

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

**LARA BEATRIZ PEREIRA DE ANDRADE**

**ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES OSTOMIZADOS**

Vitória de Santo Antão

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

**LARA BEATRIZ PEREIRA DE ANDRADE**

**ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES OSTOMIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição sob orientação da Professora Dra Keila Fernandes Dourado.

Vitória de Santo Antão

2018

Catálogo na Fonte  
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.  
Bibliotecária Fernanda Bernardo Ferreira, CRB4/2165

A553e Andrade, Lara Beatriz Pereira de.  
Estado Nutricional de pacientes Ostomizados / Lara Beatriz Pereira de  
Andrade. - Vitória de Santo Antão, 2018.  
38 folhas; il.

Orientadora: Keila Fernandes Dourado.  
TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado  
em Nutrição, 2018.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Estado Nutricional. 2. Ostomia. 3. Antropometria. I. Dourado, Keila  
Fernandes (Orientadora). II. Título.

613. 2 CDD (23.ed.) BIBCAV/UFPE-232/2018

LARA BEATRIZ PEREIRA DE ANDRADE

ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES OSTOMIZADOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição

Data: 19/12/2018

Banca Examinadora:

---

Emerson Rogério Costa Santiago (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Maria Izabel Siqueira de Andrade (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Maria Suzane da Silva Barbosa (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a minha avó Maria do Carmo de Andrade Santos (*In memoriam*) a quem tenho um enorme amor e orgulho por toda sua trajetória de vida. Mulher virtuosa, seu valor excede a uma pedra preciosa.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente eu agradeço a Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro bem presente na hora da angústia.

Aos meus pais por terem sonhado junto comigo, por todo incentivo, paciência, dedicação e carinho. Vocês são primordiais em minha vida.

A professora Keila Dourado, eu agradeço por toda sua disponibilidade e orientação para a realização deste trabalho. Não tenho dúvidas que escolhi a melhor orientadora.

Aos amigos com que convivi nesses espaços ao longo desses anos.

*“Ama-se mais o que se conquista com esforço. “*

*(Benjamin Disraeli)*

## RESUMO

**Introdução:** Estudos demonstram que a confecção de uma ostomia pode envolver uma inflamação crônica nos pacientes ostomizados, a qual pode estar associada a muitas condições, que interferem no prognóstico e influenciam de forma direta ou indireta o estado nutricional. **Objetivo:** Averiguar o estado nutricional dos pacientes atendidos em um ambulatório de ostomizados de um hospital público de Recife-PE. **Metodologia:** O estudo foi de corte transversal, feito com uma população com média de idade de  $54,7 \pm 15,6$  anos, sendo 52,9% do sexo masculino que utilizava ostomia de eliminação intestinal. Foi realizada avaliação antropométrica, o que incluiu peso e altura para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), circunferência do braço (CB), área muscular do braço (AMBc), circunferência muscular do braço (CMB), prega cutânea tricípital (PCT), músculo adutor do polegar (MAP) e circunferência da panturrilha (CP). **Resultados:** A amostra foi composta por 104 indivíduos ostomizados com média de idade de  $54,7 \pm 15,6$  anos, sendo 52,9% do sexo masculino. 60,6% da amostra teve o câncer colorretal como diagnóstico de base para a realização da ostomia. O tipo de ostomia mais predominante foi a colostomia (82%). Em relação à antropometria, os pacientes na sua maioria apresentavam-se eutróficos segundo os parâmetros IMC (48%), CB (53,8%), CMB (57,7), AMBc (52,9%), MAP (62,5%) e CP (66%), sendo identificado excesso de peso em relação a PCT (49%). **Conclusão:** Diante dos dados apresentados, observa-se a necessidade de melhorar a atenção quanto aos hábitos de vida em destaque ao estado nutricional dessa população. Em relação ao estado nutricional foi verificada uma prevalência de desnutrição na amostra estudada e até mesmo um índice de sobrepeso ou obesidade relacionado a alguns parâmetros nutricionais que poderá ser devido à falta de atividade física diante de ostomias intestinais de longo prazo.

