia ou Ileostomia, ou podendo ser exteriorizado os dutos urinários e se chamar de Urostomia para coleta de urina, não havendo maneiras de conter o fluxo, a pessoa passa a ter que utilizar uma bolsa que é aderida à pele, para coleta <sup>(4)</sup>.

Os aspectos físicos e alimentares são os mais observados, com relação aos físicos, têm-se toda a mudança fisiológica que é provocada na maneira como as fezes serão eliminadas como o próprio odor, gases e o uso do dispositivo, alguns relatam como se tivessem passado por uma mutilação, e por isso sentem-se mal <sup>(5)</sup>.

A alimentação é uma das questões mais modificadas pelos pacientes, por suas crenças, tabus, medos e até mesmo por informações equivocadas repassadas, por isso deve-se atentar para o comportamento alimentar destas pessoas que por vezes deixam de comer ou passam muito tempo sem ingerir nada, e isso pode acarretar problemas como a desnutrição, o que irá prejudicar ainda mais a qualidade de vida destas pessoas <sup>(6)</sup>.

Os tabus alimentares variam de região, crenças, religião, aspectos sociais, ou seja, é uma representação cultural de determinado povo, no Brasil, miscigenado, cada região possui seus tabus, no norte o mais observado são os alimentos denominados *remosos* conhecidos como os que possuem *reima*, os quais prejudicariam o sangue e causariam coceira <sup>(8,9)</sup>.

Alguns alimentos tais como, mariscos, caranguejo, pato, carne de caça, peixes de cor, e outros supostamente causam mal a pessoas em situações específicas, como no pós-operatório, infecções, inflamações, contribuindo para piora do quadro <sup>(8,9)</sup>.

Diante disso, hipóteses são levantadas sobre a reação destes no indivíduo, relacionadas à alimentação destes animais considerados *remosos*, os quais em pessoas debilitadas ocorreria a ativação da resposta inata por padrões moleculares associados à patógenos (PAMPs) pelas estruturas moleculares presente na superfície de microrganismos, pelo consumo de alimentos em decomposição com muitas bactérias por esses animais, as quais mesmo após cozimento sobreviveriam. Uma reação aumentada do processo inflamatório agudo ocorreria, e permanência das fases vascular e celular da inflamação, aumentando substâncias como óxido nítrico, histamina, citocinas pró-inflamatórias e outras, gerando edema, rubor, urticária. Se houver persistência, ocorre angiogênese e fibrose e a resposta passa a ser adaptativa <sup>(7,10)</sup>.

Outra hipótese é, hipersensibilidade imediata, pela interação alérgeno e Imunoglobulina E (IgE) essa está formada e fixada a receptores da superfície de mastócitos e basófilos, liberando histamina e derivados do ácido araquidônico, provocando urticária <sup>(7,11)</sup>.

Observa-se que a adoção de novos hábitos ocorre sem orientação do nutricionista, alguns melhoram sua alimentação, porém ocorre troca de experiências as quais podem ser positivas, mas tornam-se verdade absoluta sem levar em consideração a individualidade, além do jejum por medo de situações vergonhosas, como observado nos relatos do estudo de Silva et al. 2010:

“Comer muito coco da Bahia prende o intestino, mas laranja principalmente solta muito o intestino. Então a gente sempre controla. Eu controlo por conta própria. Ninguém me ensinou isso [...]”. (E11) (SILVA *et al*, 2010, p.58).

“Quando eu vou sair eu não como nada, porque senão solta muito ou prende. Então eu saio sem comer nada, às vezes fico o dia todinho sem comer [...]”.

[...] Esses hábitos eu não utilizo diariamente porque as vezes não pode, a gente fica fraco”. (E4) (SILVA *et al*, 2010, p.60).

Durante o jejum o corpo depende exclusivamente dos substratos endógenos para produção de energia, tornando-se assim um estado catabólico, esta prática da restrição alimentar que os indivíduos com estomia apresentam sem orientação do profissional nutricionista pode levar à consequências tornando a pessoa mais propensa a desenvolver doenças como desnutrição, hipovitaminose afetando o sistema imunológico, o deixando mais predisposto a infecções <sup>(12,13)</sup>.

O estado nutricional é variável, alguns ganham peso e outros perdem, sofrendo influência direta do ambiente social e familiar. Assim, o nutricionista é essencial para interferir de maneira correta na alimentação, para auxiliar e evitar que se perpassem mitos e crenças que se tornarão uma cascata de desinformação, mas alguns pacientes não têm acesso ao profissional no pré e pós-operatório <sup>(1)</sup>.

Sabe-se que o efeito de determinado alimento no organismo é variável, e por isso o que faz mal a uma pessoa não necessariamente fará a outra <sup>(7)</sup>, então para que se tenha uma atenção redobrada e não se retire determinados alimentos o correto é a reintrodução gradual e em pequenas quantidades dos alimentos, para que se observe a reação naquele corpo <sup>(14)</sup>.

Tendo em vista, as mudanças que ocorrem na vida dos pacientes, os hábitos alimentares, o trabalho a pessoa precisa se readaptar a uma nova situação, é necessário o acompanhamento por profissionais de várias áreas da saúde, como enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros <sup>(1)</sup>. Apesar de existir amparo legal como a Portaria nº 400 de 2009, que assegura o cuidado na atenção básica e em serviços especializados ainda há necessidade de amparo e fiscalização.

Porém, a negação da sua nova condição de vida leva muitos ao afastamento de profissionais da área da saúde, por acreditarem ou recusarem ajuda dos mesmos, isso pode aumentar as chances de ocorrência de complicações após a cirurgia. Assim, é de suma importância os trabalhos interdisciplinares de atenção aos estomizados, como forma de aumentar os laços e a confiança deles com os profissionais, para melhorar a qualidade de vida e autocuidado, diminuindo mortalidade e complicações <sup>(5)</sup>. Palestras e rodas de conversas podem ser alternativas eficazes de troca de experiências e retirada de mitos.

Dessa forma, torna-se importante verificar os tabus alimentares de pessoas com estomia e estabelecer suas correlações.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter transversal, descritivo e quantitativo, cujos dados foram retirados da pesquisa denominada “Perfil Clínico Nutricional de pessoas com estomia no contexto amazônico”.

Realizado na Unidade de Referência Especializada (URES), localizada na Avenida Presidente Vargas, Belém-PA, administrada pela Secretaria de Estado e Saúde Pública do Pará (SESPA).

Nesta, são encontrados pacientes referenciados de outros setores da saúde e entregues os materiais para pessoas com estomia, assim como disponibilizado outros serviços como o de nutrição, psicologia e enfermagem.

Assim, foi coletado um N=77, a coleta de dados foi realizada presencialmente com pessoas que possuem a bolsa de estomia intestinal ou urinária, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com condições que possibilitavam a antropometria, responder ao questionário e que aceitaram voluntariamente a participação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta ocorreu de janeiro a março de 2020, os estomizados eram questionados na área de espera se tinham interesse em participar, caso sim, eram conduzidos para a sala da nutrição, para iniciar a pesquisa.

A entrevista com preenchimento do questionário estruturado, com dados sociodemográficos, sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, aspectos clínicos como etiologia da doença, tipo e caráter de estomia, hábitos tabáticos ou etílicos, atividade física.

Na antropometria, foram aferidos peso atual e altura de acordo com as recomendações de Jelliffe 1968<sup>(15)</sup>, a estatura foi realizada com o estadiômetro afixado à balança, com capacidade de 1,90 metros. Estes dados foram utilizados para o Índice de Massa corporal (IMC) com o intuito de verificar o estado nutricional e classificados de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2000)<sup>(16)</sup> para adultos e o Inquérito sobre Saúde, bem-estar e envelhecimento- SABE, coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde- OPAS (2002)<sup>(17)</sup>, para idosos.

A circunferência do braço (CB) foi medida com fita métrica inextensível, com capacidade de medir 2 metros, conforme a técnica de Cameron (1984) com o braço relaxado medindo-se o ponto médio entre o acrômio da escápula e o olecrano da ulna<sup>(18)</sup>. Para o cálculo da adequação da CB, o percentil 50, segundo Frisancho (1990), para os com até 75

anos e Burr e Phillips (1984) <sup>(20)</sup> para os com idade superior. O resultado classificado conforme Blackburn e Thornton (1979) <sup>(21)</sup>.

A Prega cutânea tricípital (PCT), aferida com auxílio de um adipômetro científico da marca Sunny com três medições para posterior cálculo da média aritmética revelando o PCT obtido. Assim como, para o cálculo de adequação da PCT, o percentil 50, segundo Frisancho (1990) <sup>(19)</sup>, para os indivíduos com idade até 65 anos, e Burr e Phillips (1984) <sup>(20)</sup> para os com idade superior, para determinar massa adiposa. O resultado da adequação foi classificado de acordo com o proposto por Blackburn e Thornton (1979) <sup>(21)</sup>.

Assim, para avaliação da reserva de tecido muscular, foi calculada a circunferência muscular do braço (CMB) e sua adequação classificada de acordo com Blackburn e Thornton (1979) <sup>(21)</sup>.

A observação dos tabus ou crenças alimentares foi realizada a partir da pergunta “possui algum tipo de Tabu/crença alimentar?” Caso apresenta-se eram questionados quais.

Após esse questionamento, foram dadas orientações sobre reintrodução gradual desses alimentos para os que já estavam a três meses da cirurgia, com dicas e retirada de dúvidas.

