



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

ALYNE FRANÇA DA SILVA

**FREQUÊNCIA ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL EM PESSOAS COM
ESTOMIA**

BELÉM

2022

ALYNE FRANÇA DA SILVA

FREQUÊNCIA ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL EM PESSOAS COM ESTOMIA

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

ORIENTADOR (a)

Prof. Dr. Vanessa Vieira Lourenço Costa

BELÉM

2022

ALYNE FRANÇA DA SILVA

**FREQUÊNCIA ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL EM PESSOAS COM
ESTOMIA**

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

Conceito Final: _____

Data da Defesa: 01/02/2022

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a Vanessa Vieira Lourenço Costa
(Universidade Federal do Pará)

Daniela Lopes Gomes
(Universidade Federal do Pará)

Antônio José de Oliveira Castro
(Universidade Federal do Pará)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, em especial a minha mãe, aos meus professores e colegas de turma, os quais convivi ao longo da graduação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me permitido chegar aqui firme e forte.

À Universidade Federal do Pará pela elevada qualidade do ensino oferecido.

A minha família, especialmente aos meus pais Antônio e Dinair, por todo apoio emocional e incentivo nos momentos mais difíceis de minha vida e jornada acadêmica.

Agradeço imensamente à professora doutora Vanessa Lourenço, pela paciência, ensinamentos e, por me acolher, possibilitando a conclusão deste tão sonhado trabalho

A todos os professores que contribuíram de forma direta ou indiretamente para o aprendizado em diversos sentidos.

Aos amigos que conquistei durante a graduação, em especial a minha amiga Suzany, por todo o incentivo.

A todos que fizeram parte da minha graduação, os meus eternos agradecimentos.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo avaliar a correlação entre a frequência de consumo alimentar e o estado nutricional em pessoas com Estomia de eliminação. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 77 estomizados no período de janeiro a março de 2020, na Unidade de Referência Especializada - URE's. Para a coleta de dados foram utilizadas informações sociodemográficas, aspectos clínicos, medidas antropométricas e questionário de frequência alimentar. Como resultado, houve correlações estatísticas significativas para algumas variáveis (IMC, CB, PCT e CC) entre o estado nutricional e a frequência alimentar, caracterizando hábitos alimentares inadequados, os quais a longo prazo podem contribuir para a gênese de doenças crônicas não transmissíveis e prejudicar a saúde do estoma. Portanto, faz-se necessário que o paciente estomizado realize acompanhamento nutricional a fim de garantir sua saúde e qualidade de vida.

Palavras-chave: Estomia; Comportamento alimentar; estado nutricional.

ABSTRACT

The present work aims to evaluate the correlation between food frequency and nutritional status in people with elimination ostomy (colostomy, ileostomy, and urostomy). This is a transversal and descriptive study, with a quantitative approach, carried out with 77 stomized patients (temporary and definitive) in the period from January to March 2020, in the Specialized Reference Unit - URE's. For data collection, sociodemographic information, clinical aspects, anthropometric measurements and food frequency questionnaire were used. As a result, it was observed a high frequency of consumption of processed/ultra processed foods and a low intake of fiber, besides that there were significant statistical correlations between food frequency and some anthropometric variables, featuring inappropriate eating habits, which in the long term may contribute to the genesis of non-transmissible chronic diseases that can harm the health of the person with ostomy, such as obesity, diabetes, among others; as well as contribute to the risk of prolapse, peristomal hernia, retraction and necrosis of the stoma. Therefore, it is necessary that the ostomy patient performs nutritional monitoring periodically in order to provide information regarding a healthy diet, considering the individuality of individuals and thus ensure their health, quality of life and reduce the chances of unpleasant intestinal symptoms.

Keywords: Stoma; Eating Behavior; Nutritional Status.

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

CB= Circunferência do braço

CC= Circunferência da cintura

DCNT= Doenças crônicas não transmissíveis

IMC= Índice de massa corporal

PCT= Prega cutânea tricipital

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	2
3. OBJETIVOS	5
4 MATERIAL E MÉTODOS	5
5. ARTIGO CIENTÍFICO	11
REFERÊNCIAS (DIRETRIZ)	32
ANEXO 1- Termo de aprovação do cep	34
ANEXO 2 – Regras de submissão da revista	38
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	41
APÊNDICE B: Questionário Socioeconômico e Demográfico	43

1. INTRODUÇÃO

A pessoa com estomia é aquela que necessitou passar por um procedimento cirúrgico, no qual houve a exteriorização de um órgão. Cada segmento exposto ao meio externo recebe uma designação diferente, a exemplo das estomias de eliminação que são confeccionadas com o objetivo de excretar dejetos (Urostomia, Colostomia e Ileostomia) (MORAES, 2014).

A confecção da estomia pode ter inúmeras etiologias tais como neoplasias malignas, traumas na região abdominal, doenças inflamatórias intestinais, patologias congênitas, entre outros. Nesse sentido, a depender das especificidades e extensão da doença base, a estomia assume carácter temporário ou permanente (MARQUES *et al.*, 2018). A International Ostomy Association (IOA) (2007) estimou que no Brasil até ano de 2018, houvessem cerca de 207 mil indivíduos com estomia, considerando apenas as estomias de eliminação.

O procedimento cirúrgico traz traumas para o indivíduo. Isso ocorre, pois, além da mudança da fisiologia corporal com a nova rota de eliminação de dejetos, influencia também nas relações interpessoais, questões emocionais e no seu comportamento alimentar (TELES *et al.*, 2017).

O padrão alimentar do indivíduo com estomia tende a sofrer alterações, as quais podem refletir de forma negativa na sua saúde. Pode acontecer a exclusão de grupos alimentares por medo de alterações gastrointestinais ou adição de alimentos com alto teor calórico na rotina alimentar, o que impulsiona mudanças corporais significativas, tais como ganho ou perda de peso, originando deficiências nutricionais, surgimento de doenças crônicas ou complicações no estoma (LINDOZO, 2019; SELAU *et al.*, 2019)

Nesse cenário, considerando a importância da alimentação no manejo de sintomas gastrointestinais, na prevenção de complicações no estoma e na promoção da qualidade de vida do paciente com estomia, a análise do consumo alimentar se faz necessária, assim como a confecção de novos estudos a respeito dessa temática, principalmente na região norte, em que há escassez de trabalhos nessa vertente. Diante do exposto, o objetivo do presente estudo é avaliar a correlação entre a frequência de consumo alimentar e o estado nutricional em pessoas com Estomia.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estomias intestinais e urinárias: definição e dados epidemiológicos.

As estomias de eliminação têm como finalidade proporcionar uma alteração no trânsito normal de um órgão para que haja a excreção de dejetos orgânicos advindos da digestão alimentar e excretas do aparelho urinário para uma bolsa coletora, a qual é fixada no estoma. A depender da localização da exteriorização do órgão, a estomia pode ser denominada de formas diferentes, tais como urostomia, ileostomia e colostomia. No Brasil, estimativas revelam que haja cerca de 0,17% de adultos com estomia de eliminação, sendo 90% de estomia intestinal e 10% urinárias (VIEIRA *et al.*, 2018).

Na ileostomia, as fezes saem pela bolsa com uma consistência líquida a semilíquida. Já na colostomia a defecação é quase normal, pode variar semilíquidas ou duras com pouca ou, nenhuma perda nutricional (UOAA, 2017).

O ato cirúrgico realizado para a confecção da estomia, pode ocorrer em diferentes ciclos da vida, seja em crianças ou idosos. A necessidade de utilização de uma bolsa coletora pode ser multifatorial, tais como obstrução intestinal, doença de Crohn, traumas, neoplasias malignas (DE ALENCAR LUZ *et al.*, 2014). Sendo que, segundo dados do INCA (2019), estima-se que para cada ano do triênio 2020-2022, na região norte do Brasil o câncer de cólon e reto ocupe a quarta posição das neoplasias entre os homens (cerca de 5,27 casos para 100 mil habitantes) e o terceiro lugar entre as mulheres (6,48/100 mil indivíduos).

Ademais, o tempo de permanência com o estoma depende da etiologia da doença. Nesse sentido, pode-se classificar a estomia em temporária, a qual há possibilidade de reconstrução da via fisiológica e em caráter definitivo, no qual o paciente irá permanecer com a bolsa de forma vitalícia (FERIGOLLO, 2018).

Nesse cenário, o estomizado a partir do decreto nº 5.296/2004 é considerado deficiente físico, pois se considera "alteração, completa ou parcial, de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física". Portanto, o que insere o estomizados nesse grupo é a falta de controle esfínteriano, intestinal ou urinário. Por isso, usufruem das mesmas leis que favorecem pessoas com deficiência física, além disso, possuem acesso gratuito às bolsas coletoras fornecidos pelo SUS; detêm passe livre nos transportes públicos; atendimento prioritário; auxílio doença; aquisição de imóvel para moradia própria nos programas habitacionais do governo; entre outros (BRASIL, 2004).

Diante da complexidade de adaptação com o viver com a estomia e do cuidado com o estoma, se faz necessário que o paciente tenha acesso a um cuidado multidisciplinar

qualificado que considere no momento da assistência diversos aspectos tais como biopsicossociais, fisiopatológicos, nutricionais, psicológicos, espirituais e sociais (BRASIL, 2021).

2.2 Nutrição e estomia

Após a realização do ato cirúrgico, faz-se necessário que o estomizado seja acompanhado por um nutricionista para que esse profissional acompanhe a evolução clínica do paciente e ofereça um aconselhamento nutricional adequado e individualizado. Já que, no pós-operatório, a escolha dos alimentos e consistência adequada vai estar intimamente relacionadas com o processo de recuperação do paciente, cicatrização do estoma e funcionamento intestinal (no caso da ileostomia e colostomia) (BRASIL, 2021).

Ademais, o uso de bolsa coletora interfere em todos os âmbitos de vida tais como aspectos sociais, emocionais, imagem corporal, sexualidade e também na rotina alimentar. Além disso, o estomizado pode enfrentar problemas ao se adaptar e ao aprender como lidar com sua nova anatomia. Nesse sentido, a rotina alimentar das pessoas com estomia, a frequência de consumo de determinados alimentos, o tipo do alimento, ocasião do consumo, podem desencadear benefícios ou malefícios à saúde do estomizado (COELHO *et al.*, 2013).

Grande parte dos indivíduos, entram em restrição alimentar por medo de consumir determinados alimentos que lhe causaram certos desconfortos, tais como odor fétido nas fezes, diarreia, constipação e gases (podem causar distensão e ruídos na bolsa). Essas restrições alimentares a longo prazo podem causar deficiências nutricionais e desnutrição proteico-calórica, as quais desencadeiam estresse orgânico (ANDRADE, 2018).

Nesse cenário, de forma geral após a confecção do estoma é importante que os alimentos sejam inseridos na rotina alimentar de forma lenta e gradual para que seja possível identificação daqueles causadores de desconfortos. Somado a isso, é importante um consumo adequado de água para recuperação de perdas hídricas (BRASIL, 2021).

Posterior a isso, nas colostomias, após retomada da funcionalidade normal do sistema digestório é aconselhável o consumo de fibras, as quais devido às suas características físico-químicas ajudam na motilidade intestinal, a fim de evitar quadros de obstrução do estoma. Já na ileostomia, esse consumo deve ser feito com moderação, devido alguma possibilidade maior de obstrução no estoma, advinda do consumo desses alimentos fibrosos (CUNHA *et al.*, 2019).