**Palavras-chave:** Ostomia. Estado nutricional. Antropometria.

## ABSTRACT

**Introduction:** Studies have shown that the manufacture of an ostomy may involve chronic inflammation in ostomy patients and may be associated with many conditions, such as directly or indirectly influencing nutritional status. **Objective:** The nutritional status of patients seen in an ostomy outpatient clinic of a public hospital in the city of Recife, Brazil. **Methods:** The study was cross-sectional, done with a population with a mean age of  $54.7 \pm 15.6$  years, 52.9% of males using intestinal elimination ostomy. An anthropometric evaluation was performed, which included weight and height for the calculation of body mass index (BMI), arm circumference (CB), arm muscle area (AMBc), arm muscle circumference (CMB), triceps skin fold PCT), thumb adductor muscle (MAP) and calf circumference (CP). **Results:** The sample consisted of 104 ostomized individuals with mean age of  $54.7 \pm 15.6$  years, 52.9% of males. 60.6% of the sample had colorectal cancer as the basic diagnosis for the ostomy. The most prevalent type of ostomy was colostomy (82%). In relation to anthropometry, the patients were mostly eutrophic according to the IMC (48%), CB (53.8%), WBC (57.7), WBC (52.9%), MAP 5%) and CP (66%), being overweight in relation to PCT (49%). **Conclusion:** Considering the presented data, it is observed the need to improve the attention on the life habits in highlight to the nutritional state of this population. Regarding nutritional status, a prevalence of malnutrition was observed in the studied sample and even an index of overweight or obesity related to some nutritional parameters that could be due to lack of physical activity in the presence of long-term intestinal ostomy.

**Keywords:** Ostomy. Nutritional status. Anthropometry.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>11</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>12</b>
<b>4 HIPÓTESE.....</b>	<b>13</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
<b>5.1 Ostomias intestinais: Ileostomias E Colostomias .....</b>	<b>14</b>
<b>5.2 Nutrição e Ostomias Intestinais.....</b>	<b>15</b>
<b>5.3 Estado Nutricional de Pacientes Ostomizados .....</b>	<b>17</b>
<b>6 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>19</b>
<b>6.1 Tipo de estudo e casuística .....</b>	<b>19</b>
<b>6.2 Local de estudo.....</b>	<b>19</b>
<b>6.3 Amostra.....</b>	<b>19</b>
<b>6.4 Avaliação do risco nutricional .....</b>	<b>20</b>
<b>6.5 Avaliações socioeconômicas e estilo de vida .....</b>	<b>20</b>
<b>6.6 Avaliações antropométricas .....</b>	<b>21</b>
<b>6.7 Análises estatísticas.....</b>	<b>22</b>
<b>7 RESULTADOS .....</b>	<b>23</b>
<b>8 DISCUSSÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>9 CONCLUSÕES.....</b>	<b>30</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E</b>	
<b>ESCLARECIDO.....</b>	<b>34</b>
<b>APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA.....</b>	<b>35</b>
<b>APÊNDICE C - DADOS ANTROPOMÉTRICOS.....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXO A- AVALIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA.....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO B- AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL.....</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A palavra estoma deriva do grego, que significa uma abertura de qualquer víscera oca através do corpo, em situações diversas, recebendo denominações específicas, de acordo com o segmento a ser exteriorizado. O estoma, por meio de ato cirúrgico permite as eliminações de dejetos, secreções, fezes e/ou urina. Considerada um procedimento simples, as ostomias digestivas são realizadas em alças intestinais, priorizando as de adequada mobilidade e comprimento para a exteriorização na parede abdominal (NASCIMENTO, 2011).