O software Excel 2010 foi adotado para entrada dos dados e confecção das tabelas. A análise estatística por meio dos softwares BioEstat 5.0 e o EpiInfo 3.5.1. Utilizou-se o teste D’Agostino-Pearson para a avaliação da normalidade, revelaram-se com distribuição não normal, fazendo-se necessário o uso de testes não paramétricos para a análise estatística.

As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências e as numéricas por meio de medidas de tendência central e dispersão. Na comparação das amostras independentes, a significância dos dados foi avaliada pelo teste do Qui-quadrado e teste G (Contingência). E na análise multivariada foi realizado o teste de Regressão Linear Múltipla. Adotou-se o nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

O presente estudo foi baseado nas diretrizes e normas regulamentadoras, contidas na Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, a qual aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, e a coleta foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário do estado do Pará (CESUPA), obteve parecer número 3.761.150.

## RESULTADOS

Dos 77 indivíduos, 53% eram do gênero masculino e média de idade de 48,8 anos e 47% do gênero feminino com idade média de 52,7 anos, os homens 51% em união estável ou casado e 44% possuem ensino fundamental incompleto. Já o sexo feminino 39% solteira e 47% com ensino médio completo (Tabela 1).

No que diz respeito aos hábitos de vida, em ambos os sexos, não ingerem bebida alcoólica (73%). E dentre aqueles que bebem, o sexo masculino relata beber semanalmente 15% e o feminino relata raramente 14%. Ambos os sexos não são tabagistas 84% e não praticam atividade física 69%. Entre aqueles que fumam, a maioria é do sexo masculino ( $p=0,04$ ), conforme mostra a tabela 1.

**TABELA 1** - Distribuição dos aspectos sociodemográficos, comportamentais, total e estratificado por sexo, de pessoas com estomia, Belém, Pará.

Variáveis	Masculino	Feminino	p-valor	Total (n=77)
	(n=41)	(n=36)		n (%)
	n (%)	n (%)		
<b>Faixa etária</b>				
<20 anos	-	-		-
20   35 anos	9 (22%)	7 (19%)	<sup>a</sup> 0,38	16 (21%)
35   50 anos	13 (32%)	6 (17%)		19 (25%)
50   60 anos	8 (20%)	11 (31%)		19 (25%)
A partir de 60 anos	11 (27%)	12 (33%)		23 (30%)
<b>Situação Conjugal</b>				
Solteiro (a)	16 (39%)	14 (39%)	<sup>b</sup> 0,10	30 (39%)
União estável/ casado (a)	21 (51%)	12 (33%)		33 (43%)
Divorciado (a)	3 (7%)	4 (11%)		7 (9%)
Viúvo (a)	1 (2%)	6 (17%)		7 (9%)
<b>Escolaridade</b>				
ANF	3 (7%)	3 (8%)	<sup>b</sup> 1,00	6 (8%)
EFI	18 (44%)	7 (19%)		25 (32%)
EFC	4 (10%)	5 (14%)		9 (12%)
EMI	7 (17%)	2 (6%)		9 (12%)
EMC	7 (17%)	17 (47%)		24 (31%)
ESI	-	-		-
ESC	2 (5%)	2 (6%)		4 (5%)
PG	-	-		-
<b>Bebe</b>				
Sim	15 (37%)	6 (17%)	<sup>a</sup> 0,08	21 (27%)
Não	26 (63%)	30 (83%)		56 (73%)
<b>Etilismo</b>				
Não bebe	26 (63%)	30 (83%)		56 (73%)
Diário	1 (2%)	-		1 (1%)
Semanal	6 (15%)	-		6 (8%)

Mensal	4 (10%)	1 (3%)	<sup>b</sup> 0,11	5 (6%)
Raro	4 (10%)	5 (14%)		9 (12%)
<b>Tabagismo</b>				
Sim	10 (24%)	2 (6%)	<sup>b</sup> 0,04*	12 (16%)
Não	31 (76%)	34 (94%)		65 (84%)
<b>Atividade física</b>				
Sim	14 (34%)	10 (28%)	<sup>a</sup> 0,72	24 (31%)
Não	27 (66%)	26 (72%)		53 (69%)

(-) Dados numéricos igual a zero. a – Teste do Qui-quadrado; b – Teste G (Contingência). \*Resultado estatisticamente significativo ( $p \leq 0,05$ ). ANF: analfabeto; EFI: ensino fundamental incompleto; EFC: ensino fundamental completo; EMI: ensino médio incompleto; EMC: ensino médio completo; ESI: ensino superior incompleto; ESC: ensino superior completo; PG: pós-graduação.

A etiologia neoplásica estava presente em 60%, e colostomia para 69%. O caráter permanente da ostomia estava presente em 54% do sexo masculino e no feminino o temporário em 50%, conforme mostra a tabela 2.

**TABELA 2-** Distribuição das características clínicas da doença, total e estratificado por sexo, de pessoas com estomia, Belém, Pará.

Variáveis	Masculino (n=41)	Feminino (n=36)	p-valor	Total (n=77)
	n (%)	n (%)		n(%)
<b>Etiologia da doença</b>				
Congênito	-	-		-
Inflamatória intestinal	1 (2%)	2 (6%)		3 (4%)
Trauma	7 (17%)	3 (8%)	1,00	10 (13%)
Iatrogenia	-	-		-
Neoplasia	21 (51%)	25 (69%)		46 (60%)
Outros	12 (29%)	5 (14%)		17 (22%)
<b>Tipo de estomia</b>				
Colostomia	32 (78%)	21 (58%)		53 (69%)
Ileostomia	6 (15%)	10 (28%)	0,18	16 (21%)
Urostomia	3 (7%)	5 (14%)		8 (10%)
<b>Caráter da estomia</b>				
Permanente	14 (34%)	18 (50%)	0,12	32 (42%)

Temporário	22 (54%)	11 (31%)	33 (43%)
Indefinido	5 (12%)	7 (19%)	12 (16%)

(-) Dados numéricos igual a zero. Teste G (Contingência),  $p \leq 0,05$ .

Em relação ao estado nutricional, em ambos os sexos apresentavam eutrofia 38%, 23% com sobrepeso e 28% possuem algum grau de obesidade, quando avaliado o IMC. Ao se avaliar CB estavam em eutrofia 58%, Quanto à reserva de massa muscular, avaliada pelo CMB, 71% foram classificados como eutróficos. A avaliação da reserva de gordura através da PCT, demonstrou que houve diferença significativa ( $p < 0,0001$ ) entre os sexos, onde o sexo masculino foi classificado como obeso (71%) e o feminino como eutrófico (33%).

Afirmaram possuir o tabu alimentar 66% dos entrevistados, não possuem intolerância (78%) e alergia alimentar (92%), quando avaliado por sexo, as mulheres apresentam mais intolerâncias alimentares do que os homens ( $p = 0,01$ ), como demonstrados na Tabela 3.

**Tabela 3-** Distribuição de tabu alimentar, intolerância e alergia alimentar, total e estratificado por sexo, de indivíduos com estomia, Belém, Pará.

Variáveis	Masculino (n=41)	Feminino (n=36)	p-valor	Total(n=77)
	n (%)	n (%)		n(%)
<b>Tabu alimentar</b>				
Sim	27 (66%)	24 (67%)	<sup>a</sup> 0,86	51 (66%)
Não	14 (34%)	12 (33%)		26 (34%)
<b>Intolerância alimentar</b>				
Sim	4 (10%)	13 (36%)	<sup>b</sup> 0,01	17 (22%)
Não	37 (90%)	23 (64%)		60 (78%)
<b>Alergia alimentar</b>				
Sim	1 (2%)	5 (14%)	<sup>b</sup> 0,14	6 (8%)
Não	40 (98%)	31 (86%)		71 (92%)

a - Teste do Qui-quadrado; b – Teste G (Contingência),  $p \leq 0,05$ .

Não foi observada correlação ( $p \leq 0,05$ ) entre o tabu alimentar, intolerância e alergia alimentar com o estado nutricional conforme demonstrado na tabela 4.

**Tabela 4-**Correlação entre tabu, intolerância e alergia alimentar com o estado nutricional de pessoas com estomia, Belém, Pará.

Variáveis independentes	Variáveis dependentes			
	IMC	CMB	PCT	CB
Tabu alimentar				
Intolerância alimentar	p=0,13	p=0,74	p=0,26	p=0,59
Alergia alimentar				

Teste de Regressão Linear Múltipla ( $p \leq 0,05$ ).

Dentre as pessoas que possuíam tabus alimentares (66%), referiram tabu para o camarão (69%) e carne de porco (69%), enquanto que para o peixe de pele (65%), ovo (86%) e caranguejo (84%), não relataram como tabu, demonstrados na tabela 5.

**TABELA 5** – Distribuição dos tipos de tabus alimentares, total e estratificado por sexo, de pessoas com estomia, Belém, Pará.