No caso de uma ileostomia, devido o íleo ser uma região do intestino delgado, a qual é responsável pela absorção de nutrientes por conter a presença de enzimas digestivas, o estomizado pode apresentar má absorção de gorduras (Vitaminas lipossolúveis - Vitamina A,

D, K e E), sais biliares, ferro, Vitamina B12, água, potássio, magnésio e sódio, nesse sentido, requer-se acompanhamento nutricional contínuo para avaliação da necessidade de suplementação desses nutrientes (LINDOZO, 2019).

Ademais, se torna crucial a higienização adequada dos alimentos in natura, já que a veiculação de microrganismos é significativa. Essa prática é imprescindível, pois, sua inexistência ou execução da técnica de higienização inadequada, pode originar Doenças Transmitidas por Alimentos (DTAs), as quais são responsáveis por o desenvolvimento de sintomatologias tais como a diarreia e vômitos, sendo prejudiciais para o estoma, saúde intestinal e podem ocasionar odores fétidos na bolsa coletora (BARROS, 2014).

Além disso, deve-se ter atenção para o consumo exacerbado de alimentos ricos em açúcar, pois, causam obstrução e estão relacionados com a diminuição na motilidade intestinal. Em relação às necessidades de micronutrientes, utiliza-se as mesmas recomendações estabelecidas para indivíduos saudáveis pelas *Dietary reference intakes* (DRIs) (LINDOZO, 2019).

Em outra vertente, um padrão alimentar com o consumo de alimentos ultraprocessados pode desencadear o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como o sobrepeso e obesidade. O excesso de peso é um fator prejudicial para a saúde do estoma, pois, aumenta o risco de prolapso, hérnia periestomal, retração e necrose do estoma (OLIVEIRA, 2014).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a correlação entre a frequência de consumo alimentar e o estado nutricional em pessoas com Estomia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra em relação a condições sociodemográficas e estilo de vida;
- Caracterizar o estado nutricional em pessoas com Estomia;
- Identificar a correlação dos hábitos alimentares no estado nutricional de pessoas com Estomia;
- Analisar a prevalência de grupos alimentares na alimentação de estomizados.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Caracterização do estudo

O presente trabalho faz parte do projeto de extensão intitulado: Perfil clínico nutricional de pessoas com estomia no contexto amazônico, trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa.

4.2 Local da pesquisa

As informações contidas no estudo foram coletadas na Unidade de Referência Especializada - URE's Presidente Vargas, localizada na cidade de Belém-PA, a qual é especializada em atendimentos a pessoas com Estomia no estado.

A URE's Presidente Vargas é vinculada a Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA), a qual foi criada pela Lei Estadual Nº 400, de 30 de agosto de 1951 e, é o órgão administrante do Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado do Pará (BRASIL, 2021).

4.3 Critérios de inclusão

Pacientes atendidos na Unidade de Referência Especializada, ser portador de estomia intestinal, maiores de 18 anos, em condições que possibilitam a avaliação antropométrica e que aceitaram participar do estudo.

4.4 Critérios de exclusão

Crianças com estomia intestinal e pessoas que se recusaram a assinar o termo de consentimento Livre esclarecido.

4.5 Riscos

A presente pesquisa oferece como riscos, o desconforto ao paciente durante o preenchimento do formulário de pesquisa e aferição de medidas antropométricas.

4.6 Benefícios

Como benefícios, o indivíduo recebeu orientação nutricional e foi entregue um folder contendo informações nutricionais, o que proporcionou informações importantes para a promoção de sua saúde e bem-estar. Além disso, houve contribuições para a comunidade científica, pois a partir da coleta de dados foi possível desenvolver inúmeros trabalhos acadêmicos de grande relevância.

4.7 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. Serão incluídos no estudo os adultos que aceitaram participar voluntariamente assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em Apêndice A.

4.8 Período de pesquisa

A pesquisa foi realizada no período de janeiro a março de 2020.

4.9 Público-alvo

O público alvo da pesquisa foram adultos portadores de estomias, selecionados por meio de uma amostragem aleatória, ou seja, eram convidados a participar do estudo de maneira voluntária.

4.10 Casuística

Os dados foram tabulados no software Microsoft Office *Excel* versão 2010 expressas em estatística descritiva, apresentada sob a forma de tabelas. A análise estatística foi realizada por meio do software BioEstat 5.0

Utilizou-se o teste D'Agostino-Pearson para a avaliação da normalidade dos dados. As variáveis apresentadas são assimétricas, sendo analisadas pelos testes estatísticos Qui-quadrado e teste G (Contingência). Adotou-se o nível de significância de 5% (p 0,05).

4.11 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pelos próprios executores desta pesquisa a partir da aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa (Apêndice A)

A coleta foi realizada por meio da aplicação de formulários semiestruturado com o próprio paciente, contendo informações sociodemográficas, aspectos clínicos, medidas antropométricas, questionários de consumo alimentar (recordatório 24h e questionário de frequência alimentar) e avaliação subjetiva global (incluindo as informações de história clínica e exame físico do paciente) (Apêndice B). Entretanto para tal estudo, foi utilizado apenas as informações sociodemográficas, aspectos clínicos, medidas antropométricas e questionário de frequência alimentar.

4.11.1. Dados sócio-demográficos, sociais e aspectos clínicos

A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação de um questionário estruturado, a fim de reunir informações de identificação e socioeconômicas, tais como, nome, idade, sexo, estado civil, escolaridade, tipo de habitação, profissão e transporte utilizado. Assim como para apanhar dados sobre aspectos clínicos como, etiologia da doença, tipo de estomia confeccionada, caráter da estomia e data da cirurgia.

4.11.2. Antropometria

4.12.2.1. Índice de Massa Corporal (IMC)

O IMC é um parâmetro antropométrico simples e prático, o qual permite classificar os indivíduos em desnutridos, eutróficos ou com sobrepeso e obesidade, esse índice é classificado de acordo com os pontos de corte propostos pela World Health Organization (WHO, 2000), descrita na Tabela 1 é calculado a partir da fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso atual (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

Para realizar a mensuração do peso, foi utilizada uma balança calibrada da marca Welmy®, do tipo plataforma, a qual estava calibrada; esse equipamento tem a capacidade de 150 kg e precisão de 100 g. Os adultos e idosos, subiram na balança roupa leves, descalços,

sem nenhum objeto pesado que pudesse interferir no resultado, o indivíduo permaneceu no centro do equipamento, em posição ereta, com os pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo.

A altura foi mensurada a partir do estadiômetro fixado à balança, com capacidade de 190 centímetros, o indivíduo permaneceu de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com os pés unidos e descalços. Além disso, os calcanhares e região occipital em contato com o estadiômetro, em 90° conforme o plano de Frankfurt. E por último, foi solicitado que o paciente inspirasse e ao final desse movimento, foi realizada a mensuração.

As medidas antropométricas de peso e estatura foram realizadas com base nas recomendações de Jelliffe (1968).

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

Classificação	IMC (kg/m²)
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 a 39,9
Obesidade Grau III	≥40

Fonte: WHO (2000).

4.12.2.2 Circunferências

As medidas de Circunferência do Braço (CB) e Circunferência da Cintura (CC), foram medidas com fita métrica inextensível da marca, com capacidade de 2 metros e graduação de 1 milímetro. Além disso, as aferições foram realizadas com o indivíduo em posição ortostática e na porção direita do corpo (DUARTE, 2007).

A aferição da CB foi realizada após o indivíduo permanecer com o braço estendido ao longo do corpo, com a palma da mão voltada para a coxa, comprimento do braço. A fita métrica passa pelo ponto médio a medida que compreendeu entre o processo acromial da escápula (acrômio) e o olécrano da ulna. Ademais, o valor obtido foi classificado segundo os valores de referência de CB descritos por Frisancho (1990).

A CC avalia o risco cardiovascular e metabólico. A aferição acontece em plano horizontal, com ausência de roupas na região aferida para obtenção de um valor mais fidedigno. A fita inextensível passa pelo ponto médio entre a borda inferior da caixa torácica e a crista ilíaca, além disso, o resultado é comparado com as recomendações da OMS (2000), evidenciadas na Tabela 2.

Tabela 2. Classificação da Circunferência da Cintura, especificada por sexo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde

Risco de Complicações metabólicas	Circunferência da Cintura (cm)	
	Homens	Mulheres
Aumentada	≥94 cm	≥ 80 cm
Aumentada substancialmente	≥102 cm	≥ 88 cm

Fonte: WHO (2000).

4.6.2.3 Pregas Cutâneas

A dobra cutânea Tricipital (PCT), é uma técnica de aferição a qual visa mensurar o percentual de gordura presente nessa região, já que que aproximadamente metade do conteúdo corporal total de gordura localiza-se no tecido subcutâneo (MUSSOI, 2014).

Para tal, utilizou-se um adipômetro científico da marca Sanny ®, o qual foi posicionado na face posterior do braço, paralelamente ao eixo longitudinal, no ponto que compreende a metade da distância entre a borda súperolateral do acrômio e o olécrano. Foram realizadas três aferições e a partir obteve-se o valor médio, que foi comparado à tabela de percentil elaborada por Frisancho (1990) para indivíduos com idade até 65 anos ou à tabela de Burr & Phillips (1984), para idosos com idade superior.

4.12.2.4 Consumo Alimentar

A avaliação do consumo alimentar aconteceu através da aplicação de um questionário de frequência alimentar, o qual foi elaborado com base no trabalho de Ramos *et al.* (2016) (Apêndice B) e seu resultado foi agrupado de acordo com a classificação proposta pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (alimentos in natura e minimamente processados; óleos, gorduras, açúcar e sal; alimentos processados e em alimentos ultraprocessados) (BRASIL, 2014). Tal protocolo, tem como objetivo analisar os hábitos e especificidades alimentares dos indivíduos estudados.

4.12.2.5 Orientação Nutricional

Após análise da antropometria e consumo alimentar, os pacientes estomizados receberam orientação nutricional a fim de garantir hábitos alimentares saudáveis. Somado a isso, foram entregues folders, os quais sobre a alimentação saudável para pessoas com estomia na região amazônica (Apêndice C).

5. ARTIGO CIENTÍFICO

O artigo intitulado “Frequência de consumo alimentar e estado nutricional em pessoas com estomia” será submetido à revista *Arquivos de Gastroenterologia*, cujas normas de submissão estão em anexo 2.

FOOD FREQUENCY AND NUTRITIONAL STATUS IN PEOPLE WITH STOMA

Alyne França da SILVA¹; Suzany Trindade QUEIROZ¹; Vanessa Vieira Lourenço COSTA¹; Regina Ribeiro CUNHA¹; Kellyne Barros SANTANA¹

Declared conflict of interest of all authors: none

Disclosure of funding: no funding received

¹ Universidade Federal do Pará, Faculdade de Nutrição, PA, Brasil. ¹ Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem, PA, Brasil.