Quando a parte exteriorizada é o cólon, denomina-se colostomia, se for o íleo, ileostomia. Então, a eliminação das fezes passa a ser feita por essa abertura, onde a alça do cólon ou íleo é exteriorizada. Desta forma, não há mecanismos de continência que regulem o fluxo das fezes a qual passa de modo contínuo e frequente. Por conseguinte, o estomizado passa necessitar do uso de um dispositivo, neste caso de uma bolsa, que se mantém aderida à pele do abdômen para a coleta do efluente (SILVA et al., 2010).

São diversas as causas que levam à realização de um estoma dentre as principais pode-se citar as neoplasias malignas, os traumas abdominais, o desvio de trânsito intestinal ocasionado por úlceras de pressão, carcinoma colorretal, o cancro da bexiga e do aparelho genital feminino, a colite ulcerosa e a doença de Crohn (VINHA, 2010).

Estudos demonstram que a confecção de uma colostomia, com a finalidade de desvio temporário ou definitivo do trânsito intestinal colônico, não é um procedimento isento de complicações, mesmo realizada com técnica cirúrgica adequada. As complicações locais que variam de 21% a 60% podendo ocorrer tanto no pós-operatório imediato, precoce ou tardio (DUCHESNE et al., 2002).

Dentre os tipos de complicações, foram citados os seguintes eventos: abscessos, dermatites, edema, estenose, foliculite, hemorragia, hérnia periestomal, necrose, prolapso e retração (JUNQUEIRA, 2010). Algumas destas complicações, tanto precoces como tardias, podem influenciar de formas direta ou indireta o estado nutricional dos pacientes (BRUNNER, 2005).

Pacientes submetidos à cirurgia gastrintestinal, para a formação de uma estoma, apresentam particularmente risco adicional de desenvolver desnutrição como resultado dos efeitos da sua doença de base, períodos prolongados de jejum durante o pré e pós-operatório,

além das complicações decorrentes do procedimento cirúrgico e pós-operatório que envolve a inflamação crônica presente nesses pacientes (FULHAM, 2008).

O peso corporal é um componente importante da avaliação nutricional dos ostomizados porque é marcador indireto da massa proteica e reservas de energia, entretanto outros métodos são necessários para o diagnóstico nutricional mais completo. O estudo de Thieme et al, (2013), observou que quando avaliado pelo IMC a desnutrição estava presente em apenas 8% dos pacientes cirúrgicos analisados, enquanto pela Avaliação Subjetiva Global (ASG) 66% da amostra apresentava essa condição.

Não existe um único método de avaliação nutricional capaz de diagnosticar com precisão, isoladamente, alterações do estado nutricional e, por isso, torna-se necessária à realização de um conjunto de procedimentos para a sua análise. A história alimentar, os sinais clínicos de desnutrição, as medidas antropométricas e sua variação temporal, as determinações hematológicas, séricas e urinárias apropriadas são passíveis de erros e sua análise depende do conhecimento e experiência do observador, todavia, ações de rotina são eficazes para minimizar os problemas nutricionais (TUCK; HENNESSY, 2003).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar o estado nutricional de pacientes ostomizados atendidos ambulatoriamente em um hospital público localizado em Pernambuco.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar a amostra quanto aos aspectos demográficos, socioeconômicos e estilo de vida;
- Verificar dados referentes às condições clínicas, como tipo de ostomia (ileostomia e colostomia), além da causa de base e condição que indicou a confecção da ostomia;
- Identificar o risco nutricional.

### **3 JUSTIFICATIVA**

Até o momento da realização desse estudo, poucos foram os achados na literatura relacionados ao estado nutricional de paciente ostomizados. Soma-se a esse fato o aumento de ostomizados no Brasil, o que desperta o interesse na realização desse trabalho, visto que a confecção das ostomias pode interferir no estado nutricional desta população apresentando risco de desnutrição.