Variáveis	Masculino (n=27)	Feminino (n=24)	p-valor	Total (n=51)
	n (%)	n (%)		n (%)
<b>Camarão</b>				
Sim	18 (67%)	17 (71%)	<sup>a</sup> 0,98	35 (69%)
Não	9 (33%)	7 (29%)		16 (31%)
<b>Peixe de pele</b>				
Sim	11 (41%)	7 (29%)	<sup>a</sup> 0,56	18 (35%)
Não	16 (59%)	17 (71%)		33 (65%)
<b>Carne de porco</b>				
Sim	18 (67%)	17 (71%)	<sup>a</sup> 0,98	35 (69%)

Não	9 (33%)	7 (29%)		16 (31%)
<b>Caranguejo</b>				
Sim	4 (15%)	4 (17%)	<sup>b</sup> 0,83	8 (16%)
Não	23 (85%)	20 (83%)		43 (84%)
<b>Ovo</b>				
Sim	4 (15%)	3 (12%)	<sup>b</sup> 0,86	7 (14%)
Não	23 (85%)	21 (88%)		44 (86%)
<b>Outros</b>				
Sim	8 (30%)	10 (42%)	<sup>a</sup> 0,54	18 (35%)
Não	19 (70%)	14 (58%)		33 (65%)

a - Teste do Qui-quadrado; b – Teste G (Contingência).

Não foi observada correlação entre o estado nutricional e os alimentos considerados tabus alimentares (tabela 6).

**TABELA 6-**Regressão linear múltipla dos tipos de tabu alimentar com o estado nutricional de indivíduos com estomia, Belém, Pará.

Variáveis independentes	Variáveis dependentes			
	IMC	CMB	PCT	CB
Camarão				
Peixe de pele				
Carne de porco				
Caranguejo	p=0,17	p=0,55	p=0,77	p=0,41
Ovo				
Outros				

Índice de massa corporal (IMC); Circunferência muscular do braço (CMB); Prega cutânea tricipital (PCT). Teste de Regressão Linear Múltipla ( $p \leq 0,05$ ).

## DISCUSSÃO

Neste trabalho 53% dos entrevistados eram homens os quais estavam em união estável ou casados 51%, 47% mulheres com 39% solteiras. Observa-se na literatura que o perfil dos indivíduos estomizados é heterogêneo, o estudo de Oliveira et al. (2018) <sup>(22)</sup> pelo prontuário de 123 pacientes, 51,2% eram do sexo masculino, e no estudo de Barbosa et al. (2013) <sup>(23)</sup> de 45 indivíduos 60% eram masculino dados semelhantes ao deste trabalho, porém Queiroz et al. (2017) <sup>(24)</sup> dos 97 indivíduos da associação de ostomizados do Rio Grande do Norte, 53,6% eram mulheres dado que diferem, além de 45,36% está casado.

O grau de escolaridade influencia na qualidade de vida das pessoas, os homens afirmaram um nível de escolaridade menor de ensino fundamental incompleto, e as mulheres ensino médio completo este dado pode interferir na expectativa de vida, pois quanto menor a escolaridade menor a expectativa de vida. Sendo assim, para as mulheres isso é positivo, levando-se em consideração que as mulheres já apresentam maior cuidado em saúde preventivo em relação aos homens <sup>(25)</sup>.

Observa-se um conjunto de fatores de risco como responsáveis pelas mortes de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre eles estão tabagismo, inatividade física e excesso de bebidas alcoólicas <sup>(26)</sup>. Assim, é positivo os participantes não fumarem e quando bebem ser raramente, e negativo os homens fumarem mais que mulheres o que pode elevar a maiores chances de desenvolvimento dessas doenças.

Os indivíduos não praticavam atividade física, achado prejudicial para a manutenção da saúde deste grupo, pois a inatividade física é um fator de risco modificável para o desenvolvimento de DCNT, além de proporcionar condicionamento físico, colabora para melhora na qualidade de vida com seu efeito protetor, por reduzir peso corporal e melhorar a saúde cardiovascular <sup>(27,28,29)</sup>, o incentivo a prática de atividade física regular deve ser encorajada.

Ao observar a etiologia da estomia, neoplasia e a presença de colostomia foram as mais relatadas, corroborando com os estudos de Oliveira, et al.(2018) <sup>(22)</sup> de 123 pacientes encontraram 40,5% de neoplasia como etiologia da estomia. Barbosa, et al. (2013)<sup>(23)</sup> com 45 pessoas 86,6% possuíam colostomia.

Tendo em vista, que hábitos de vida como o sedentarismo podem levar à obesidade que é fator de risco para o desenvolvimento de câncer, isso se torna preocupante no grupo que apresenta como etiologia a neoplasia, não é praticante de atividade física, e possui percentual de sobrepeso e obesidade<sup>(30)</sup>.

Neste estudo foram encontrados homens e mulheres com sobrepeso e obesidade pelo IMC corroborando com a pesquisa telefônica VIGITEL, 2019<sup>(31)</sup> na qual o percentual de adultos com excesso de peso ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) em Belém era de 53,3%, 53,8% do sexo masculino e 53% feminino. Para obesidade em Belém era de 19,6%, destes 20,1% eram do sexo masculino e 19,1% do feminino.

O estudo de Moraes, et al.(2019)<sup>(32)</sup> dos 17 participantes, pelo IMC 58,8% estavam eutróficos, 23,5% sobrepeso e 11,8% obesos grau I, dados semelhantes aos encontrados neste estudo. Porém, Lima, et al. (2020)<sup>(33)</sup> difere dos achados, ao observar as mulheres (38%) apresentando percentual de eutrofia, e os homens (20%), assim como a CMB, os indivíduos apresentaram depleção grave.

Tendo em vista, que a massa muscular é importante para qualidade de vida das pessoas, determinando a força e a resistência, melhorando a autonomia e qualidade de vida. Os indivíduos apresentavam reserva de massa muscular pela CMB, fator positivo, pois demonstra que não houve perda muscular neste grupo, a qual pioraria a qualidade de vida destes. A reserva muscular pode ser devido à maioria dos indivíduos serem ativos e independentes, e mesmo não praticando atividade física não estão acamados e dependentes fisicamente para realizar suas atividades do dia a dia.

Demonstrou-se maior reserva de gordura nos homens com relação às mulheres pela PCT, e percentual de sobrepeso e obesidade para ambos pelo IMC, dado preocupante tendo em vista que o depósito de gordura pode aumentar as chances de desenvolvimento de DCNT, como as cardiovasculares a qual no Brasil é a principal causa de morte<sup>(34)</sup>, levando em consideração que os indivíduos apresentaram alta porcentagem de sedentarismo, piorando o quadro de saúde destes.

Não possuía alergia e intolerância alimentar, corroborando com o estudo de Barbosa, et al. (2013)<sup>(23)</sup>, encontraram 91,1% dentre 45 pacientes não tinham intolerância alimentar.

Os tabus alimentares mais citados pelas pessoas com estomia foram camarão e carne de porco, com os mesmos percentuais para os homens e mulheres, a explicação dada pelos

entrevistados era por serem *remosos* ou que eram “doídos” e no entendimento deles causariam prejuízo devido à estomia. Observa-se que o percentual de alergias e intolerância foi muito baixo. Sendo assim, não se justifica a retirada de alimentos específicos da alimentação, principalmente sem orientação do profissional nutricionista. Tendo em vista que o camarão está presente em pratos típicos da região como tacacá, vatapá, arroz paraense, e a carne de porco na maniçoba. Além de, serem consumidos separadamente no cotidiano de algumas pessoas.

Essa observação demonstra que pessoas com estomia, deste grupo, retiram alimentos de sua alimentação supostamente bem tolerados, apesar da baixa porcentagem de intolerâncias e alergias alimentares, devido suas crenças, cultura, ambiente social, ou seja, por medo, de afetar sua saúde ou o estoma. Estas práticas ocorrem pela falta de orientação, demonstrando a grande importância do papel do nutricionista desde o pré-operatório para guiar, esclarecer dúvidas, gerando qualidade de vida e melhorando o social deste indivíduo, o qual por vezes não consome o alimento que faz parte de datas comemorativas.

Os relatos na região amazônica dos motivos para rejeição de espécies são variados dentre eles por serem *remosos*, carregados, venenosos, por risco de enfermidade, por fazer mal à saúde, e por isso devem ser evitados em estados de doença específicos, ferimentos, cortes, no pós-operatório, também podem ser rejeitados pelo sabor, aparência, cheiro, por terem poder “sobrenatural”, causando desde dor de cabeça, tontura, inchaço, coceira até piora da situação de saúde. Camarão, peixe de couro e escama, carne de caça estão entre eles, isso demonstra que o tabu ou crença alimentar influencia diretamente na prática alimentar <sup>(35,36)</sup>.

Sendo assim, a troca de informações entre familiares, estomizados, e as crenças de cada indivíduo interferem diretamente nas escolhas alimentares, podendo ser prejudiciais para o ambiente social da pessoa com estomia, pois neste estudo mesmo não havendo correlações com o estado nutricional pela antropometria observou-se exclusão de alimentos específicos.

Demonstrando a importância do papel do profissional nutricionista, como educador, retirando mitos, auxiliando essas pessoas, para que elas possuam um cuidado em saúde, sempre respeitando sua cultura, crenças e valores, como forma de evitar o distanciamento da sociedade o qual pode ocorrer devido suas exclusões alimentares.

## CONCLUSÃO

Durante a entrevista observou-se que os indivíduos possuíam tabus alimentares, foi um fator positivo para que se entenda o grupo e isto auxilie no cuidado em saúde, pois apesar de não ter sido observada correlação significativa entre o tabu e o estado nutricional, pode-se

conhecer os tipos de tabus, os mais mencionados foram o camarão e a carne de porco, este foi um fator negativo, pois além de estarem presentes no cotidiano também fazem parte de comidas típicas da região, as quais normalmente são consumidas durante datas comemorativas, isso pode afetar a socialização das pessoas que já possuem certas barreiras sociais. Observa-se a grande importância do nutricionista como orientador, auxiliando no cuidado em saúde e diminuindo os medos da pessoa sempre respeitando sua cultura e crenças. Os indivíduos estavam eutróficos na sua maioria, porém também foram encontrados sobrepeso e obesidade além de sedentarismo, podendo aumentar as chances do desenvolvimento de DCNT.