Corresponding author: Alyne França da Silva. Email: alyne.silva@ics.ufpa.br

RESUMO - Contexto - As estomias são resultadas de um ato cirúrgico para exteriorização de algum órgão oco do corpo com a finalidade de eliminar dejetos. Essa nova fisiologia influencia nas relações interpessoais, imagem corporal, questões emocionais e no seu comportamento alimentar. **Objetivo** - O presente trabalho tem como finalidade avaliar a correlação entre a frequência alimentar e o estado nutricional em pessoas com Estomia de eliminação (colostomia, ileostomia e urostomia). **Métodos** - Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 77 estomizados (temporários e definitivos) no período de janeiro a março de 2020, na Unidade de Referência Especializada - URE's. Para a realização da coleta de dados foram utilizadas informações sócio-demográficas, aspectos clínicos, medidas antropométricas e questionário de frequência alimentar. **Resultados** - Como resultado, observou-se alta frequência de consumo de alimentos processados/ultraprocessados e um baixo ingesta de fibras, além disso, houve correlações estatísticas significativas entre a frequência alimentar e algumas variáveis antropométricas, caracterizando hábitos alimentares disfuncionais, os quais a longo prazo podem contribuir para a gênese de doenças crônicas transmissíveis que favorecer agravos à saúde da pessoa com estomia, tais como obesidade, diabete, entre outros; assim como facilitar para o risco de prolapso, hérnia paraestomal, retração e necrose do estoma. **Conclusão** - Portanto, faz-se necessário que o paciente estomizado realize acompanhamento nutricional de forma periódica de modo a fornecer informações em relação a uma alimentação saudável considerando a individualidades dos indivíduos e, assim, garantir sua saúde, qualidade de vida e diminuir probabilidades de sintomatologias intestinais desagradáveis.

Palavras-chave - Estomia; Comportamento alimentar; Estado Nutricional

ABSTRACT- Background- Stomys are the result of a surgical procedure to externalize some hollow organ of the body in order to eliminate waste. This new physiology influences interpersonal relationships, body image, emotional issues and their eating behavior. **Objective** - The present work aims to evaluate the correlation between food frequency and nutritional status in people with elimination ostomy (colostomy, ileostomy, and urostomy). **Methods** - This is a transversal and descriptive study, with a quantitative approach, carried out with 77 stomized patients (temporary and definitive) in the period from January to March 2020, in the Specialized

Reference Unit - URE's. For data collection, sociodemographic information, clinical aspects, anthropometric measurements and food frequency questionnaire were used. **Results** - As a result, it was observed a high frequency of consumption of processed/ultra processed foods and a low intake of fiber, besides that there were significant statistical correlations between food frequency and some anthropometric variables, characterizing dysfunctional eating habits, which in the long term may contribute to the genesis of non-transmissible chronic diseases that can harm the health of the person with ostomy, such as obesity, diabetes, among others; as well as contribute to the risk of prolapse, peristomal hernia, retraction and necrosis of the stoma. - Therefore, it is necessary that the ostomy patient performs nutritional monitoring periodically in order to provide information regarding a healthy diet, considering the individuality of individuals and thus ensure their health, quality of life and reduce the chances of unpleasant intestinal symptoms.

Keywords: Stoma; Eating Behavior; Nutritional Status

INTRODUÇÃO

O processo cirúrgico com a exteriorização de algum órgão oco é definido como estoma, o qual tem como finalidade uma via alternativa para eliminação de dejetos. Conforme o segmento em que for confeccionado a ostomia e sua finalidade, há uma designação específica, no caso de eliminação urinária são denominadas urostomias e as ostomias intestinais são segregadas em colostomias, quando o segmento afetado é o intestino grosso e, ileostomias quando realizadas em nível de intestino delgado ^(1,2).

No Brasil, estimativas revelam que haja cerca de 0,17% de adultos com estomia de eliminação, sendo 90% de estomia intestinal e 10% urinárias ⁽¹²⁾. A necessidade de se realizar a estomia pode ser advinda de uma etiologia congênita, por traumas, inflamações intestinais (destaca-se a Doença de Crohn) e neoplasias malignas. Sendo que, segundo dados do INCA (2019), estima-se que para cada ano do triênio 2020-2022, na região norte do Brasil o câncer de cólon e reto ocupe a quarta posição das neoplasias entre os homens (cerca de 5,27 casos para 100 mil habitantes) e o terceiro lugar entre as mulheres (6,48/100 mil indivíduos). Além disso, o indivíduo pode permanecer com a estomia por tempo definitivo ou temporário ^(2,3,25).

As complicações no paciente com ostomia, podem ocorrer no pós-operatório de maneira precoce ou tardia, e entre os tipos mais comuns são: estenose, abscessos, necrose, hérnia periestomal, dermatites, edema, foliculite, hemorragia, prolapso e retração. Sendo necessário orientação nutricional, com a alimentação balanceada, a fim de evitar prejuízos à saúde ⁽³⁾.

O consumo alimentar pode provocar adaptações importantes para os estomizados, de modo positivo ou negativo, devido à complexidade do procedimento cirúrgico. Nesse sentido, o trabalho interdisciplinar é indispensável ao longo desse processo, haja vista, as mudanças resultantes são significativas ⁽⁴⁾. A alimentação adequada, pode-se inferir a melhora da qualidade de vida, biologicamente e socialmente, à medida em que diminui as diarreias, constipação, dor e flatulência, além de fornecer substâncias essenciais para a manutenção da homeostase corporal como fibras, vitaminas, minerais e antioxidantes ^(5,6).

Portando, devido a importância da alimentação na diminuição de sintomas gastrointestinais e na promoção da saúde do estomizado, é necessário a confecção de novos estudos a respeito dessa temática, principalmente na região norte, em que há escassez de trabalhos nessa vertente. Diante do exposto, o objetivo do presente estudo é avaliar a correlação entre a frequência de consumo alimentar e o estado nutricional em pessoas com Estomia

METODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado no período de janeiro a março de 2020, em pessoas com estomia, de ambos os sexos, atendidos em uma unidade pública localizada na cidade de Belém-PA, a qual é referência e especializada em Estomia. Os participantes foram selecionados por meio de uma amostragem aleatória, ou seja, eram convidados a participar do estudo de maneira voluntária, e que atendesse aos critérios de inclusão, como, ser ostomizado, ter igual ou superior a 18 anos, e também aceitasse participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa através do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA) nº3.761.150 e todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de exclusão foram: menores de 18 anos, não fossem ostomizados e se negassem a participar da pesquisa. Inicialmente, foi explicado como procederia o estudo, e os objetivos para a coleta de dados, esclarecendo quaisquer dúvidas a respeito.

Eles foram submetidos a um questionário socioeconômico, e do estilo de vida. Contendo as variáveis relacionadas, sexo, idade, escolaridade, prática de atividade física, etilismo e tabagismo.

Na avaliação antropométrica foi aferido o peso, altura, circunferência do braço e cintura, IMC e PCT. O peso foi verificado com o auxílio de uma balança calibrada do tipo

plataforma, com capacidade máxima de 150 Kg, os indivíduos foram posicionados em pé, no centro da balança, com o peso corporal igualmente distribuído entre os pés, e sem sapatos. E a aferição da estatura foi realizada com a utilização do estadiômetro fixado à balança, com capacidade de 1,90 metros, e os pacientes foram posicionados em pé, descalços, com os calcanhares juntos, costas retas, e braços estendidos sobre o corpo, com a cabeça e olhos fixados à frente. A relação entre massa corporal e a estatura do indivíduo foi classificada de acordo com a Organização Mundial da Saúde ⁽⁷⁾. A fita métrica usada nas aferições era inelástica, de graduação em centímetros, capacidade de medir 2 metros e classificou-se segundo a OMS, 1995⁽⁸⁾.

A obtenção do consumo alimentar de modo quantitativo e qualitativo foi realizada por meio de um questionário de frequência alimentar (QFA), o qual foi elaborado com base nos estudos de Ramos *et al.* (2016), dividido entre os grupos alimentares ⁽⁹⁾.

Os dados foram tabulados no software Microsoft Office *Excel* versão 2010 expressas em estatística descritiva, apresentada sob a forma de tabelas. A análise estatística foi realizada por meio do software BioEstat 5.0.

Utilizou-se o teste D'Agostino-Pearson para a avaliação da normalidade dos dados. As variáveis apresentadas são assimétricas, sendo analisadas pelos testes estatísticos Qui-quadrado e teste G (Contingência). Adotou-se o nível de significância de 5% (p 0,05).

RESULTADOS

Foram avaliados 77 pacientes, sendo 53% do sexo masculino com média de idade de $48,80 \pm 16,50$ anos e 47% do sexo feminino com idade média de $52,72 \pm 16,46$ anos, sem diferença estatística (p=0,30). Dentre os fatores do estilo de vida, em ambos os sexos a maioria não bebe. E dentre aqueles que bebem, a maioria do sexo masculino relata beber semanalmente e o feminino relata raramente. Ambos os sexos não praticam atividade física. E no que diz respeito entre aqueles que fumam, a maioria é do sexo masculino (p=0,04) (Tabela 1).

Em relação aos dados antropométricos, foi possível observar que em ambos os sexos a maioria (38 %) apresentava IMC dentro do recomendado, entretanto, 23% encontravam-se com sobrepeso e 28 % com algum grau de obesidade. Em relação à CB, a maioria estava em eutrofia (58%). Em relação a CC o sexo masculino (51 %) não demonstrou risco, entretanto,

entre as mulheres (50%) foi observado risco muito aumentado. E houve diferença significativa entre os sexos ($<0,0001$) para a PCT onde a maioria dos participantes do sexo masculino foram classificados com obesidade (71%) e a maioria do sexo feminino foram classificadas como eutróficas (33%).

A tabela 2 apresenta o consumo alimentar, quando analisada a frequência do consumo por grupos alimentares, de pessoas com estomia. Observou-se que no consumo de alimentos in natura e minimamente processados, 71% dos participantes consumiam frutas diariamente, quando analisado o consumo de verduras e legumes 58% consomem diariamente, e 6% nunca consomem. Quanto aos cereais, a aveia cerca de 18% consomem diariamente, 19% semanalmente, raro e nunca 18% e 38%, respectivamente.

Quando se observou o consumo de óleos e gorduras (tabela 3), foi demonstrado que a maioria nunca consumia banha (99%) e 70% usavam diariamente o óleo de soja. Em relação ao azeite, 39% consumiam diariamente e 38% nunca. O consumo de margarina e manteiga diariamente correspondia a 40% e 32%, respectivamente.

Em relação ao consumo de alimentos processados (tabela 4), a maioria dos pacientes com estomia, 42 % nunca consumiam pastel/coxinha e 43% pizza. Já o consumo diário de bolacha, macarrão e pão era de 35%, 35 % e 32%, respectivamente. E 29% dos estomizados raramente comiam queijo, assim como 31% dificilmente ingeriam iogurte.

Para o consumo de alimentos ultraprocessados, os embutidos, enlatados e ricos em sódio, a maioria relatou nunca consumir (Tabela 5). Porém, somente o consumo de molho de tomate mostrou-se significativo. Em relação ao consumo de refrigerante e biscoitos recheados, 18% e 21% consomem semanalmente, respectivamente.

Quando se buscou a correlação entre o consumo alimentar com o estado nutricional, houve correlação estatisticamente significativa com o IMC, CB, CC e PCT.

No que diz respeito a Circunferência do braço, houve correlação com o consumo de alimentos in natura/minimamente processados. Obteve-se que a CB tende a aumentar em cerca de 0,18 cm, quando há maior ingestão de leite integral e em 0,28 cm quando há maior consumo de açaí. Inversamente a isso, quanto existe um baixo consumo de batata a CB tende a diminuir em cerca de 0,37 cm.

Há significância do consumo de óleos, gorduras, sal e açúcar com o IMC. Quanto maior o consumo de azeite o IMC médio aumenta em 0,40 kg/m² e quanto maior o consumo de banha o IMC aumenta em 7,97 kg/m².