#### **4 HIPÓTESE**

Os pacientes ostomizados atendidos ambulatoriamente no Hospital Barão de Lucena apresentam o estado nutricional inadequado caracterizado pelo risco de desnutrição.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 Ostomias intestinais: Ileostomias E Colostomias

Ostomia tem origem na palavra grega *stoma*, significando abertura de origem cirúrgica, quando há necessidade de desviar, temporária ou permanentemente, o trânsito normal da alimentação e/ou eliminações. Considerando-se os tipos de ostomia, a colostomia é a mais frequente. Caracteriza-se pela exteriorização do cólon através da parede abdominal, com o objetivo de eliminação fecal. Já a abertura artificial entre o íleo, no intestino delgado, e a parede abdominal, denomina-se ileostomia (STUMM et al., 2008).

No Brasil, 1,4 milhões de pessoas fazem uso de bolsas coletoras, incluindo nesse número as intestinais e urinárias (BRASIL, 2014). Destas 33.864 são confeccionadas devido a estoma de origem neoplásica, que comprometem o cólon e reto (câncer colorretal). O Nordeste possui cerca de 17 mil pacientes ostomizados, o estado de Pernambuco possui o apoio da Associação dos ostomizados de Pernambuco que tem cadastrado mais de 2000 pacientes ostomizados ativos em atendimento. O Brasil estima-se cerca de 32.600 novos casos de câncer colorretal no ano de 2014 a 2018 (INCA) (2014). Isso demonstra que o número de ostomizados no Brasil vem aumentando devido ao câncer colorretal ser uma das principais causas da realização de ostomias. Nos Estados Unidos, existe uma estimativa de 40.000 novos casos de realização de algum tipo de ostomia por ano de acordo com a United Ostomy Association (UOA), (2015).

Em relação aos estomas intestinais as principais causas da realização são câncer de cólon e reto, distúrbios congênitos, traumas, doenças inflamatórias intestinais. Em 2012, a estimativa mundial apontou o câncer de cólon e reto como o terceiro tipo de câncer mais comum entre os homens, com 746 mil casos novos (10% do total dos cânceres), e o segundo nas mulheres, com 614 mil casos novos (9,2% do total dos cânceres). Para o Brasil, estimam-se cerca de 36.360 novos casos, sendo 17.380 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e de 18.980 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco aumentado de 16,83 casos novos a cada 100 mil homens e 17,19 para cada 100 mil mulheres. O câncer de cólon e reto é o segundo mais frequente na região Sudeste 20.640/100 mil (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2018).

As Colostomias e ileostomias podem ser criadas em caráter temporário ou definitivo. Os estomas temporários são com o intuito de preservar uma anastomose e futuramente realizar a reconstrução do trânsito intestinal, enquanto que os definitivos ou permanentes são realizados geralmente nos casos de câncer em que há impossibilidade de reconstrução, já que o segmento distal do intestino foi extirpado (NICOLUSSI, 2008).

São geralmente indicações para a confecção de uma colostomia: doença de Hirschsprung, atresia do reto, trauma, obstruções e perfurações do cólon, má rotação intestinal com volvo e necrose do intestino médio, anomalias anorretais, persistência de cloaca e doença de Crohn e câncer colorretal (CARVALHO et al., 2005).

A ileostomia geralmente é localizada no quadrante inferior direito. Ela pode ser terminal ou em alça. A terminal é a mais realizada, na colectomia total realizada para tratamentos de doenças inflamatórias, no trauma ou peritonites que exigem retirada parcial do íleo. A ileostomia em alça tem sido indicada na obstrução colônica. As doenças como Colite ulcerativa, granulomatosa ou de Crohn, ileítes, enterocoliteneocrosante e polipose familiar podem levar à confecção de uma ileostomia (CARVALHO et al., 2005).

A figura 1, derivações intestinais: ileostomia e colostomia, descreve os procedimentos cirúrgicos.

Figura 1 – Derivações Intestinais: Ileostomia e Colostomia



Fonte: CONVATEC, 2015.