### **AGRADECIMENTOS**

Unidade de referência especializada (URES)- Presidente Vargas, por permitir a utilização do ambiente para coleta de dados; Universidade Federal do Pará (UFPA), Faculdade de Nutrição (FANUT), Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Pró-reitoria de extensão (PROEX) pela vinculação e financiamento do projeto “Perfil Clínico Nutricional de pessoas com estomia no contexto amazônico”.

### **RECONHECIMENTOS**

Alyne França da Silva e Jéssica Thuanny Teixeira Barreto pela ajuda na coleta de dados durante o projeto.

### **Contribuição dos autores**

AMARAL MPC: Coleta de dados, contextualização, análise e escrita do artigo. COSTAVVL: Coleta de dados, contextualização, análise formal e escrita do artigo. CUNHA RR: Elaboração e análise do projeto de pesquisa. ARAUJO MS: Elaboração e análise do projeto de pesquisa. BARROS KS: Coleta de dados, elaboração e análise do projeto de pesquisa, orientação nutricional. QUEIROZ ST: Coleta de dados.

### **Orcid**

Máyra Patrícia do Carmo Amaral: 0000-0001-6794-3781.

Vanessa Vieira Lourenço Costa: 0000-0003-0102-3960.

Regina Ribeiro Cunha: 0000-0001-6401-8988.

Marília de Souza Araújo: 0000-0001-9888-7548.

Kellyne Santana Barros: 0000-0001-9440-7298.

Suzany Trindade Queiroz: -0000-0003-1586-4461.

**RESUMO- Contexto-** O incremento de doenças crônicas nos últimos anos trouxe aumento da necessidade de colocação das bolsas de estomia. Mudanças ocorrem na vida destes indivíduos, e a alimentação sofre impacto, através do tabu alimentar as pessoas param de consumir determinados alimentos, por medo e como tentativa de prevenção das situações constrangedoras. **Objetivo-**O presente trabalho buscou verificar os tabus alimentares de pessoas com estomia e estabelecer suas correlações. **Métodos-** Foram entrevistados 77 indivíduos com estomia intestinal e urinária, na Unidade de referência especializada localizada em Belém, Pará. Os dados foram coletados através do questionário sociodemográfico verificando tipo e caráter de estomia e etiologia, avaliação antropométrica (índice de massa muscular, prega cutânea tricipital e circunferência muscular do braço), além da pergunta “possui tabu/crença alimentar? Caso sim eram perguntados quais. **Resultados-** 66% dos participantes possuíam tabu alimentar, tanto homens quanto mulheres apresentaram para camarão e carne de porco, mesmo sem uma porcentagem significativa de intolerâncias e alergias, estes alimentos fazem parte de pratos culinários da região afetando assim a socialização, porém não houve correlação significativa com o estado nutricional ao se avaliar índice de massa corporal ( $p=0,13$ ), adequação da prega cutânea tricipital ( $p=0,26$ ) e da circunferência do braço ( $0,59$ ) e circunferência muscular do braço ( $p=0,74$ ), estes achados demonstram o quanto a crença individual e a sociedade influenciam nas escolhas alimentares das pessoas. **Conclusão-** Indivíduos com estomia fazem exclusões na sua alimentação, apesar de não terem sido encontradas correlações com o estado nutricional, este ato pode trazer prejuízos.

**DESCRITORES-** Estomia.Estado nutricional. Tabu alimentar.

## REFERÊNCIAS

<sup>1</sup>Selau CM, Limberger LB, Silva MEN, Pereira AD, de Oliveira FS, Margutti KMM. Percepção dos pacientes com estomia intestinal em relação às mudanças nutricionais e estilo de vida. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2019. 28. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0156>.

<sup>2</sup>Departamento de informática do sistema único de saúde -DATASUS. Procedimentos Hospitalares. 2021. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qiuf.def>. Acesso em: 15 abr.2020.

- <sup>3</sup>Instituto nacional de câncer. Estimativa 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/regiao/norte>. Acesso em: 21 mai 2021.
- <sup>4</sup>Ministério da saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400\\_16\\_11\\_2009.html](bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html)). Acesso em: 19 jan. 2020.
- <sup>5</sup>Silva NM, dos Santos MA, Rosado SR, Galvão CM, Sonobe HM Aspectos psicológicos de pacientes estomizados intestinais: Revisão Integrativa. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2017.25. doi: 10.1590/1518-8345.2231.2950.
- <sup>6</sup>Silva DG, Bezerra ALQ, Siqueira KM, Paranaguá TTB, Barbosa MA. Influência dos hábitos alimentares na reinserção social de um grupo de estomizados. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2010.12(1).56-62. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/5246/6590>. Acesso em: 14 abr. 2020.
- <sup>7</sup>Junior LCB, Estácio AG. Tabus alimentares em medicina: uma hipótese para fisiopatologia referente aos alimentos remosos. Revista da Associação médica brasileira. 2013. 59(3). p 213-216. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.04.001>.
- <sup>8</sup> Batista LPP, Botero JIS, de Paula EO, da Silva EV. Etnotaxonomia e tabus alimentares dos pescadores artesanais nos açudes Araras e Edson Queiroz, bacia do Rio Acaraú, Ceará, Brasil. Revista Entorno Geográfico. 2016. (2). Disponível em: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/11501/Etnotaxonomia%20e%20tabus%20alimentares.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 07 jun 2021.
- <sup>9</sup> da Silva AL. Comida de gente: preferências e tabus alimentares entre os ribeirinhos do Médio Rio Negro (Amazonas, Brasil). Revista de antropologia. 2007. 50 (1). doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-77012007000100004>.
- <sup>10</sup>Cruvinel WM, Júnior DM, Araújo JAP, Catelan TTT, de Souza AWS, da Silva NP, et al. Sistema Imunitário- Parte I: Fundamentos da imunidade inata com ênfase nos mecanismos moleculares e celulares da resposta inflamatória. Revista Brasileira de Reumatologia. 2010.50(4). Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbr/v50n4/v50n4a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n4/v50n4a08.pdf). Acesso em: 16 fev. 2021.
- <sup>11</sup>Júnior DM, Araújo JAP, Catelan TTT, de Souza AWS, Cruvinel WM, Andrade LEC, et al. Sistem Imunitário –Parte II: Fundamentos da resposta imunológica mediada por linfócitos T e B. Revista Brasileira de Reumatologia. 2010. 50 (5). Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbr/v50n5/v50n5a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n5/v50n5a08.pdf). Acesso em: 16 fev 2021.
- <sup>12</sup>Sarni ROS, Souza FIS, Cocco RR, Mallozi MC, Solé D. Micronutrientes e sistema imunológico. Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia. 2010. 33 (1). Disponível em: [sbai.org.br/revistas/Vol331/ART%201-10%20-%20Micronutrientes%20e%20sistema%20imunológico.pdf](http://sbai.org.br/revistas/Vol331/ART%201-10%20-%20Micronutrientes%20e%20sistema%20imunológico.pdf). Acesso em: 22 mai 2021.
- <sup>13</sup>Mussoi TD. Avaliação Nutricional na prática clínica, da gestação ao envelhecimento. Editora Guanabara Koogan. 1 ed., Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://cpncampus.com/biblioteca/files/original/de304b31b638a2ace10e169669a59cca.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

- <sup>14</sup> Associação brasileira de estomaterapia- SOBEST. Alimentação amazônica: guia para pessoas com estomia. Belém. 2019. Disponível em: [https://ascom.ufpa.br/links/outros/Guia\\_alimentar\\_na\\_Regiao\\_Amazonica.pdf](https://ascom.ufpa.br/links/outros/Guia_alimentar_na_Regiao_Amazonica.pdf). Acesso em: 20 out 2020.
- <sup>15</sup> Jelliffe DB, MD, FRCP, FAPHA, FRSH, FAAP. Evaluación del estado de nutrición de La comunidad. Ginebra, Organización Mundial de La Salud. 1968. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41408/9243400533\\_spa\\_part1.pdf;sequence=2](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41408/9243400533_spa_part1.pdf;sequence=2). Acesso em: 17 fev. 2021.
- <sup>16</sup> World health organization-WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. 2000. Disponível em: [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11234459/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11234459/). Acesso em: 22 mar. 2021.
- <sup>17</sup> Lebrão ML, Duarte YAO. Organização Pan-Americana de Saúde –OPAS/OMS, SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. 1ª ed. São Paulo: Athalaia Bureau, 2003.
- <sup>18</sup> Cameron N . The Measurement of Human Growth. Croom Helm. London. 1984.
- <sup>19</sup> Frisancho R. Antropometric standards for the assessments of growth and nutritional status. University of Michigan. 1990.
- <sup>20</sup> Burr ML, Phillips KM . Anthropometric norms in the elderly. British Journal of Nutrition. 1984. 51. 165-169. doi: <https://doi.org/10.1079/BJN19840020>.
- <sup>21</sup> Blackburn GL, Thornton PA. Nutritional assessment of the hospitalized patient. Medical Clinics of North America. 1979. 63(5):11103-15. doi: [https://doi.org/10.1016/S0025-7125\(16\)31663-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7125(16)31663-7).
- <sup>22</sup> de Oliveira IV, Silva MC, Silva EL, Freitas VF, Rodrigues FR, Caldeira LM. Cuidado e saúde em pacientes estomizados. Revista Brasileira em promoção da Saúde. 2018. 31(2). doi: 10.5020/18061230.2018.7223.
- <sup>23</sup> Barbosa MH, Alves PIC, da Silva R, Luiz RB, Poggetto MT, Barrichelo E . Aspectos nutricionais de estomizados intestinais de um município de Minas Gerais (Brasil). Revista de enfermagem e atenção à saúde. 2013. 2(3). Disponível em: [seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/614/436](http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/614/436). Acesso em: 01 mai 2021.
- <sup>24</sup> Queiroz CG, Freitas LS, de Medeiros LP, Melo MDM, de Andrade RS, Costa IKF. Caracterização dos ileostomizados atendidos em um serviço de referência de ostomizados. Enfermería global. 2017. 16 (46). doi: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.230551>.
- <sup>25</sup> da Silva LE, Freire FHMA, Pereira RHM. Diferenciais de mortalidade por escolaridade da população adulta brasileira, em 2010. Cadernos de saúde pública. 2016. 32 (4). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00019815>.