Com relação à Circunferência da Cintura (CC), houve significância para ultraprocessados. Quanto menor o consumo de biscoito recheado a CC tende a diminuir em 0,65 cm, quanto menor o consumo de miojo a CC diminui 0,47 cm e quanto maior o consumo de molho de tomate a CC aumenta 0,50 cm.

E por fim, quanto à Prega Cutânea Tricipital (PCT) indicou nível de significância entre os alimentos processados. Quando há um baixo consumo de mingau a PCT tende a diminuir em cerca de 0,24 mm. Oposto a isso, quanto maior o consumo de pastel/coxinha a reserva de gordura identificada pela PCT tende a aumentar em 0,38 mm.

DISCUSSÃO

A rotina alimentar das pessoas com estomia, a frequência de consumo de determinados alimentos, o tipo do alimento e ocasião do consumo, podem desencadear benefícios ou malefícios à saúde do estomizado ⁽¹⁵⁾. Por isso, faz-se necessário que o estomizado seja acompanhado por um nutricionista para que esse profissional acompanhe a evolução clínica do paciente e ofereça um aconselhamento nutricional adequado e individualizado a fim de garantir o processo de recuperação do paciente, cicatrização do estoma e funcionamento intestinal ⁽¹⁸⁾.

No presente estudo, não foi encontrada diferença significativa na distribuição entre os sexos, Tais dados, divergiam aos encontrados por Jesus *et al.* (2021) ⁽¹⁰⁾ em Centro de Atenção à Saúde de Sergipe, no qual, avaliou 100 pacientes, 54% do sexo masculino e 46% do sexo feminino.

Em relação ao estilo de vida, nesta amostra encontrou-se indivíduos de ambos os sexos que relataram, em maioria, não beber e não fumar. Similarmente, em um estudo conduzido por Ribeiro *et al* (2019) ⁽¹¹⁾, no Núcleo de Atenção à Saúde da Pessoa Estomizada, localizado no município do Rio de Janeiro, com participação de 32 indivíduos, o baixo consumo de bebidas e fumo, está relacionado a uma alta preocupação do estomizado à sua sobrevivência a longo prazo, ademais apresentou dados que corroboram aos deste estudo em que, apesar de

ambos os sexos não consumirem bebida alcoólica e nem fumarem, notou-se que os quais tinham essa prática, eram homens.

Somado a isso, o estado nutricional apresentado pelos estomizados segundo o IMC e CB estava dentro dos recomendados, entretanto houve uma porcentagem significativa de estomizados com excesso de adiposidade de acordo com IMC e outras variáveis. O padrão de vida sedentário apresentado pela maioria, pode estar relacionado com o sentimento de fragilidade e limitação em relação à realização de atividades ou receio da exposição social (2,4.) Em contraponto a isso, segundo o INCA (2018) (19), o estomizado deve praticar atividade física regularmente, desde que seja orientado pelo seu médico e estomterapeuta, assim como em relação a sua atividade sexual.

Ademais, a respeito do consumo alimentar dos pacientes estomizados, não há recomendações nutricionais específicas para esta população (12). Nesse sentido, a alimentação da pessoa com estomia deve ser balanceada, seguindo as recomendações do Guia alimentar para a população brasileira, sempre preferindo o grupo alimentar caracterizado como in natura e minimamente processados (13). Assim como as orientações nutricionais expostas no guia alimentar para pessoas com estomia, o qual foca na alimentação amazônica e esclarece dúvidas sobre alimentação equilibrada preservando a identidade cultural (20).

Entretanto, após a confecção do estoma, os hábitos e preferências alimentares dos estomizados são modificados, principalmente receio de repercussões negativas, tais como gases e constipação, o que desencadeia restrições alimentares, as quais influenciam diretamente no seu estado nutricional (14).

No que tange, o consumo de alimentos in natura e minimamente processados, observou-se que apesar da maioria consumir frutas diariamente, outra parte dos indivíduos tinham consumo baixo ou raro na sua rotina alimentar dos estomizados. Esse padrão alimentar é confirmado pelos dados do VIGITEL (2020) (21), no qual estimou-se que entre os adultos, na cidade de Belém, apenas 15,2 % consumiam cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças. Ademais, os resultados do presente estudo corroboram com o estudo desenvolvido por Selau *et al* (2019) (4) com estomizados, em que o grupo alimentar mais excluído foi o das frutas, seguido pelos vegetais, hortaliças e leguminosas, esse padrão alimentar com baixo consumo diário de fibras, para os pacientes com estomia pode ocasionar desconfortos pois favorecer quadros de constipação, além de deficiências nutricionais (12).

Somado a isso, na correlação entre consumo alimentar com o estado nutricional, obteve-se que o aumento do IMC médio está interligado com o aumento na ingestão de óleos, gorduras, sal e açúcar. Essa estatística, pode estar relacionada com o alto valor calórico que esses alimentos possuem, por isso, o guia alimentar recomenda o uso desse grupo alimentar apenas como ingrediente culinário, sua ingestão excessiva está relacionada com o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, tais como a obesidade e surgimento de complicações no estoma, como o prolapso ^(13, 15). Segundo Lindozo (2019), o consumo exacerbado de alimentos ricos em açúcar causa obstrução e estão relacionados com a diminuição na motilidade intestinal ⁽⁶⁾.

Quando analisado, a circunferência do braço apresentou conexão com o consumo de leite integral e açaí, quanto maior a ingestão desses alimentos, essa variável tende a aumentar. Essa hipótese pode estar relacionada com o consumo excessivo de leite integral em pó, pois pode ocorrer uma diluição incorreta do alimento, isso faz com que sua ingestão em excesso contribua para o fornecimento de um alto percentual calórico e de gorduras saturadas. Na mesma vertente, o açaí apresenta um valor calórico elevado, além do que, em decorrência à fatores culturais e pela abundância do produto na região amazônica, o consumo de açaí é realizado em associação a alimentos com preparações fritas e o consumo de carboidratos simples, tais como farinha de mandioca, charque e peixe frito, essas combinações favorecem a elevação calórica das preparações e podem contribuir para o depósito de gordura corporal, como na região do braço ⁽²²⁾.

A circunferência da cintura, a qual é um índice antropométrico relevante para a identificação de risco cardiometabólico, se correlacionou com o consumo de biscoito recheado e macarrão instantâneo. Isso ocorre pois são alimentos ultraprocessados, amplamente distribuídos nos mercados alimentícios e são destaque por sua praticidade e baixo custo, segundo ABIMAPI ⁽¹⁶⁾, a venda de miojo, teve crescimento de 19% a mais em 2020 que em 2019. Entretanto, esses produtos apresentam composição nutricional desbalanceada, alto teor de sódio e gorduras saturadas, por isso, seu consumo em excesso deve ser evitado ^(13,17).

De acordo com Schmidt *et al.* (2017) ⁽²³⁾, a PCT apresenta-se com uma medida antropométrica que se relaciona indiretamente com a presença de reservas de gordura corporal. Nesse sentido, a alta prevalência de excesso de adiposidade nos estomizados segundo a PCT, pode estar relacionada ao alto consumo de alimentos processados tais como

pastel/coxinha, pois devido ao elevado teor lipídico, podem favorecer a reserva de gorduras; além da presença de um hiper sabor, característica advinda do seu grande teor de gorduras e aditivos, as quais são responsáveis pela significativa palatabilidade do alimento e ocasionam maior procura por este produto. Além disso, a prega cutânea tricípital obteve correlação com a ingestão de molho de tomate, pois esse produto usado de forma cotidiana pelos brasileiros, quando pode apresentar em sua formulação a presença de aditivos alimentares tais como acidulantes, sal, açúcares, gorduras, corantes, entre outros; os quais tem a finalidade de melhorar características em relação ao sabor, odor e sensoriais, por isso podem contribuir para a gênese de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ⁽²⁴⁾.

O presente estudo apresentou limitação em relação ao seu número amostral, pois o mesmo deveria ter sido maior, entretanto devido o início da pandemia ocasionada pelo coronavírus (COVID), a coleta de dados foi interrompida. Apesar da limitação, esse estudo foi importante para avaliar a frequência alimentar e identificação de hábitos alimentares inadequados na população com estomia. Nesse cenário, é necessário a realização de novos estudos sobre composição corporal e gasto energético de repouso para realização de adequações dietéticas, bem como estudos de intervenção dietética em pessoas com estomia.

CONCLUSÃO

Este estudo identificou correlações significativas entre a alta frequência de consumo alimentar de produtos processados/ultraprocessados e o estado nutricional, hábitos que segundo o guia alimentar para a população brasileira devem ser desencorajados, já que estão relacionados ao surgimento de doenças crônicas e complicações à saúde de pessoas com estomia. Em contrapartida, identificou-se a restrição no consumo de alimentos in natura/minimamente processados, os quais são fonte de vitaminas e minerais. Dessa forma, enfatiza-se a necessidade de um acompanhamento nutricional aos estomizados periodicamente, a fim de desmistificar crenças e hábitos alimentares prejudiciais à saúde e qualidade de vida.

ACKNOWLEDGMENT

Os autores agradecem à Unidade de referência especializada, Presidente Vargas (URES), pela permissão de coleta de dados.

Authors' Contributions

Data collection: SILVA AF, Queiroz ST, Cunha RR, Costa VVL, Santana KB. Text writing and theoretical framework development: SILVA AF, Queiroz ST. Results analysis and conclusion: SILVA AF. Execution and supervision of research and text: Costa VVL

Orcid:

Alyne França da Silva: 0000-0002-1230-4971

Vanessa Vieira Lourenço Costa:

Suzany Trindade Queiroz: 0000-0003-1586-4461

Regina Ribeiro Cunha:

Kellyne Barros Santana:

REFERÊNCIAS

1. Costa MR, Gomes JWF, Bezerra CCR, Silva NS, Silva DMSD, Araújo MCR, *et al.* Obesidade e Cirurgia de Reconstrução de Trânsito-Análise do tempo de Internação, Tempo Cirúrgico e Complicações. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020;3(6):17108–18.
2. Moraes JT, Melo AFF, Araújo C, Faria R das GS, Ferreira NR, Belo VS. Anthropometric and dietetic evaluation of people with ileostomies. *Arquivos de gastroenterologia*. 2019;56:34–40.
3. Andrade LB. Estado nutricional de pacientes ostomizados [Trabalho de Conclusão de Curso na Internet]. Vitória de Santo Antão: Universidade Federal De Pernambuco; 2018 [citado 13 jan 2022]. 38 p. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/29012/1/Andrade,%20Lara%20Beatriz%20Pereira%20de.pdf>
4. Selau CM, Limberger LB, Silva MEN, Pereira AD, Oliveira FS de, Margutti KM de M. PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES CON ESTOMA INTESTINAL EN RELACIÓN A LOS CAMBIOS NUTRICIONALES Y ESTILOS DE VIDA. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2019;28.
5. Saúde BM da. Alimentação cardioprotetora: manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica. MS/Hospital do Coração Brasília; 2018.
6. LINDOZO, NAS. Consumo alimentar de pacientes ostomizados [Trabalho de conclusão de curso on the Internet]. Vitória de Santo Antão: Universidade Federal de Pernambuco; 2019 [cited 2022 Jan 21]. 38 s. Available from: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/33817/1/LINDOZO%2C%20NAT%20C%20ADRIANE%20DA%20SILVA.pdf>
7. Organization WH. Obesity: preventing and managing the global epidemic. 2000.
8. Committee WE, others. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. <http://helidigicollection.org/en/d/Jh0211e/>. 1995.
9. RAMOS EMLS, SANTOS RP dos, LIMA E de JS de, ALMEIDA S dos S de, AREDE A de NF, ARAÚJO A dos R, *et al.* Métodos e ações nutricionais em quilombos. 2016.