## 5.2 Nutrição e Ostomias Intestinais

O aconselhamento dietético é um aspecto importante dos pacientes com estoma. A dieta de ostomia é necessária para manter as fezes normais após a cirurgia, uma vez que a

quantidade, frequência e consistência das fezes são influenciadas pela dieta. É importante que os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes com colostomia e ileostomia atentem que a cirurgia do estoma altera os processos usuais de absorção e excreção nutricional, destacando a importância do aconselhamento dietético para esses pacientes (FULLHAM, 2008).

Devido a isso, é necessário avaliar o comportamento alimentar dos ostomizados, principalmente devido a cada região intestinal em que foi feito o estoma e suas alterações peculiares. A colostomia é colocada na região do cólon (sigmoide, ascendente, descendente ou transversa) sendo assim, a formação fecal é intermitente próxima de uma defecação normal que vai desde fezes semilíquidas a duras normais com pouca ou nenhuma perda nutricional, já a ileostomia é colocada no intestino delgado região de absorção de nutrientes com fezes líquidas, abundantes com enzimas digestivas e de forma contínua podendo ocorrer perdas nutricionais de cálcio, magnésio, ferro, vitamina B<sub>12</sub>, ferro, vitaminas A, D, E, e K, ácido fólico, água, proteínas, gorduras e sais biliares (BURCH, 2008; ZHOU et al., 2006).

Para um bom funcionamento do trato-gastrointestinal deve-se ter uma alimentação adequada, e o profissional responsável pela atenção dietética individualizada é o nutricionista. No período pós-operatório, a atenção com a consistência da dieta e escolha dos alimentos é indispensável para uma melhor recuperação do paciente (BOEKEL, POSSE, 2013). A alimentação adequada neste período contribui para a cicatrização do estoma e funcionamento correto do intestino, diminuindo o tempo de não evacuação do paciente durante sua recuperação (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2003).

Para que essa adaptação aconteça, recomenda-se, ainda no pós-operatório, ingerir de 1.500 a 2.000 ml de líquidos ao dia, em quantidades fracionadas; realizar de cinco a seis refeições durante o dia; evitar a ingestão de alimentos flatulentos (pepino, repolho, leguminosas com casca, grão de bico etc.), muito condimentados, café, alimentos fritos e bebidas gaseificadas; utilizar suplementos de fibra vegetal hidrossolúvel e evitar fibras insolúveis; evitar, inicialmente, alimentos ricos em lactose. Essas restrições podem ser diminuídas com o passar do tempo, à medida que a tolerância do paciente for aumentando (LAMEU, 2005).

Com acompanhamento nutricional o paciente terá uma alimentação balanceada que auxiliará na função intestinal diária, evitando prejuízos em sua saúde como constipação ou diarreia. A atenção dietética para este público é de suma importância, pois irá ensiná-los a escolher os melhores alimentos para suas refeições, ou seja, os pacientes aprendem a observar

os efeitos dos alimentos em seu organismo e assim saber o que devem ou não consumir (COELHO, 2013).

### **5.3 Estado Nutricional de Pacientes Ostomizados**

O câncer colorretal é uma das principais causas da realização de ostomias que geralmente cursam com déficits nutricionais devido aos danos orgânicos como a toxicidade gastrointestinal e complicações cirúrgicas (SENNA, 2001). Além disso, o comprometimento do estado nutricional dos pacientes ostomizados afeta o sistema imune pela diminuição de produção de imunoglobulinas, linfócitos, proteínas citotóxicas, redução da capacidade de migração e de fagocitose das células fagocitárias (NASCIMENTO et al., 2006). Devido a isso é necessário verificar o estado nutricional dos pacientes ostomizados por diferentes métodos, sendo a antropometria um método prático e não invasivo.

Há uma série de métodos para a avaliação da composição corporal, que variam segundo suas bases físicas, custo, acurácia, facilidade de utilização e de transporte do equipamento. Os métodos mais sofisticados e considerados mais precisos, como a pesagem hidrostática e a absorção do raio X de dupla energia (DEXA), permitem quantificar os componentes corporais, e a tomografia computadorizada e a ressonância magnética quantificam a gordura localizada. Todos eles possuem uso limitado na avaliação de grupos populacionais, devido ao elevado custo e à complexidade, e têm utilização restrita a laboratórios e em situações clínicas muito específicas (HEYWARD, 2001).