<sup>26</sup>World health organization-WHO. Global status report on non communicable diseases. 2014. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. Acesso em: 29 abr 2021.

<sup>27</sup> Brito KQD, de Menezes TN, de Olinda RA. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. *Revista brasileira de enfermagem*. 2016. 69 (5).doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690502>. Acesso em: 20 mai 2021.

<sup>28</sup> LOPES TCR, Gravena AAF, Agnolo CMD, Brischiliari SCR, Carvalho MDB. Fatores associados à inatividade física no lazer em município do sul do Brasil. *Revista de saúde pública*.2014. 16 (1). doi:<http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n1.37376>.

<sup>29</sup>Focchesatto A, Rockett FC, Perry IDS. Risk and protective factors for the development of chronic disease in a rural elderly population in Rio Grande do Sul. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*. 2015. 18 (4). doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14150>.

<sup>30</sup>Instituto nacional do câncer-INCA. Prevenção e fatores de risco. 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/prevencao-e-fatores-de-risco>. Acesso em: 03 mai 2021.

<sup>31</sup>Ministério da saúde. VIGITEL Brasil 2019: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília.2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf> . Acesso em: 30 abr 2021.

<sup>32</sup>Moraes JT, Melo AFF, Araújo C, Faria RGS, Ferreira NR, Belo VS. Anthropometric and dietetic evaluation of people with ileostomies. *Arquivos de gastroenterologia*.2019.56 (1).doi:<https://doi.org/10.1590/S0004-2803.201900000-07>.

<sup>33</sup>de Lima LHA. et al. Perfil nutricional dos pacientes colostomizados de um hospital público no interior paulista. *Journal unoeste*. 2020.12 (2). doi: DOI: 10.5747/cv.2020.v12.n2.v300.

<sup>34</sup>Nascimento BR, Brant LCC, de oliveira MM, Malachias MVB, Reis GMA, Teixeira RA. et al. Cardiovascular disease epidemiology in portuguese-speaking countries: data from the global burden of disease,1990 to 2016. *Arquivos Brasileiros de cardiologia*.2018.110 (6). doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20180098>.

<sup>35</sup>Barboza RSL, Barboza MSL, Pezzuti JCB. Aspectos culturais da zooterapia e dieta alimentar de pescadores artesanais do litoral paraense. *Fragmentos de cultura Revista interdisciplinar de ciências humanas*.2014.24(2).Disponível em:<http://revistas.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/articloe/view/3309/1922>. Acesso em: 01 abr 2021.

<sup>36</sup>de Figueiredo RAA, Barros FB. Caçar , preparar e comer o “bicho do mato” : práticas alimentares entre os quilombolas na reserva extrativista Ipaú-anilzinho (Pará). *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas* .2016.11 (3). doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1981.81222016000300009>.

## REFERÊNCIAS

- Associação brasileira de estomaterapia-SOBEST. **Alimentação amazônica: guia para pessoas com estomia**. Belém. 2019. Disponível em: [https://ascom.ufpa.br/links/outros/Guia\\_alimentar\\_na\\_Regiao\\_Amazonica.pdf](https://ascom.ufpa.br/links/outros/Guia_alimentar_na_Regiao_Amazonica.pdf). Acesso em: 20 out 2020.
- BARBOSA, Maria *et al.* Aspectos nutricionais de estomizados intestinais de um município de minas gerais (Brasil). **Revista de enfermagem e atenção à saúde**. n.2. v.3.2013. Disponível em: [seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/614/436](http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/614/436). Acesso em: 01 mai 2021.
- BATISTA, Leidiane *et al.* Enotaxonomia e tabus alimentares dos pescadores artesanais nos açudes Araras e Edson Queiroz, bacia do Rio Acaraú, Ceará, Brasil. **Revista entorno geográfico**. n.12. 2016. Disponível em: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/11501/Enotaxonomia%20e%20tabus%20alimentares.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acesso em: 07 jun 2021.
- BLACKBURN, G. L.; THORNTON, P. A. Nutritional assessment of the hospitalized patient. **Medical Clinics of North America**. n. 63. v. 5. p 11103-15. 1979. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/116095/>. Acesso em: 17 fev 2021.
- BOZZETTI, Federico. Peri-operative nutritional management. **Cambridge University Press**. 2011. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/proceedings-of-the-nutrition-society/article/perioperative-nutritional-management/2089406CEDB5913F88BB90EC3B3BC60A>. Acesso em: 07 jun 2021.
- BRASIL. Decreto nº5. 296, de 2 de dezembro de 2004. **Presidência da República, casa civil, subchefia para assuntos jurídicos**. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm). Acesso em: 21 mai 2021.
- BURR, M.L.; PHILLIPS, K.M. Anthropometric norms in the elderly. **British Journal of nutrition**. v.51.1984. Disponível em: [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6704367/](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6704367/). Acesso em: 22 mar 2021.
- CAMERON, Noel. The Measurement of Human Growth. **Croom Helm**. London. 1984.
- CANESQUI, AM., and GARCIA, RWD., orgs. Antropologia e nutrição: um diálogo possível [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/v6rkd/pdf/canesqui-9788575413876.pdf>. Acesso em: 07 jun 2021.
- CRUVINEL, Wilson *et al.* Sistema Imunitário- Parte I: Fundamentos da imunidade inata com ênfase nos mecanismos moleculares e celulares da resposta inflamatória. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v, 50. n,4. p 434-461. 2010. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbr/v50n4/v50n4a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n4/v50n4a08.pdf). Acesso em: 16 fev. 2021.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL-DATASUS. **Procedimentos Hospitalares**. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qiuf.def>. Acesso em: 21 mai 2021.

FRISANCHO, Robert. Antropometric standards for the assessments of growth and nutritional status. **University of Michigan**. 1990.

Frisancho, Robert. New norms of upper limb fatand muscle areas for assessment of nutritional status. **The American Journal of Clinical Nutrition**. v.34: 2540-2545, 1981. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6975564/>. Acesso em : 17 fev 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER-INCA. **Estimativa 2020**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/regiao/norte>. Acesso em: 21 mai 2021.

JELLIFFE, Derrick *et al*. Evaluación del estado de nutrición de La comunidad. **Organizacion Mundial de laSalud**. Ginebra. 1968. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41408/9243400533\\_spa\\_part1.pdf;sequence=2](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41408/9243400533_spa_part1.pdf;sequence=2). Acesso em: 17 fev 2021.

JUNIOR, Danilo *et al*. Sistem Imunitário –Parte II: Fundamentos da resposta imunológica mediada por linfócitos T e B. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 50. n.5. p 552-580. 2010. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbr/v50n5/v50n5a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n5/v50n5a08.pdf). Acesso em: 16 fev 2021.

JÚNIOR, Lacy Cardoso de Brito; ESTÁCIO, Adriana Guimarães. Tabus alimentares em medicina: uma hipótese para fisiopatologia referente aos alimentos remosos. **Revista da Associação médica brasileira**. v.59. n.3. p 213-216. 2013. Disponível em :<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n3/v59n3a03.pdf>. Acesso em: 14 abr 2020.

Lebrão, M. L.; Duarte, Y. A. O. Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS/OMS, SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. **O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. 1a ed. São Paulo: Athalaia Bureau, 2003.

LIMA, Luis *et al*. Perfil nutricional dos pacientes colostomizados de um hospital público do interior paulista. **Journalunoeste**. v.12. n.2. p 87-90.2020. Disponível em: [journal.unoeste.br/index.php/cv/article/view/3427/3063](http://journal.unoeste.br/index.php/cv/article/view/3427/3063). Acesso em: 16 fev 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009**. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400\\_16\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html). Acesso em: 19 jan 2020.

MUSSOI, T. D. Avaliação Nutricional na prática clínica, da gestação ao envelhecimento. **Editora Guanabara Koogan**. 1 ed., Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://cpncampus.com/biblioteca/files/original/de304b31b638a2ace10e169669a59cca.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

OLIVEIRA, Isabella *et al*. Cuidado e Saúde em pacientes estomizados. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v.31. n.2. p 3-7. 2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/326026636\\_Cuidado\\_e\\_saude\\_em\\_pacientes\\_estomizados](https://www.researchgate.net/publication/326026636_Cuidado_e_saude_em_pacientes_estomizados). Acesso em: 13 abr 2020.