10. de Jesus AA, de Sousa MLC, Silva JA, do Nascimento Gomes MC, de Andrade MAR, Barreto MNL, *et al.* Qualidade de vida de pacientes estomizados atendidos no Centro de Atenção à Saúde de Sergipe. *Research, Society and Development*. 2021;10(13):e99101320881–e99101320881.
11. Ribeiro WA, Andrade M, Fassarella BPA, de Melo Flach DMA, Teixeira JM, da Silva Santiago KCD, *et al.* Perfil de pacientes do núcleo de atenção à saúde da pessoa estomizada: na ótica sociocultural e econômica. *Nursing (São Paulo)*. 2019;22(251):2868–74.
12. De Oliveira AL, Boroni Moreira AP, Pereira Netto M, Goncalves Leite IC. A cross-sectional study of nutritional status, diet, and dietary restrictions among persons with an ileostomy or colostomy. *Ostomy Wound Manage*. 2018;64(5):18–29.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2021 dez 29]. 156 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2e_d.pdf
14. Coelho AR, Santos FS, Poggetto MTD. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2013;17(2):258–77.
15. Oliveira MS de. As complicações precoces e tardias e a demarcação de estoma intestinal [PhD Thesis]. [Ribeirão Preto]: Universidade de São Paulo; 2014.
16. ABIMAPI. Miojo deve impulsionar vendas do setor de massas em 2021, diz associação [Internet]. [place unknown]; 2021 Aug 10 [cited 2021 Dec 29]. Available from: <https://www.abimapi.com.br/noticias-detalle.php?i=NDY2OQ==>
17. Mallet CABS e LCPPM e CF de O e ACT. ANÁLISE DE GORDURAS E SÓDIO DE MACARRÃO INSTANTÂNEO. *Episteme Transversalis* [Internet]. 2020;11(3). Disponível em: <http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/episteme/article/view/2177>
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. [citado 2022 jan 13] 64 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_pessoa_estomia.pdf
19. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cuidados com a sua estomia intestinais urinárias: orientações ao usuário. Rio de Janeiro: INCA, 2018. 20p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-cuidados-com-a-sua-estomia.pdf>
20. CUNHA RR, RABELLO RR, LOURENÇO-COSTA VV, others. Manual de orientação à pessoa com estomia na região amazônica. 2019;

21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021[citado 2022 jan 13]. 124p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf/@@download/file/vigitel_brasil_2020.pdf
22. de Carvalho LeHalle AL, Colaço RMN, Sato STA, de Souza JNS, de Lima CLS. Caracterização físico-química de preparações contendo açaí consumidas na cidade de Belém-PA e de sua contribuição energética para o consumidor. Revista Da Associação Brasileira De Nutrição: RASBRAN. 2019;10(2):38–46.
23. Schmidt L, Soder T, Hermes Volkweis D, Benetti F. Avaliação nutricional de idosos institucionalizados de uma ILPI do interior do estado do Rio Grande do Sul. RBCEH [Internet]. 11out.2017 [citado 13jan.2022];14(1). Available from: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/6581>
24. Silva AS, Coutinho VF, Azevedo CH. Análise do teor de sódio em molhos de tomate industrializados: um alerta para hipertensão. Saber Científico [Internet]. 2015 [citado 12 jan 2022];4(1):28-33. Disponível em: <http://periodicos.saolucas.edu.br/index.php/resc/article/view/1184/1036>
25. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. 120p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>

TABELA 1. Distribuição dos aspectos sociodemográficos e comportamentais, 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 (%)
Faixa Etária				
< 20 anos	-	-		-
20 35 anos	9 (22%)	7 (19%)	^a 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%)
Situação Conjugal				
Solteiro (a)	16 (39%)	14 (39%)	^b 0,10	30 (39%)
Casado (a)/União estável	21 (51%)	12 (33%)		33 (43%)
Divorciado (a)	3 (7%)	4 (11%)		7 (9%)
Viúvio (a)	1 (2%)	6 (17%)		7 (9%)
Etilismo				
Sim	15 (37%)	6 (17%)	^a 0,08	21 (27%)
Não	26 (63%)	30 (83%)		56 (73%)
Frequência Bebe				
Não bebe	26 (63%)	30 (83%)	^b 0,11	56 (73%)
Diário	1 (2%)	-		1 (1%)
Semanal	6 (15%)	-		6 (8%)
Mensal	4 (10%)	1 (3%)		5 (6%)
Raro	4 (10%)	5 (14%)		9 (12%)
Tabagismo				
Sim	10 (24%)	2 (6%)	^b 0,04*	12 (16%)
Não	31 (76%)	34 (94%)		65 (84%)
Atividade Física				
Sim	14 (34%)	10 (28%)	^a 0,72	24 (31%)
Não	27 (66%)	26 (72%)		53 (69%)
Ingesta Hídrica/Dia				
< ½ L	3 (7%)	7 (19%)	^b 0,20	10 (13%)
1 L	5 (12%)	5 (14%)		10 (13%)
1 e ½ L	5 (12%)	6 (17%)		11 (14%)

(-) Dados numéricos igual a zero. a – Teste do Qui-quadrado; b – Teste G (Contingência). *Resultado estatisticamente significativo ($p \leq 0,05$).

TABELA 2. Distribuição da frequência alimentar de alimentos in natura/minimamente processados, total e estratificado por sexo, em indivíduos com estomia, Belém, Pará.

In natura/Minimamente processados	Diário N (%)	Semanal N (%)	Mensal N (%)	Raro N (%)	Nunca N (%)	p-valor
Açaí						
Masculino	8 (20%)	10 (24%)	6 (15%)	9 (22%)	8 (20%)	0,56
Feminino	7 (19%)	14 (39%)	6 (17%)	4 (11%)	5 (14%)	
Total	15 (19%)	24 (31%)	12 (16%)	13 (17%)	13 (17%)	
Arroz						
Masculino	32 (78%)	6 (15%)	1 (2%)	1 (2%)	1 (2%)	0,87
Feminino	30 (83%)	4 (11%)	1 (3%)	-	1 (3%)	
Total	62 (81%)	10 (13%)	2 (3%)	1 (1%)	2 (3%)	
Arroz integral						
Masculino	4 (10%)	4 (10%)	1 (2%)	2 (5%)	30 (73%)	0,77
Feminino	4 (11%)	2 (6%)	-	3 (8%)	27 (75%)	
Total	8 (10%)	6 (8%)	1 (1%)	5 (6%)	57 (74%)	
Aveia						
Masculino	6 (15%)	4 (10%)	2 (5%)	9 (22%)	20 (49%)	0,07
Feminino	8 (22%)	11 (31%)	3 (8%)	5 (14%)	9 (25%)	
Total	14 (18%)	15 (19%)	5 (6%)	14 (18%)	29 (38%)	
Batata						
Masculino	11 (27%)	20 (49%)	5 (12%)	2 (5%)	3 (7%)	0,49
Feminino	5 (14%)	23 (64%)	2 (6%)	2 (6%)	4 (11%)	
Total	16 (21%)	43 (56%)	7 (9%)	4 (5%)	7 (9%)	
Batata doce						
Masculino	2 (5%)	4 (10%)	2 (5%)	14 (34%)	19 (46%)	0,15
Feminino	5 (14%)	7 (19%)	5 (14%)	8 (22%)	11 (31%)	
Total	7 (9%)	11 (14%)	7 (9%)	22 (29%)	30 (39%)	
Café						
Masculino	38 (93%)	2 (5%)	-	1 (2%)	-	1,00
Feminino	33 (92%)	-	-	1 (3%)	2 (6%)	
Total	71 (92%)	2 (3%)	-	2 (3%)	2 (3%)	
Camarão fresco						
Masculino	-	1 (2%)	4 (10%)	6 (15%)	30 (73%)	1,00
Feminino	-	-	3 (8%)	11 (31%)	22 (61%)	
Total	-	1 (1%)	7 (9%)	17 (22%)	52 (68%)	
Carne bovina						
Masculino	11 (27%)	20 (49%)	7 (17%)	-	3 (7%)	0,16
Feminino	9 (25%)	24 (67%)	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)	
Total	20 (26%)	44 (57%)	8 (10%)	1 (1%)	4 (5%)	
Carne de búfalo						
Masculino	-	-	-	2 (5%)	39 (95%)	1,00

Feminino	-	1 (3%)	-	-	35 (97%)	
Total	-	1 (1%)	-	2 (3%)	74 (96%)	
Carne suína						
Masculino	2 (5%)	5 (12%)	4 (10%)	2 (5%)	28 (68%)	0,08
Feminino	-	1 (3%)	2 (6%)	7 (19%)	26 (72%)	
Total	2 (3%)	6 (8%)	6 (8%)	9 (12%)	54 (70%)	
Farinha						
Masculino	25 (61%)	8 (20%)	1 (2%)	2 (5%)	5 (12%)	0,78
Feminino	17 (47%)	8 (22%)	2 (6%)	2 (6%)	7 (19%)	
Total	42 (55%)	16 (21%)	3 (4%)	4 (5%)	12 (16%)	
Feijão						
Masculino	20 (49%)	16 (39%)	2 (5%)	-	3 (7%)	0,38
Feminino	22 (61%)	11 (31%)	-	1 (3%)	2 (6%)	
Total	42 (55%)	27 (35%)	2 (3%)	1 (1%)	5 (6%)	
Frango						
Masculino	13 (32%)	18 (44%)	6 (15%)	2 (5%)	2 (5%)	0,32
Feminino	20 (56%)	12 (33%)	2 (6%)	1 (3%)	1 (3%)	
Total	33 (43%)	30 (39%)	8 (10%)	3 (4%)	3 (4%)	
Frutas						
Masculino	26 (63%)	10 (24%)	2 (5%)	2 (5%)	1 (2%)	0,36
Feminino	29 (81%)	6 (17%)	1 (3%)	-	-	
Total	55 (71%)	16 (21%)	3 (4%)	2 (3%)	1 (1%)	
Leite de búfala						
Masculino	-	1 (2%)	-	-	40 (98%)	1,00
Feminino	-	-	-	1 (3%)	35 (97%)	
Total	-	1 (1%)	-	1 (1%)	75 (97%)	
Leite desnatado						
Masculino	5 (12%)	-	-	1 (2%)	35 (85%)	1,00
Feminino	12 (33%)	4 (11%)	-	1 (3%)	19 (53%)	
Total	17 (22%)	4 (5%)	-	2 (3%)	54 (70%)	
Leite integral						
Masculino	22 (54%)	5 (12%)	2 (5%)	2 (5%)	10 (24%)	0,39
Feminino	20 (56%)	4 (11%)	-	5 (14%)	7 (19%)	
Total	42 (55%)	9 (12%)	2 (3%)	7 (9%)	17 (22%)	
Macaxeira						
Masculino	-	5 (12%)	4 (10%)	20 (49%)	12 (29%)	0,49
Feminino	2 (6%)	5 (14%)	7 (19%)	17 (47%)	5 (14%)	
Total	2 (3%)	10 (13%)	11 (14%)	37 (48%)	17 (22%)	
Ovo						
Masculino	12 (29%)	16 (39%)	4 (10%)	5 (12%)	4 (10%)	0,57
Feminino	14 (39%)	15 (42%)	3 (8%)	1 (3%)	3 (8%)	

Total	26 (34%)	31 (40%)	7 (9%)	6 (8%)	7 (9%)	
Peixe fresco						
Masculino	6 (15%)	18 (44%)	11 (27%)	5 (12%)	1 (2%)	0,29
Feminino	5 (14%)	19 (53%)	4 (11%)	4 (11%)	4 (11%)	
Total	11 (14%)	37 (48%)	15 (19%)	9 (12%)	5 (6%)	
Soja						
Masculino	1 (2%)	-	2 (5%)	4 (10%)	34 (83%)	0,56
Feminino	-	1 (3%)	4 (11%)	3 (8%)	28 (78%)	
Total	1 (1%)	1 (1%)	6 (8%)	7 (9%)	62 (81%)	
Suco natural						
Masculino	19 (46%)	11 (27%)	5 (12%)	2 (5%)	4 (10%)	0,93
Feminino	18 (50%)	8 (22%)	3 (8%)	3 (8%)	4 (11%)	
Total	37 (48%)	19 (25%)	8 (10%)	5 (6%)	8 (10%)	
Verduras e legumes						
Masculino	24 (59%)	10 (24%)	3 (7%)	1 (2%)	3 (7%)	0,83
Feminino	21 (58%)	11 (31%)	2 (6%)	-	2 (6%)	
Total	45 (58%)	21 (27%)	5 (6%)	1 (1%)	5 (6%)	

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

TABELA 3. Distribuição da frequência alimentar de óleos, gorduras, sal e açúcar, total e estratificado por sexo, em indivíduos com estomia, Belém, Pará.