A ASG foi adaptada de Detsky et al., em 1987. Proporciona integração entre de dados da história clínica recente e dados físicos (histórico de perda de peso, alteração na ingestão alimentar, sintomas gastrointestinais, capacidade funcional ou nível de energia do paciente, análise de perda de tecido adiposo subcutâneo e tecido muscular e presença de edema ou ascite).

O peso corporal é um componente importante da avaliação nutricional porque é marcador indireto da massa proteica e reservas de energia. A perda de peso involuntária tem sido associada maiores taxas de complicações pós-operatórias (NUNES et al., 2014). O estudo de Thieme et al. (2013) que investigou o estado nutricional de 100 pacientes submetidos a cirurgia do aparelho digestório e parede abdominal, onde 54,5% dos pacientes eram oncológicos, apresentou que quando avaliados pelo IMC a desnutrição estava presente em apenas 8% dos pacientes cirúrgicos analisados, enquanto pela Avaliação Subjetiva global (ASG) 66% da amostra apresentava essa condição.

A verificação da composição corporal é importante para verificar a frequência de desnutrição no pré-operatório que contribui para o aumento da morbidade e mortalidade em até 65% dos pacientes cirúrgicos. Pode-se verificar a composição corporal através da circunferência do braço (CB), prega cutânea tricípital (PCT), a circunferência muscular do braço (CMB), a área muscular do braço (AMBc), o músculo adutor do polegar (MAP).

A avaliação da espessura do músculo adutor do polegar (EMAP) aparece como uma variável importante para avaliar o compartimento muscular, pois é considerada uma medida objetiva, rápida e de baixo custo, além de não invasiva (BRAGAGNOLO, et al., 2009). A medida do músculo adutor do polegar da mão dominante mostra-se sempre superior em relação à do músculo adutor do polegar da mão não dominante, devido ao fato de o primeiro sofrer influência das atividades diárias, preferencialmente desenvolvidas nesse membro. Assim, prefere-se medir a mão não dominante, uma vez que a musculatura mais exercitada tende a atrofiar mais rapidamente em situação de desnutrição, podendo não representar fielmente a condição nutricional (ANDRADE, LAMEU, 2007).

No estudo de Batista et al, (2013) com 45 pacientes ostomizados com faixa etária de 60 anos de idade e com o tempo de ostomia maior que dois anos foi observado em relação ao perfil nutricional que o IMC médio foi de 21,21 Kg/m<sup>2</sup>. Destes, 42,2% encontravam-se eutróficos, 22,2% com sobrepeso, 4,4% em baixo peso, 6,7% com obesidade grau I, 4,4% obesidade grau II e 2,2% segundo a classificação do IMC proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002).

O estudo de Kim, (2012) realizado com 150 pacientes verificou a influência da avaliação nutricional em relação ao tipo de ostomia intestinal, os resultados demonstraram em relação ao parâmetro do IMC que 94 (62,7%) pacientes apresentavam-se eutróficos e 33 (22%) pacientes estava com sobrepeso segundo os parâmetros da OMS, 2002.

A obesidade em pacientes colostomizados está cada vez mais considerada como um estado de inflamação crônico assintomático de baixo grau, com implicações em vários sistemas orgânicos, incluindo, em particular, o cólon e reto. Diante disso, existe um grau de evidência crescente que apoia mecanismos tanto associados a esta atividade inflamatória na mucosa cólica, como a um estado de insulino-resistência com conseqüente hiperinsulinemia. (CONSTANTINO et al., 2014)

## **6 MATERIAL E MÉTODOS**

### **6.1 Tipo de estudo e casuística**

O presente estudo foi do tipo transversal. Os dados foram coletados entre os meses de abril a outubro de 2017. Os critérios de inclusão foram: portadores de ostomia de eliminação intestinal com mais de 30 dias, idade igual ou superior a 18 anos e que apresentavam a capacidade física de realizar as avaliações antropométricas. Foram classificados como critérios de exclusão: condições que impossibilitassem a avaliação antropométrica (edema, anasarca, amputação de membros e terapia intensiva), além de doenças neurológicas, síndromes genéticas ou doenças metabólicas, além dos incapazes de prestar informações e que estivessem sem companhia.