RIBEIRO, Wanderson *et al.* Perfil dos pacientes do núcleo de atenção à saúde da pessoa estomizada: na ótica sociocultural e econômica. **Revista Nursing**. v.22. 2019. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/251/pg53.pdf>. Acesso em: 14 abr 2020.

SELAU, Clarissa *et al.* Percepção dos pacientes com estomia intestinal em relação às mudanças nutricionais e estilo de vida. **Texto & Contexto Enfermagem**. v.28. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072019000100357&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100357&tlng=en). Acesso em: 19 jan. 2020.

SILVA, Andréa. Comida de gente: Preferências e tabus alimentares entre os ribeirinhos do médio Rio Negro (Amazonas, Brasil) .**Revista de Antropologia**, São Paulo . n.1. v. 50. .2007. Disponível em: [www.scielo.br/j/ra/a/Z5Z4FCrfm9wX9rL7VPtbC9H/?lang=pt](http://www.scielo.br/j/ra/a/Z5Z4FCrfm9wX9rL7VPtbC9H/?lang=pt). Acesso em: 16 fev 2021.

SILVA, Daniela *et al.* Influência dos hábitos alimentares na reinserção social de um grupo de estomizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**.n.1.v.12. p 56-62.2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/5246>. Acesso em: 14 abr 2020.

SILVA, Natália *et al.* Aspectos psicológicos de pacientes estomizados intestinais: Revisão Integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.25. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jTTPKyzjQKFtPgwHpHvJBvm/?lang=pt>. Acesso em: 13 abr 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO.**Global status report on non communicable diseases**. 2014. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. Acesso em: 29 abr 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO.**Obesity: preventing and managing the global epidemic**. 2000. Disponível em: [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11234459/](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11234459/). Acesso em: 22 mar 2021.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Prezado Sr.(a),

Você foi convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **“Perfil Clínico Nutricional de Pessoas com Estomia no Contexto Amazônico”**, que está sendo realizada por Kellyne Santana Barros, aluna de pós-graduação em nutrição clínica, através do Centro Universitário do Estado do Pará, sob orientação pela Prof<sup>ª</sup>. MSc. Vanessa Vieira Lourenço Costa.

Esta pesquisa tem como finalidade avaliar o perfil nutricional de pacientes com estomia intestinal, atendidos na Unidade de Referência Especializada – URES, localizada na Avenida Presidente Vargas, em Belém, PA

A pesquisa será realizada através de questionário estruturado para coleta de dados socioeconômico, onde terão perguntas relacionadas a identificação do paciente (nome, data de nascimento, idade), hábitos alimentares (como você se alimenta em casa), estilo de vida (se fuma, se bebe, se realiza atividade física), será medido peso, altura, circunferência da cintura, circunferência do braço, prega cutânea tricipital (mede gordura), avaliação de massa muscular e gordura através de antropometria. Será utilizado balança, do tipo plataforma, com capacidade de 150 kg e precisão de 100 g, para aferição da estatura será utilizado o estadiômetro afixado à balança, com capacidade de 1,90 metro. Os dados de peso e estatura serão necessários para o cálculo do Índice de Massa Corporal (peso em kg/estatura em m<sup>2</sup>), as circunferências serão medidas através de fita métrica inextensível, com graduação de cm e de capacidade para medir 2 metros, as pregas cutâneas serão aferidas com auxílio do adipômetro científico da marca Lange. Caso o paciente se sinta constrangido ou desconfortável com alguma pergunta ou procedimento lhe é garantida a liberdade da retirada do seu consentimento a qualquer momento podendo deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e para diminuir os riscos, os procedimentos seguirão normas de biossegurança, realizadas para proporcionar o mínimo desconforto aos participantes e não acarretar danos à sua integridade física. Você terá a liberdade de recusar-se ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem sua penalização.

Informamos que o (a) Senhor (a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo.

Ressaltamos que o benefício do estudo é trazer novos conhecimentos científicos para propor ferramentas de educação e orientação nutricional direcionado para pessoas com estomia na região amazônica, o que favorecerá o aperfeiçoamento técnico-científico para os pesquisadores, além de contribuir para melhorar a sua saúde e seu bem-estar.

Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa que, depois de finalizada, terá seus resultados veiculados no meio acadêmico e científico. O formulário a ser respondido em nenhuma hipótese será divulgado dados que permitam a sua identificação. Os dados serão analisados em conjunto, guardando assim o absoluto sigilo das informações pessoais.

Kellyne Santana Barros –  
Nutricionista CRN/7 8229/  
Pós-graduanda em Nutrição  
Clínica - CESUPA Contato  
(91) 98151-9679

Profª. MSc. Vanessa Vieira Lourenço Costa  
– Nutricionista CRN/7 954 Professora  
Adjunto I da Faculdade de Nutrição –  
FANUT  
Contato (91) 981288307

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (CLE)

Eu, abaixo assinado, declaro ter lido ou ouvido o presente documento, e fui informado sobre os motivos e a importância da pesquisa, como será desenvolvida, seus riscos e benefícios, as garantias de sigilo das informações por mim fornecidas, bem como dos esclarecimentos permanentes a respeito da pesquisa e da minha participação quando requerer.

Estou ciente que esta pesquisa é coordenada por Kellyne Santana Barros, aluna de pós-graduação em nutrição clínica através do Centro Universitário do Estado do Pará, e Prof<sup>ª</sup>. MSc. Vanessa Vieira Lourenço Costa, Professora Adjunto I da Faculdade de Nutrição – FANUT, através deste documento autorizo a minha participação, sabendo que não haverá pagamento para tal.

Entendo que sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento. Concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito descrito.

Belém, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

---

Assinatura do entrevistado

## APÊNDICE B - Questionário socioeconômico e demográfico

O questionário contém dados de identificação, hábitos sociais, avaliação nutricional, avaliação física, dados bioquímicos, recordatório 24h, Questionário de Frequência Alimentar (QFA), perguntas para o paciente responder se possui algum tipo de alergias e/ou intolerância alimentar e tabus/crenças alimentares.

### 1. IDENTIFICAÇÃO

1. Nome: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário \_\_\_\_\_
2. Data Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 2.2. Idade: \_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino
3. Estado Civil:  Solteiro  Casado / União Estável  Divorciado  Viúvo
4. Endereço/Bairro: \_\_\_\_\_
5. Cidade/Estado \_\_\_\_\_
6. Grau de Escolaridade:  Sem Escolaridade  E.F.I  E.F.C  E.M.I (  
 E.M.C  E.S.I  E.S.C  Pós-graduação
7. Profissão: \_\_\_\_\_ 7.1. Atua na profissão atualmente?  Não  Sim
8. Tipo de habitação da casa:  Própria  Alugada  Cedida  Posse
9. Tipo de domicílio:  Alvenaria  Madeira  Mista  Barro  Outro: \_\_\_\_\_
10. Nº de pessoas residentes na casa:  1 a 3  4 a 6  7 a 9  10 a 12  >12
11. Tipo de transporte utilizado:  Ônibus  Taxi  Carro particular  Barco  
 Outro \_\_\_\_\_

### 2. ASPECTOS CLÍNICOS

1. Etiologia da doença:  Congênito  Doença Inflamatória Intestinal  Trauma   
 Iatrogenia  Neoplasia  Outros \_\_\_\_\_
2. Tipo de Estomia:  Cistostomia  Urostomia transileal  Nefrostomia  Colostomia  
 cólon ascendente  Colostomia de cólon transversal  Colostomia cólon  descendente  
 Colostomia sigmoide  Colostomia Úmida  Ileostomia  Outro \_\_\_\_\_
3. Data da cirurgia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
4. Caráter da estomia?  Permanente  Temporário  Indefinido

**5. Doenças associadas:** Possui alguma comorbidade? ( ) Sim ( ) Não

**5. Doenças associadas:** Possui alguma comorbidade? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? ( ) HAS ( ) DM ( ) Nefropatia ( ) Cardiopatia ( ) Obesidade

( ) Outros \_\_\_\_\_

**6. Histórico Familiar:** ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmãos ( ) Avós ( ) Não possui histórico familiar de doença.