Óleos, gorduras, sal e açúcar	Diário	Semanal	Mensal	Raro	Nunca	p-valor
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Azeite						
Masculino	13 (32%)	6 (15%)	1 (2%)	3 (7%)	18 (44%)	0,73
Feminino	17 (47%)	5 (14%)	1 (3%)	2 (6%)	11 (31%)	
Total	30 (39%)	11 (14%)	2 (3%)	5 (6%)	29 (38%)	
Banha						
Masculino	-	-	-	1 (2%)	40 (98%)	1,00
Feminino	-	-	-	-	36 (100%)	
Total	-	-	-	1 (1%)	76 (99%)	
Manteiga						
Masculino	13 (32%)	3 (7%)	3 (7%)	8 (20%)	14 (34%)	0,89
Feminino	12 (33%)	3 (8%)	1 (3%)	9 (25%)	11 (31%)	
Total	25 (32%)	6 (8%)	4 (5%)	17 (22%)	25 (32%)	
Óleo						
Masculino	29 (71%)	4 (10%)	1 (2%)	2 (5%)	5 (12%)	0,82

Feminino	25 (69%)	6 (17%)	1 (3%)	2 (6%)	2 (6%)
Total	54 (70%)	10 (13%)	2 (3%)	4 (5%)	7 (9%)

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

TABELA 4. Distribuição da frequência alimentar de alimentos processados, total e estratificado por sexo, em indivíduos com estomia, Belém, Pará.

Processados	Diário	Semanal	Mensal	Raro	Nunca	p-valor
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Bolacha						
Masculino	17 (41%)	9 (22%)	1 (2%)	8 (20%)	6 (15%)	0,24
Feminino	10 (28%)	16 (44%)	-	4 (11%)	6 (17%)	
Total	27 (35%)	25 (32%)	1 (1%)	12 (16%)	12 (16%)	
Bolo						
Masculino	-	17 (41%)	8 (20%)	11 (27%)	5 (12%)	0,19
Feminino	1 (3%)	7 (19%)	6 (17%)	17 (47%)	5 (14%)	
Total	1 (1%)	24 (31%)	14 (18%)	28 (36%)	10 (13%)	
Camarão salgado						
Masculino	-	-	8 (20%)	6 (15%)	27 (66%)	1,00
Feminino	-	1 (3%)	3 (8%)	9 (25%)	23 (64%)	
Total	-	1 (1%)	11 (14%)	15 (19%)	50 (65%)	
Chocolate						
Masculino	1 (2%)	7 (17%)	5 (12%)	14 (34%)	14 (34%)	0,45
Feminino	-	3 (8%)	4 (11%)	10 (28%)	19 (53%)	
Total	1 (1%)	10 (13%)	9 (12%)	24 (31%)	33 (43%)	
Iogurte						
Masculino	-	4 (10%)	7 (17%)	15 (37%)	15 (37%)	0,03*
Feminino	4 (11%)	8 (22%)	2 (6%)	9 (25%)	13 (36%)	
Total	4 (5%)	12 (16%)	9 (12%)	24 (31%)	28 (36%)	
Macarrão						
Masculino	12 (29%)	16 (39%)	4 (10%)	5 (12%)	4 (10%)	0,57
Feminino	14 (39%)	15 (42%)	3 (8%)	1 (3%)	3 (8%)	
Total	26 (34%)	31 (40%)	7 (9%)	6 (8%)	7 (9%)	
Maniçoba						
Masculino	-	-	4 (10%)	14 (34%)	23 (56%)	1,00

Feminino	-	1 (3%)	1 (3%)	14 (39%)	20 (56%)	
Total	-	1 (1%)	5 (6%)	28 (36%)	43 (56%)	
Mingau						
Masculino	0 (0%)	5 (12%)	4 (10%)	20 (49%)	12 (29%)	0,20
Feminino	2 (6%)	5 (14%)	7 (19%)	17 (47%)	5 (14%)	
Total	2 (3%)	10 (13%)	11 (14%)	37 (48%)	17 (22%)	
Pão						
Masculino	10 (24%)	7 (17%)	3 (7%)	9 (22%)	12 (29%)	0,54
Feminino	15 (42%)	6 (17%)	3 (8%)	5 (14%)	7 (19%)	
Total	25 (32%)	13 (17%)	6 (8%)	14 (18%)	19 (25%)	
Pastel/Coxinha						
Masculino	5 (12%)	5 (12%)	5 (12%)	11 (27%)	15 (37%)	0,36
Feminino	1 (3%)	2 (6%)	7 (19%)	9 (25%)	17 (47%)	
Total	6 (8%)	7 (9%)	12 (16%)	20 (26%)	32 (42%)	
Pato no tucupi						
Masculino	-	-	1 (2%)	10 (24%)	30 (73%)	1,00
Feminino	-	-	-	4 (11%)	32 (89%)	
Total	-	-	1 (1%)	14 (18%)	62 (81%)	
Peixe salgado						
Masculino	-	3 (7%)	7 (17%)	7 (17%)	24 (59%)	0,23
Feminino	1 (3%)	3 (8%)	1 (3%)	5 (14%)	26 (72%)	
Total	1 (1%)	6 (8%)	8 (10%)	12 (16%)	50 (65%)	
Pizza						
Masculino	1 (2%)	1 (2%)	9 (22%)	12 (29%)	18 (44%)	0,43
Feminino	-	4 (11%)	5 (14%)	12 (33%)	15 (42%)	
Total	1 (1%)	5 (6%)	14 (18%)	24 (31%)	33 (43%)	
Queijo						
Masculino	4 (10%)	12 (29%)	5 (12%)	10 (24%)	10 (24%)	0,89
Feminino	3 (8%)	11 (31%)	4 (11%)	12 (33%)	6 (17%)	
Total	7 (9%)	23 (30%)	9 (12%)	22 (29%)	16 (21%)	
Tacacá						
Masculino	-	-	4 (10%)	9 (22%)	28 (68%)	1,00
Feminino	-	3 (8%)	-	9 (25%)	24 (67%)	

Total	-	3 (4%)	4 (5%)	18 (23%)	52 (68%)	
Vatapá						
Masculino	-	3 (7%)	6 (15%)	9 (22%)	23 (56%)	1,00
Feminino	-	3 (8%)	3 (8%)	14 (39%)	16 (44%)	
Total	-	6 (8%)	9 (12%)	23 (30%)	39 (51%)	

(-) Dados numéricos igual a zero. Teste G (contingência). * Resultado estatisticamente significante ($p \leq 0,05$).

TABELA 5. Distribuição da frequência alimentar de alimentos ultraprocessados, total e estratificado por sexo, em indivíduos com estomia, Belém, Pará.

Ultraprocessados	Diário	Semanal	Mensal	Raro	Nunca	p-valor
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Achocolatado						
Masculino	1 (2%)	5 (12%)	3 (7%)	7 (17%)	25 (61%)	0,84
Feminino	-	5 (14%)	2 (6%)	5 (14%)	24 (67%)	
Total	1 (1%)	10 (13%)	5 (6%)	12 (16%)	49 (64%)	
Batata palha						
Masculino	-	2 (5%)	-	13 (32%)	26 (63%)	1,00
Feminino	-	1 (3%)	1 (3%)	8 (22%)	26 (72%)	
Total	-	3 (4%)	1 (1%)	21 (27%)	52 (68%)	
Biscoito recheado						
Masculino	-	11 (27%)	4 (10%)	11 (27%)	15 (37%)	1,00
Feminino	-	5 (14%)	2 (6%)	5 (14%)	24 (67%)	
Total	-	16 (21%)	6 (8%)	16 (21%)	39 (51%)	
Maionese						
Masculino	-	6 (15%)	2 (5%)	12 (29%)	21 (51%)	0,38
Feminino	1 (3%)	4 (11%)	5 (14%)	6 (17%)	20 (56%)	
Total	1 (1%)	10 (13%)	7 (9%)	18 (23%)	41 (53%)	
Margarina						
Masculino	17 (41%)	5 (12%)	2 (5%)	-	17 (41%)	0,82
Feminino	14 (39%)	5 (14%)	1 (3%)	1 (3%)	15 (42%)	
Total	31 (40%)	10 (13%)	3 (4%)	1 (1%)	32 (42%)	
Miojo						
Masculino	3 (7%)	8 (20%)	2 (5%)	3 (7%)	25 (61%)	0,32

Feminino	1 (3%)	2 (6%)	2 (6%)	5 (14%)	26 (72%)	
Total	4 (5%)	10 (13%)	4 (5%)	8 (10%)	51 (66%)	
Molho tomate						
Masculino	-	2 (5%)	3 (7%)	2 (5%)	34 (83%)	0,02*
Feminino	1 (3%)	9 (25%)	6 (17%)	3 (8%)	17 (47%)	
Total	1 (1%)	11 (14%)	9 (12%)	5 (6%)	51 (66%)	
Mortadela						
Masculino	1 (2%)	5 (12%)	5 (12%)	4 (10%)	26 (63%)	0,80
Feminino	-	3 (8%)	4 (11%)	5 (14%)	24 (67%)	
Total	1 (1%)	8 (10%)	9 (12%)	9 (12%)	50 (65%)	
Presunto						
Masculino	-	5 (12%)	2 (5%)	8 (20%)	26 (63%)	0,50
Feminino	1 (3%)	3 (8%)	2 (6%)	3 (8%)	27 (75%)	
Total	1 (1%)	8 (10%)	4 (5%)	11 (14%)	53 (69%)	
Queijo ralado						
Masculino	1 (2%)	2 (5%)	1 (2%)	9 (22%)	28 (68%)	0,96
Feminino	1 (3%)	3 (8%)	1 (3%)	6 (17%)	25 (69%)	
Total	2 (3%)	5 (6%)	2 (3%)	15 (19%)	53 (69%)	
Refrigerante						
Masculino	1 (2%)	9 (22%)	8 (20%)	9 (22%)	14 (34%)	0,15
Feminino	1 (3%)	5 (14%)	3 (8%)	4 (11%)	23 (64%)	
Total	2 (3%)	14 (18%)	11 (14%)	13 (17%)	37 (48%)	
Salgadinho						
Masculino	-	6 (15%)	3 (7%)	5 (12%)	27 (66%)	0,22
Feminino	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)	3 (8%)	30 (83%)	
Total	1 (1%)	7 (9%)	4 (5%)	8 (10%)	57 (74%)	
Salsicha						
Masculino	-	5 (12%)	3 (7%)	6 (15%)	27 (66%)	1,00
Feminino	-	4 (11%)	4 (11%)	4 (11%)	24 (67%)	
Total	-	9 (12%)	7 (9%)	10 (13%)	51 (66%)	
Shoyu						
Masculino	2 (5%)	3 (7%)	3 (7%)	7 (17%)	26 (63%)	0,55
Feminino	4 (11%)	1 (3%)	4 (11%)	3 (8%)	24 (67%)	