### **6.2 Local de estudo**

A coleta de dados foi realizada no ambulatório de ostomizados do Hospital Barão de Lucena localizado na Av. Caxangá, n.3860, Recife-PE, CEP: 50670-000.

### **6.3 Amostra**

O estudo foi realizado em pacientes submetidos a ostomias. O cálculo amostral foi elaborado no programa SampleXS, utilizando-se os consecutivos parâmetros: População de 2000 pacientes ostomizados cadastrados no HBL; intervalo de confiança de 95% e erro máximo aceitável de cinco pontos percentuais. Considerando-se a carência de estudos anteriores acerca do tema a ser abordado neste estudo e a frequência esperada.

Logo de início, o paciente recebeu explicações a respeito da pesquisa e todo o seu desenvolvimento. O TCLE foi lido e somente após sua assinatura foi iniciada a coleta de dados (APÊNDICE A).

Esta pesquisa foi exercida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos de Centro de Ciências da Saúde de Universidade Federal de Pernambuco de número CAAE 65856117.60000.5282, de acordo com a Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a aquisição dos dados sobre a avaliação nutricional, foi empregado o método de avaliação antropométrica e avaliação subjetiva global.

Os dados referentes às condições clínicas, como tipo de ostomia (ileostomia e colostomia), além de tempo de confecção e condição que indicou a confecção da ostomia foram coletados no prontuário do paciente ou através de informações do próprio paciente. Foi considerado o período de pós-operatório tardio, o período superior a 30 dias.

#### **6.4 Avaliação do risco nutricional**

O Risco nutricional foi definido pela ASG e com base nesta avaliação, os pacientes foram classificados em nutridos (ASG A), risco de desnutrir ou desnutrição moderada (ASG B) ou desnutrição grave (ASG C). (ANEXO A)

#### **6.5 Avaliações socioeconômicas e estilo de vida**

Para a realização do questionário de informações Sociodemográficos foram utilizados os critérios de Classificação Econômica Brasil- CCEB, 2015. Também foram avaliados os dados pessoais e de saúde do paciente, assim como as comorbidades presentes (APÊNDICE B).

Na avaliação do estilo de vida primordialmente foi observada a prática e o tipo de atividade física de acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2016) que recomenda a realização de atividade física de intensidade moderada durante 30 minutos durante 5 vezes por semana. O consumo de álcool foi classificado como: nunca, já ingeriu, raramente/socialmente, semanalmente, diariamente. Para os indivíduos que ingeriam ou ingerem álcool foi identificada a dose diária, o tempo de exposição ao álcool e o tipo de bebida, se destilada, fermentada ou ambas. Quanto ao costume de fumar, foram divididos em não fumantes, ex-fumantes e fumantes de acordo com o estudo de Silva, Sousa e Schargodsky (1998). Foram considerados fumantes aqueles pacientes que responderem que fumam regularmente pelo menos uma vez por semana ou diariamente durante o ano e que tiverem fumado no ano anterior à inclusão do estudo; não-fumante o indivíduo que nunca fumou e que tenha parado de fumar há mais de 10 anos e ex-fumante aquele que não fumou no ano anterior ao estudo, mas que tenha fumado entre um e dez anos anteriores.

## 6.6 Avaliações antropométricas

Para analisar o estado nutricional, os pacientes foram sujeitos às avaliações antropométricas, de acordo com o apêndice C. Foi averiguado o peso, a altura para a realização do IMC, além da CB, PCT, CMB, AMBc, MAP, ASG.