### 3. HÁBITOS SOCIAIS

**1. Hábitos tabágicos:** Fuma? ( ) Sim ( ) Não

**2. Hábitos etílicos:** Você bebe? ( ) Sim ( ) Não . Se sim, com que frequência?

( ) Diariamente ( ) Semanalmente ( ) Mensalmente ( ) Raramente

**3. Atividade física:** Praticar atividade física? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**4. Ingesta Hídrica/dia:** ( ) <1/2L ( ) 1L ( ) 1½L ( ) 2L ( ) 3L ( ) >3

### Avaliação nutricional

#### 1 Antropometria

DADOS NUTRICIONAIS - ANTROPOMÉTRICOS/COMPOSIÇÃO CORPORAL		
Método	Valor obtido	Classificação
Peso Atual (kg)		
Peso Usual (kg)		
Altura (cm)		
IMC (kg/m <sup>2</sup> ) (adulto)		( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6
IMC (kg/m <sup>2</sup> ) (> 60 anos de idade)		( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6

<p><b>(1) Baixo peso: &lt; 18.5;</b>  <b>(2) Eutrófico - 18,5 – 24,9;</b>  <b>(3) Sobrepeso - 25 –29,9;</b>  <b>(4) Obesidade I - 30 –34,9;</b>  <b>(5) Obesidade II - 34 –39,9;</b>  <b>(6) Obesidade III - &gt;40</b></p>		
<b>CC (cm)</b>		
<b>CB (cm)</b>		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ( )6
<p><b>(1) Desnutrição grave: &lt;70;</b>  <b>(2) Desnutrição moderada: 70-80;</b>  <b>(3) Desnutrição leve: 80-90;</b>  <b>(4) Eutrófico:90-110;</b>  <b>(5) Sobrepeso:110-120;</b>  <b>(6) Obesidade:&gt;120;</b></p>		
<b>PCT</b>		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ( )6
<p><b>(1) Desnutrição grave: &lt;70;</b>  <b>(2) Desnutrição moderada: 70-80;</b>  <b>(3) Desnutrição leve: 80-90;</b>  <b>(4) Eutrófico:90-110;</b>  <b>(5) Sobrepeso:110-120;</b>  <b>(6) Obesidade:&gt;120;</b></p>		
<b>Espessura do músculo adutor do polegar</b>		Masculino: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Feminino: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<p>Sexo (1) Leve (2) Moderada (3) Grave</p> <p>Masculino &gt;11 11-7 &lt; 7</p> <p>Feminino&gt;9 9-6 &lt; 6</p>		

**6. Intolerância/ Alergia alimentar**

1. Possui intolerância alimentar?  Sim  Não . Se sim, qual?

---

2. Possui alergia alimentar?  Sim  Não . Se sim, qual?

---

**7. Tabus Alimentares**

1. Possui algum tipo de tabu/crença alimentar?  Sim  Não. Se sim, qual?

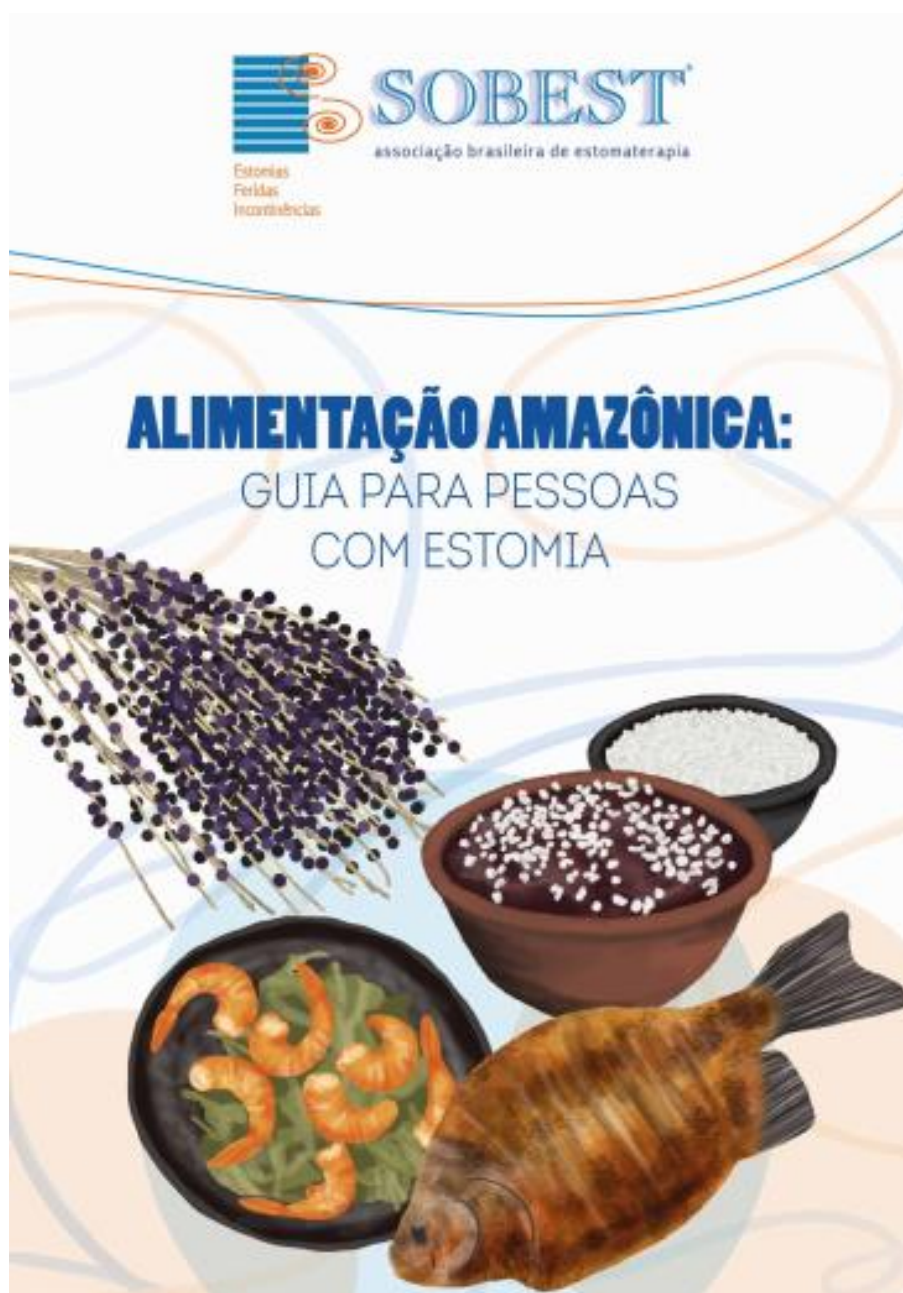
---

## APÊNDICE C – FOLDER ORIENTAÇÕES PESSOAS COM ESTOMIA

INTRODUÇÃO		
<p><b>1. ESTOMIA, O QUE É?</b></p> <p>É uma cirurgia para construção de um novo trajeto para as fezes ou urina. São chamadas de <b>Colostomia</b>, quando feitas no intestino grosso, <b>Ileostomia</b>, quando feita no intestino delgado e <b>Urostomia</b>, quando é realizada uma estomia para saída de urina.</p> <p><b>2. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL</b></p> <p>Ter uma alimentação saudável é essencial para sua saúde. Além de ser importante para o ganho de massa muscular, é importante para sua recuperação e adaptação ao novo estilo de vida.</p> <p><b>NÃO PULE AS REFEIÇÕES</b></p> <p>Coma de 5 a 6 vezes ao dia com intervalo de 3 em 3 horas! Priorize os alimentos da nossa região!</p> <p><b>MASTIGUE BEM OS ALIMENTOS</b></p>  <p>Mastigar bem os alimentos ajudará na absorção dos nutrientes e nas funções do seu intestino! Além de evitar que você coma mais do que deveria.</p>	<p><b>3. PROTEÍNAS, LÍPIDIOS, CARBOIDRATOS E FIBRAS, ONDE ENCONTRAMOS?</b></p>  <p>Os macronutrientes (proteína, lipídio, carboidratos) são essenciais para sua vida e eles podem ser encontrados em todos os alimentos e seu consumo é essencial para sua saúde e recuperação.</p> <p><b>3.1 PROTEÍNA</b></p> <p>Você pode encontrá-la nos <b>peixes, carne vermelha, camarão, caranguejo, patos, galinhas, carne de porco e qualquer tipo de ovo, leite, manteiga, iogurte, queijo</b>. Ela está presente também nas leguminosas como <b>feijão, soja e ervilha</b>.</p> <p><b>3.2 LÍPIDIOS</b></p> <p>Os lipídios, também chamados de gorduras, têm função de fornecer energia para o corpo.</p> <p>Estão presentes nos <b>óleos e gorduras como banha de porco, manteiga, gordura vegetal e alimentos ricos em Ômega 3, como a pescada amarela, bagre e mapará</b>.</p> <p><b>3.3 CARBOIDRATO</b></p> <p>Os carboidratos são as principais fontes de energia do corpo.</p> <p>Você pode encontrá-los na <b>macaxeira, na farinha de tapioca, goma de tapioca, farinha de mandioca, tucupí, arroz e macarrão</b>.</p>	<p><b>3.4 FIBRAS</b></p> <p>As fibras são as partes não digeríveis dos alimentos de origem vegetal, elas contribuem para o funcionamento adequado do intestino, ajudam no controle da glicemia e do colesterol. Podem ser encontradas em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentos integrais (<b>Pão integral, macarrão integral, arroz integral, torrada integral</b>, etc.);</li> <li>- <b>Frutas maduras</b> e de preferência com casca;</li> <li>- Vegetais (<b>jambú, couve, alface, alfafa, chicória</b>, etc.) e legumes (<b>cenoura, beterraba, abóbora, pimentão, batata</b>, etc.); Feijão, ervilha e milho.</li> </ul> <p><b>DICA:</b> Não consuma carboidratos e fibras em excesso, pois o consumo aumentado pode provocar gases, distensão abdominal e dor. Pode deixar as fezes amolecidas, principalmente se forem consumidos juntos de uma só vez.</p> <p><b>4. A IMPORTÂNCIA DA ÁGUA</b></p> <p>Mais da metade do seu corpo é composto de água e a região amazônica é muito quente! Então, você precisa se hidratar para manter a saúde do seu corpo.</p> <p><b>5. MANTENDO UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL</b></p> <p>A região amazônica é extremamente rica em frutas, por isso, você pode variar conforme sua preferência.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prefira alimentos naturais como frutas, legumes e carnes;</li> <li>• Evite comidas enlatadas e embutidas como salsicha e conservas;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prefira as frutas da época, pois são mais nutritivas, saborosas e baratas;</li> <li>• Evitar consumir carnes e ovos crus;</li> <li>• Não se esqueça de higienizar muito bem frutas, verduras e legumes antes de serem consumidos.</li> </ul> <p><b>6. DEZ DICAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL</b></p>  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prefira os alimentos naturais e variados como verduras, legumes, raízes, grãos, frutas, ovos, feijão, arroz, raízes como macaxeira, batata doce, cenoura e carnes compradas em locais limpos.</li> <li>2. Consuma pouco sal, pouco açúcar, menos óleos e gorduras.</li> <li>3. Evitar produtos enlatados e artificiais.</li> <li>4. Evitar refrigerantes, biscoitos recheados, "salgadinhos de pacote" e "macarrão instantâneo".</li> <li>5. Comer nos horários certos, não beliscar, comer devagar, na companhia de alguém, em locais tranquilos e limpos.</li> <li>6. Prefira os alimentos e as frutas típicas da região, principalmente as que estão no tempo de colheita, pois são mais baratas e saborosas.</li> <li>7. Cozinhe! Você sentirá mais prazer em comer.</li> <li>8. Planeje sua alimentação, os horários, os locais, o que vai ser preparado na semana, priorize o tempo para as suas refeições.</li> <li>9. Se comer fora de casa, prefira os lugares que oferecem os alimentos feitos na hora, locais</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. limpos e que você tenha certeza que o alimento é seguro para sua saúde.</li> <li>11. Não acredite em tudo que a mídia fala sobre alimentos, pois nem sempre os alimentos apresentados são saudáveis.</li> </ol> <p><b>REFERÊNCIA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. BARROS, K.S.; CUNHA, R.R.; LOURENÇO-COSTA, V.V. Alimentação Amazônica: Guia para Pessoas com Estomia, UFPA. SOBEST - Associação Brasileira de Estomaterapia, 2019.</li> </ol> <p>Para acesso do Manual de Alimentação intitulado "Alimentação Amazônica: Guia para Pessoas com Estomia" entre no link: <a href="http://www.sobest.org.br/arquivos/Guia_alimentar_na_Regiao_Amazonica.pdf">http://www.sobest.org.br/arquivos/Guia_alimentar_na_Regiao_Amazonica.pdf</a></p> <p>OU aproxime a câmera do seu celular no QR-code abaixo:</p> 	 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE FACULDADE DE NUTRIÇÃO - FANUT</p> <p><b>ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA PESSOAS COM ESTOMIA NA REGIÃO AMAZÔNICA</b></p> <p><b>ELABORAÇÃO</b></p> <p>Kellyne Santana Barros – Nutricionista/ FANUT/ ICS/UFPA Prof. Msc. Vanessa Vieira Lourenço Costa – Nutricionista/FANUT/ICS/UFPA Prof. Dra. Regina Ribeiro Cunha – Enfermeira/ EEMB/UEPA – FAENF/UFPA</p> <p>BELÉM- PA 2020</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## ANEXO A- ALIMENTAÇÃO AMAZÔNICA: GUIA PARA PESSOAS COM ESTOMIA