Total	6 (8%)	4 (5%)	7 (9%)	10 (13%)	50 (65%)	
Sorvete						
Masculino	1 (2%)	6 (15%)	7 (17%)	15 (37%)	12 (29%)	0,77
Feminino	-	4 (11%)	5 (14%)	13 (36%)	14 (39%)	
Total	1 (1%)	10 (13%)	12 (16%)	28 (36%)	26 (34%)	
Suco artificial						
Masculino	1 (2%)	10 (24%)	3 (7%)	-	27 (66%)	0,08
Feminino	3 (8%)	3 (8%)	2 (6%)	3 (8%)	25 (69%)	
Total	4 (5%)	13 (17%)	5 (6%)	3 (4%)	52 (68%)	

(-) Dados numéricos igual a zero. Teste G (contingência). * Resultado estatisticamente significante ($p \leq 0,05$).

TABELA 6. Regressão linear múltipla da frequência alimentar com o estado nutricional de indivíduos com estomia, Belém, Pará.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DEPENDENTES			
	IMC	CB	CC	PCT
In natura/Minimamente processados	F=1,28 p=0,22	F=2,39 p=0,004*	F=1,38 p=0,16	F=1,03 p=0,43
Óleos, gorduras, sal e açúcar	F=3,59 p=0,01*	F=0,15 p=0,95	F=1,70 p=0,15	F=0,46 p=0,76
Processados	F=1,13 p=0,34	F=1,49 p=0,13	F=0,83 p=0,64	F=2,30 p=0,01*
Ultraprocessados	F=1,01 p=0,45	F=1,77 p=0,057	F=2,55 p=0,004*	F=1,70 p=0,06

* Resultado estatisticamente significante. Teste de Regressão Linear Múltipla ($p \leq 0,05$).

REFERÊNCIAS – Parte inicial TCC

ANDRADE, Lara Beatriz Pereira de. **Estado Nutricional de pacientes Ostomizados**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso.

BURR, Michael L.; PHILLIPS, Karin M. Anthropometric norms in the elderly. **British Journal of Nutrition**, v. 51, n. 2, p. 165-169, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Decreto n. 5.296, de 2 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm. Acesso em: 21 dez. 2021.

BRASIL. **Secretaria de Estado da Saúde do Pará**. Pará, 2021. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/a-secretaria/institucional/historico-e-lei-de-criacao/> Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Especializada em Saúde**. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia. Brasília, 2021.

COELHO, Amanda Rodrigues; SANTOS, Fernanda Silva; POGGETTO, Márcia Tasso Dal. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 258-277, 2013.

CUNHA, Regina Ribeiro et al. Manual de orientação a pessoa com estomia na região amazônica. 2019.

DE ALENCAR LUZ, Alyne Leal *et al.* Perfil de los pacientes ostomizados: revisión integrativa de la literatura. **Cultura de los cuidados**, n. 39, p. 115-123, 2014.

DUARTE, Antonio Cláudio Goulart. Avaliação nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais. In: **Avaliação nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais**. 2007. p. 607-607. INTERNATIONAL OSTOMY ASSOCIATION. Charter of ostomates rights. Ottawa: IOA Coordination Committee; 2007

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

JELLIFFE, D.B. Evaluación del estado de nutrición de la comunidad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1968. (OMS - Série de Monografias, 53). FERIGOLLO, Ariélen. Pacientes oncológicos ostomizados: o perfil clínico e nutricional. 2018.

FRISANCHO, A. Roberto. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. **The American journal of clinical nutrition**, v. 34, n. 11, p. 2540-2545, 1981.

LINDOZO, Natália Adriane da Silva. **Consumo alimentar de pacientes ostomizados**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso.

MARQUES, Antonio Dean Barbosa *et al.* Consciência corpórea de pessoas com estomia intestinal: estudo fenomenológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 391-397, 2018.

MORAES, Juliano Teixeira. Avaliação dos serviços de atenção à saúde do estomizado em Minas Gerais. 2014.

MUSSOI, T. D. Avaliação nutricional na prática clínica, da gestação ao envelhecimento. Editora Guanabara Koogan. Ed.1, p. 19-181, Rio de Janeiro, 2014.

OLIVEIRA, Marissa Silva de. **As complicações precoces e tardias e a demarcação de estoma intestinal**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2014.

RAMOS, E. M. L. S.; ALMEIDA, S. S.; ARAÚJO, A. R.; SANTOS, R. P.; AREDE, A. N. F.; LIMA, E. J. S. Métodos e ações nutricionais em quilombos. Ed. Brasil/Cabo Verde, 2016.

SELAU, Clarissa Maciel *et al.* Percepção dos pacientes com estomia intestinal em relação às mudanças nutricionais e estilo de vida. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.

VIEIRA, Samanta Aldete Martins *et al.* Estomia de eliminação intestinal: dois lados de uma mesma história. 2018.

United Ostomy Associations of America (UOAA). **Guia de nutrição para ostomizados**. Disponível em: www.ostomy.org. Acesso em 24 dez. 2021.

WHO - World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. 253 p. (WHO Obesity Technical Report Series, n. 894).

ANEXO 1- Termo de aprovação do cep



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO NUTRICIONAL DE PESSOAS COM ESTOMIA NO CONTEXTO AMAZÔNICO

Pesquisador: VANESSA VIEIRA LOURENÇO COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26607019.4.0000.5169

Instituição Proponente: Centro Universitário do Pará - CESUPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.761.150

Apresentação do Projeto:

O presente estudo pretende definir o PERFIL CLÍNICO NUTRICIONAL DE PESSOAS COM ESTOMIA NO CONTEXTO AMAZÔNICO por meio de uma abordagem quantitativa, transversal, descritiva, com pesquisa de campo, realizada na Unidade de Referência Especializada - URES (Belém, Pará), envolvendo pessoas com estomia intestinal (ileostomia e colostomia). A amostra será constituída de 100 indivíduos, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, de cores heterógenas, de distintas classes e grupos sociais, em condições de saúde que possibilitem a avaliação antropométrica e que estejam de acordo em participar do estudo. O levantamento de dados será realizado aplicando-se questionário estruturado para coleta de dados socioeconômicos, informações sociodemográficas, aspectos clínicos, hábitos sociais, além de atividade física, ingestão hídrica e comportamento alimentar. Também serão realizadas avaliações de antropometria, exame físico, análises bioquímicas e hematológicas.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto tem por objetivo primário o de "Traçar o perfil clínico nutricional de pacientes com estomia atendidos em uma Unidade de Referência Especializada localizada na região metropolitana de Belém, Pará" e por objetivos secundários "Caracterizar a população do estudo através das condições socioeconômicas e demográficas, aspectos clínicos e hábitos sociais (tabagismo e álcool)"; "Identificar o estado nutricional, através da antropometria e composição corporal";

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963

Bairro: São Brás

CEP: 66.060-232

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-9100

E-mail: cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 3.761.150

“Estabelecer correlações entre os perfis hematológicos e bioquímicos com o estado nutricional”; “Descrever o consumo alimentar da população estudada” e “Identificar os tabus alimentares da região amazônica”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as autoras, os riscos da pesquisa incluem o paciente não se sentir à vontade de continuar a pesquisa após iniciada, devido indisposição física e/ou emocional e não atingir o percentual desejado para análise estatística. Em relação à intenção do estudo, as pesquisadoras 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 a ponto de permitir a identificação dos sujeitos. Os dados serão analisados em conjunto, guardando-se, assim, o absoluto sigilo das informações pessoais.

Já os benefícios da pesquisa incluem traçar o perfil nutricional das pessoas com estomia na região amazônica, através da elaboração de um trabalho que colabore com a comunidade científica, relacionando nutrição e estomia, o qual ainda é pouco explorado. Segundo as pesquisadoras, este trabalho ajudará a equipe multiprofissional a melhor conhecer a população de pessoas com estomia e colaborar para que elas tenham uma alimentação adequada e melhoria da sua qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O local desta pesquisa que envolverá a manipulação de seres humanos, será a Unidade de Referência Especializada - URES Presidente Vargas (Belém, Pará), onde as pesquisadoras terão acesso aos participantes mediante Termo de Anuência Institucional da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA), para a realização do estudo neste locus de atendimento público. O acesso aos dados que serão coletados nas bases de dados desta URES (Setor de Atenção à Pessoa com Estomia) também está respaldado pelo Termo de Compromisso para Utilização de Dados (TCUD), sob responsabilidade da profa. orientadora, bem como, dos diretores da referida instituição de saúde.

Apesar de se tratar de uma pesquisa que envolve, entre outros aspectos, avaliação antropométrica, exame físico, análises bioquímicas e hematológicas, as autoras informam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, para diminuir riscos, esses procedimentos seguirão normas de biossegurança e cuidados para proporcionar o mínimo desconforto aos participantes e danos à sua integridade física. Segundo as pesquisadoras, com este estudo, novos conhecimentos científicos serão trazidos e comporão ferramentas de educação e orientação nutricional direcionado para pessoas com estomia na região amazônica, o que favorecerá o aperfeiçoamento

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963

Bairro: São Brás

CEP: 66.060-232

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-9100

E-mail: cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 3.761.150

técnico-científico para os envolvidos, além de contribuir para melhorar a saúde e o bem-estar destes e de outros pacientes nessa condição.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória encontram-se devidamente postados na Plataforma e/ou constam no escopo do projeto, e parecem contemplar as exigências documentais para a pesquisa em tela.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa com importância clínica e científica, sem percepção de inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ver parecer consubstanciado na pasta "Pareceres"

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1389793.pdf	28/11/2019 18:20:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PERFIL_ESTOMIA_NO_CONTEXTO_AMAZONICO.pdf	28/11/2019 18:19:44	VANESSA VIEIRA LOURENÇO COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANEXO_VII_Termo_de_anuencia_institucional.pdf	28/11/2019 18:19:16	VANESSA VIEIRA LOURENÇO COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ANEXO_VIII_terminho_de_compromisso perante a SESP.pdf	28/11/2019 18:19:04	VANESSA VIEIRA LOURENÇO COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ANEXO_VI_terminho_de_para_utilizacao_dados.pdf	28/11/2019 18:18:46	VANESSA VIEIRA LOURENÇO COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ANEXO_V_terminho_de_compromisso_dos_pesquisadores.pdf	28/11/2019 18:16:54	VANESSA VIEIRA LOURENÇO COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ANEXO_IV_terminho_de_compromisso_do_pesquisador_orientador.pdf	28/11/2019 18:16:45	VANESSA VIEIRA LOURENÇO COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ANEXO_III_declaracao_de_responsabilidade.pdf	28/11/2019 18:16:32	VANESSA VIEIRA LOURENÇO COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ANEXO_II_declaracao_de_insencao_de_onus.pdf	28/11/2019 18:16:20	VANESSA VIEIRA LOURENÇO COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ANEXO_I_carta_de_encaminhamento.pdf	28/11/2019 18:16:08	VANESSA VIEIRA LOURENÇO COSTA	Aceito

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963

Bairro: São Brás

CEP: 66.060-232

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-9100

E-mail: cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 3.761.150

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_termo_consentimento.pdf	28/11/2019 18:14:47	VANESSA VIEIRA LOURENÇO COSTA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	28/11/2019 18:13:42	VANESSA VIEIRA LOURENÇO COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 11 de Dezembro de 2019

Assinado por:

PATRICK ABDALA FONSECA GOMES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963

Bairro: São Brás

CEP: 66.060-232

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-9100

E-mail: cep@cesupa.br

ANEXO 2 – Regras de submissão da revista

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 dele não tenha sido publicado em outra fonte ou veículo de comunicação e que não esteja sob análise em outro periódico para publicação.

O objetivo da Revista é publicar estudos de natureza original, clínicos ou cirúrgicos, técnicas, e estudos de epidemiologia na área de 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, Artigos de Revisão e E-Vídeos.

Relatos de casos não são aceitos.

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.

O periódico Arquivos de Gastroenterologia apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado em "Methods".

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.

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) Palavras-chave (de 3 a 10). Utilize sempre que possível termos da lista Medical Subject Headings (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, disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>.
- 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
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: <https://www.scielo.br/j/ag/>.

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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 pela Prof^a. Dra. 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 tricípital (mede gordura), avaliação de massa muscular e gordura através de antropometria. Será utilizando 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 m²), 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.

Prof^ª. Dra. Vanessa Vieira Lourenço Costa – Nutricionista CRN/7 954

Professora Adjunto I da Faculdade de Nutrição – FANUT

Contato (91) 981288307

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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 pela Prof^ª. Dra. 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 () Táxi () Carro particular () Barco
() Outro _____

2. Aspectos Clínicos

1. Etiologia da doença: Congênito Doença Inflamatória Intestinal Trauma Iatrogenia Neoplasia Outros _____
2. Tipo de Estomia: Cistostomia Urostomiatransileal Nefrostomia Colostomia cólon ascendente Colostomia de cólon transverso 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
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:** Pratica atividade física? Sim Não. Se sim, qual? _____
6. **Ingesta Hídrica/dia:** < ½ L 1L 1 ½ L 2L 3L > 3L

Avaliação Nutricional

1. Antropometria

DADOS NUTRICIONAIS - ANTROPOMÉTRICOS/COMPOSIÇÃO CORPORAL		
Método	Valor obtido	Classificação
Peso Atual (kg)		
Peso Usual (kg)		
Altura (cm)		
IMC (kg/m ²) (adulto)		()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6
IMC (kg/m ²) (> 60 anos de idade)		()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6
(1) Baixo peso: < 18,5; (2) Eutrófico - 18,5 – 24,9; (3) Sobrepeso - 25 – 29,9; (4) Obesidade I - 30 – 34,9; (5) Obesidade II - 34 – 39,9; (6) Obesidade III - > 40		
CC (cm)		
CB (cm)		()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6
(1) Desnutrição grave: <70; (2) Desnutrição moderada: 70-80; (3) Desnutrição leve: 80-90; (4) Eutrófico: 90-110; (5) Sobrepeso: 110-120; (6) Obesidade: >120;		

PCT	()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6
<p>(1) Desnutrição grave: <70;</p> <p>(2) Desnutrição moderada: 70-80;</p> <p>(3) Desnutrição leve: 80-90;</p> <p>(4) Eutrófico: 90-110;</p> <p>(5) Sobrepeso: 110-120;</p> <p>(6) Obesidade: >120;</p>	

2. Exame Físico

DADOS NUTRICIONAIS – EXAME FÍSICO	
Método	Alteração
Gordura subcutânea	() Presente () Ausente
Massa muscular da região temporal	() Presente () Ausente
Região Clavicular	() Presente () Ausente
Edema	() Presente () Ausente
Sinais de cacifo (MI)	() Presente () Ausente
Abdome	() Presente () Ausente
Coloração da mucosa	() Presente () Ausente

4. Recordatório 24 horas

RECORDATÓRIO 24H
Nome: _____
Nº Prontuário _____

Data: __/__/__		
Hora	Alimento	Quantidade

5. Questionário de Frequência Alimentar

Com que frequência você consome os seguintes alimentos?

I. LEITE E PRODUTOS LÁCTEOS	NUNCA	RARO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
			1 a 3 x no mês	1 a 3 x semana	4 a 7 x semana
Iogurte					
Leite integral					
Leite desnatado					
Leite de búfala					
Queijo					
II. CARNES, PESCADOS E OVOS	NUNCA	RARO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
			1 a 3 x no	1 a 3 x	4 a 7 x

			mês	semana	semana
Camarão salgado					
Camarão fresco					
Carne de búfalo					
Carne bovina					
Carne suína (porco)					
Frango					
Ovo					
Peixe fresco					
Peixe salgado					
III. VERDURAS E LEGUMES	NUNCA	RARO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
			1 a 3 x no mês	1 a 3 x semana	4 a 7 x semana
IV. FRUTAS	NUNCA	RARO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
			1 a 3 x no mês	1 a 3 x semana	4 a 7 x semana
Açaí	NUNCA	RARO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
			1 a 3 x no mês	1 a 3 x semana	4 a 7 x semana
V. PÃES, CEREAIS, TUBÉRCULOS, LEGUMINOSAS	NUNCA	RARO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
			1 a 3 x no mês	1 a 3 x semana	4 a 7 x semana
Arroz					

Arroz integral					
Batata					
Bolacha					
Farinha					
Feijão					
Macarrão					
Macaxeira					
Mingau					
Pão					
Batata doce					
Aveia					
Soja					
VI. ÓLEOS E GORDURAS	NUNCA	RARO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
			1 a 3 x no mês	1 a 3 x semana	4 a 7 x semana
Azeite					
Manteiga					
Margarina					
Banha					
Óleo	NUNCA	RARO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
			1 a 3 x no mês	1 a 3 x semana	4 a 7 x semana

VII. DOCES, GULOSEIMAS	NUNCA	RARO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
			1 a 3 x no mês	1 a 3 x semana	4 a 7 x semana
Biscoito recheado					
Bolo					
Chocolate					
Pizza					
Pastel/Coxinha					
Sorvete					
VIII. BEBIDAS	NUNCA	RARO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
			1 a 3 x no mês	1 a 3 x semana	4 a 7 x semana
Achocolatado					
Café					
Refrigerante					
Sucos artificiais					
Suco natural					
IX. EMBUTIDOS. ENLATADOS, RICOS EM SÓDIO	NUNCA	RARO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
			1 a 3 x no mês	1 a 3 x semana	4 a 7 x semana
Mortadela					
Presunto					
Salsicha					

Maionese					
Shoyu					
Macarrão instantâneo (miojo)					
Molho de tomate pronto					
Batata palha					
Salgadinho de milho (esquilho)					
Queijo ralado					
X. COMIDAS REGIONAIS	NUNCA	RARO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
			1 a 3 x no mês	1 a 3 x semana	4 a 7 x semana
Tacacá					
Vatapá, Caruru					
Maniçoba					
Pato no tucupi					

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

- Prefira as frutas da época, pois são mais nutritivas, saborosas e baratas;
- Evitar consumir carnes e ovos crus;
- Não se esqueça de higienizar muito bem frutas, verduras e legumes antes de serem consumidos.

6. DEZ DICAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



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.
2. Consuma pouco sal, pouco açúcar, menos óleos e gorduras.
3. Evitar produtos enlatados e artificiais.
4. Evitar refrigerantes, biscoitos recheados, "salgadinhos de pacote" e "macarrão instantâneo".
5. Comer nos horários certos, não beliscar, comer devagar, na companhia de alguém, em locais tranquilos e limpos.
6. Prefira os alimentos e as frutas típicas da região, principalmente as que estão no tempo de colheita, pois são mais baratas e saborosas.
7. Cozinhe! Você sentirá mais prazer em comer.
8. Planeje sua alimentação, os horários, os locais, o que vai ser preparado na semana, priorize o tempo para as suas refeições.
9. Se comer fora de casa, prefira os lugares que oferecem os alimentos feitos na hora, locais

10. limpos e que você tenha certeza que o alimento é seguro para sua saúde.
11. Não acredite em tudo que a mídia fala sobre alimentos, pois nem sempre os alimentos apresentados são saudáveis.

REFERÊNCIA

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.

Para acesso do Manual de Alimentação intitulado "Alimentação Amazônica: Guia para Pessoas com Estomia" entre no link: http://www.sobest.org.br/arquivos/Guia_alimentar_na_Regiao_Amazonica.pdf

OU aproxime a câmera do seu celular no QR-code abaixo:



ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA PESSOAS COM ESTOMIA NA REGIÃO AMAZÔNICA

ELABORAÇÃO

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

BELÉM- PA
2020

INTRODUÇÃO

1. ESTOMIA, O QUE É?

É uma cirurgia para construção de um novo trajeto para as fezes ou urina. São chamadas de **Colostomia**, quando feitas no intestino grosso, **Ileostomia**, quando feita no intestino delgado e **Urostomia**, quando é realizada uma estomia para saída de urina.

2. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

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.

NÃO PULE AS REFEIÇÕES

Coma de 5 a 6 vezes ao dia com intervalo de 3 em 3 horas! Priorize os alimentos da nossa região!

MASTIGUE BEM OS ALIMENTOS



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.

3. PROTEÍNAS, LÍPIDIOS, CARBOIDRATOS E FIBRAS, ONDE ENCONTRAMOS?



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.

3.1 PROTEÍNA

Você pode encontrá-la nos **peixes, carne vermelha, camarão, caranguejo, patos, galinhas, carne de porco e qualquer tipo de ovo, leite, manteiga, iogurte, queijo**. Ela está presente também nas leguminosas como **feijão, soja e ervilha**.

3.2 LÍPIDIOS

Os lipídios, também chamados de gorduras, têm função de fornecer energia para o corpo.

Estão presentes nos **óleos e gorduras como banha de porco, manteiga, gordura vegetal e alimentos ricos em Ômega 3, como a pescada amarela, bagre e mapará**.

3.3 CARBOIDRATO

Os carboidratos são as principais fontes de energia do corpo.

Você pode encontrá-los na **macaxeira, na farinha de tapioca, goma de tapioca, farinha de mandioca, tucupi, arroz e macarrão**.

3.4 FIBRAS

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:

- Alimentos integrais (**Pão integral, macarrão integral, arroz integral, torrada integral**, etc.);
- **Frutas maduras** e de preferência com casca;
- Vegetais (**jambú, couve, alface, alfavaca, chicória**, etc.) e legumes (**cenoura, beterraba, abóbora, pimentão, batata**, etc.); Feijão, ervilha e milho.

DICA: 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.

4. A IMPORTÂNCIA DA ÁGUA

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.

5. MANTENDO UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

A região amazônica é extremamente rica em frutas, por isso, você pode variar conforme sua preferência.

- Prefira alimentos naturais como frutas, legumes e carnes;
- Evite comidas enlatadas e embutidas como salsicha e conservas;