## **ANEXO B- REGRAS ARQUIVOS DE GASTROENTEROLOGIA**

### **INSTRUÇÕES AOS AUTORES**

#### **Escopo e política**

Publica contribuições originais e inéditas (de pesquisadores nacionais e estrangeiros), que sejam compatíveis com os objetivos da Revista e estejam adequadas aos padrões científicos e editoriais.

A submissão do manuscrito implica que o trabalho na íntegra ou parte(s) dele não tenha sido publicado em outra fonte ou veículo de comunicação e que não esteja sob análise em outro periódico para publicação.

São aceitos estudos de natureza original, clínicos ou cirúrgicos, técnicas, estudos de epidemiologia e artigos de revisão. Relatos de casos não são aceitos. As seções de Artigo Original são: Endoscopia, Cirurgia, Hepatologia, Motilidade Digestiva, Gastroenterologia Clínica, Cirurgia Experimental, Gastroenterologia Pediátrica, Patologia Clínica de Gastroenterologia e Nutrição.

Além disso, publica Editoriais, Carta ao Editor, Consenso, Comunicação Breve, Suplementos e E-Vídeos.

A avaliação do trabalho é feita de forma imparcial e incógnita, ou seja, omitindo aos examinadores, qualquer identificação da origem do artigo. Artigos Originais são avaliados por no mínimo dois revisores (peer review). O tempo estimado para o processo é de 90 dias a partir da submissão. A decisão sobre a aceitação para publicação é tomada pelo Conselho Editorial.

Nenhuma taxa é exigida aos autores para submissão, avaliação e publicação de artigos. A **Arquivos de Gastroenterologia** está disponível online com um acesso aberto e livre. Não é necessário solicitar ao periódico a permissão para cópia eletrônica, desde que o crédito apropriado seja dado à fonte original.

#### **Forma e preparação de manuscritos**

##### **Regras gerais**

O texto deve estar no idioma inglês.

O número de autores é limitado a seis para os Artigos Originais, e três para Comunicação Breve. Exceções podem ser feitas no caso de estudos multicêntricos.

Para Comunicação Breve, recomenda-se que não ultrapasse mais de 2500 palavras. Pode conter uma figura e uma tabela. As referências não devem exceder a 15.

Artigos de pesquisa envolvendo seres humanos devem indicar, na seção Métodos, sua expressa concordância com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes. As pesquisas com humanos devem trazer o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os estudos brasileiros devem estar de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil), que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos e, para estudos fora do Brasil, devem estar de acordo com a Declaração de Helsinque.

Estudos envolvendo animais devem explicitar o acordo com os princípios éticos internacionais (por exemplo, *Committee for Research and Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain*, publicada em PAIN, 16:109-110, 1983) e instruções nacionais (Leis 6638/79, 9605/98, Decreto 24665/34) que regulamentam pesquisas com animais e trazer o número do parecer de aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa Animal.

Para os ensaios clínicos, é obrigatória a apresentação do número do registro do ensaio clínico. A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte endereço: <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html>.

Recomenda-se uma carta de apresentação destacando a intenção de publicar no periódico **Arquivos de Gastroenterologia** e a importância desta pesquisa e publicação. Esta carta deve ser escrita no campo “Author’s Cover Letter” no cadastro on-line.

Por determinação do SciELO, a adoção do ORCID como identificador dos autores passará a ser obrigatória a partir de janeiro de 2019.

### **Formato**

O manuscrito submetido deve ser enviado em formato Microsoft Word e organizado da seguinte forma:

- 1) Título em inglês e português. Para autores estrangeiros a tradução será feita.
- 2) Nomes dos autores e suas afiliações. Não insira cargos, funções ou adjetivos.

3) Para cada autor deve ser descrita **em inglês** a sua participação no estudo. As contribuições são, por exemplo: coleta de dados, execução de pesquisa, redação de texto, análise estatística, etc.

4) Departamento e Instituição onde o trabalho foi realizado.

5) Orcid de todos os autores.

6) Declarar se há ou não conflito de interesse, subsídio ou outro apoio financeiro; os patrocinadores devem ser declarados.

7) Resumo estruturado (Contexto, Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão). O Resumo deve ser enviado tanto em inglês como em português (de 200 a 600 palavras). Abreviações, notas e referências devem ser evitados. Para autores estrangeiros a tradução será feita.

8) Descritores (de 3 a 10). Utilize sempre termos da lista Medical SubjectHeadings (MeSH) do MEDLINE. Informação disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>. A pesquisa também pode ser feita no portal Descritores em Ciências da Saúde, em “Consulta ao DeCS”, disponível em: <http://decs.bvs.br/>

9) Recomendamos a seguinte divisão dentro do artigo: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; Conclusão; Agradecimentos.

10) Todos os colaboradores que não sejam autores podem ser mencionados na seção de Agradecimentos.

11) Referências – **A Arquivos de Gastroenterologia** adota as normas Vancouver. Texto completo em: [https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

Cite as referências no texto usando algarismos arábicos na ordem de citação, entre parênteses. Para até seis autores, todos devem ser citados. Para mais de seis autores, inclua “et al.”.

12) Tabelas e Figuras devem ser citadas no texto em algarismos arábicos. De preferência, anexadas ao artigo em JPG ou PNG. Se estiverem dentro do artigo, devem vir ao fim, após as referências. Nunca devem ser colocadas no meio do texto.

13) Tabelas (em formato Microsoft Word ou Excel) – Intitula-se Tabela apenas quando há resultados numéricos. Explicações e abreviaturas devem ser colocadas em notas de rodapé da tabela.

**14) Figuras** – Nomeie como “Figura” sempre que for: questionário escrito, fotografias, gráficos e desenhos. Eles devem ser enviados em formato digital de alta resolução (2 mb). As figuras devem conter um pequeno texto sobre o assunto.

### **Envio de manuscritos**

As submissões devem ser realizadas somente através da interface ScholarOne, no portal SciELO:

<http://mc04.manuscriptcentral.com/ag-scielo>

Reiteramos que nenhuma taxa é exigida aos autores para submissão, avaliação e publicação de artigos. A **Arquivos de Gastroenterologia** está disponível online com acesso aberto e livre: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issues&pid=0004-2803&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=0004-2803&lng=pt&nrm=iso).