A avaliação antropométrica foi estabelecida com a medição do peso em quilos utilizando uma balança de marca Welmy®. A altura foi aferida através de um estadiômetro de alumínio acoplado a balança, o peso e a altura foram determinados de acordo com a técnica determinada por LOHMAN, et al., 1988. O diagnóstico do estado nutricional pelo IMC foi de acordo com os valores indicados pelo World Health Organization (WHO, 1998), para adultos e segundo a classificação de OPAS (2002), para os idosos.

A PCT foi analisada através do adipômetro científico da marca CESCORF® e realizada no braço não dominante. Foi identificado o ponto médio usando uma fita métrica entre o acrômio e o olecrano para pinçar a prega, a mensuração ocorrera em média três vezes para calcular uma média seguindo a técnica de LOHMAN et al. (1988). Os valores apanhados foram comparados aos padrões de FRISANCHO (1990).

Para a execução da CB foi utilizada uma fita métrica inelástica, no braço dominante. O paciente esteve em posição ereta com o braço relaxado, para localização do ponto médio através do ponto mais distal do acrômio e a parte mais distal do olecrano. A medida da CB foi efetuada com o braço flexionado em direção ao tórax, formando ângulo de 90° (LOHMAN, et al., 1988).

A partir dos valores de CB e PCT foi obtida a circunferência muscular do braço CMB, pela seguinte fórmula (Blackburn, 1977):

$$CMB \text{ (cm)} = CB \text{ (cm)} - \pi \times [PCT \text{ (mm)} \div 10]$$

A AMBc também é uma medida realizada a partir da CB e PCT aplicadas a seguinte fórmula (Heymsfield, 1982):

$$AMBc \text{ (cm}^2\text{)} = \frac{[CB(\text{cm}) - \pi \times PCT(\text{mm}) \div 10]^2}{4\pi} - (10, \text{ se homem ou } 6,5, \text{ se mulher}).$$

A adequação da CB, CMB e AMBC foi realizada utilizando como padrão de referência o percentil 50 compatível ao sexo e a idade nas tabelas de FRISANCHO, (1990) para idade menor ou igual a sessenta anos. O resultado achado foi classificado pelas tabelas

de BLACKBURN (1977). Para os indivíduos maiores de 60 anos foram utilizada as tabelas de percentil, segundo idade e sexo, do NHANES (1988-1991).

Foram avaliadas três vezes a medida da espessura do músculo adutor do polegar (MAP) na mão dominante. A MAP foi realizada, com o indivíduo sentado, mão dominante em repouso sobre o joelho homolateral, cotovelo em ângulo de aproximadamente noventa graus sobre o membro inferior, com o adipômetro da marca CESCORF® exercendo uma pressão contínua de 10g/mm<sup>2</sup> para pinçar o músculo adutor no vértice de um ângulo imaginário formado pela extensão do polegar e o dedo. O ponto de corte empregado foi de 13,4mm para a mão dominante, segundo critérios de LAMEU, et al (2004).

### **6.7 Análises estatísticas**

A elaboração do banco de dados foi realizada no Excel e a análise estatística realizada no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versão 15.0 2006; SPSS, Inc, Chicago).

Para o estudo dos dados foram obtidas distribuições absolutas e percentuais e as medidas de estatísticas: média, desvio padrão valor mínimo e valor máximo e os respectivos intervalos de confiança de 95%.

## 7 RESULTADOS

A amostra foi composta por 104 indivíduos, com média de idade de  $54,7 \pm 15,6$  anos, 52,9% (n=55) do sexo masculino, nos quais 60,6% (n= 66) da amostra tiveram como diagnóstico para a realização da ostomia o câncer colorretal, 16,5% (n=17) diverticulite e 22,9% (n=24) outras causas. Em relação aos fatores comportamentais destaca-se o baixo consumo de bebidas alcólicas (6,7%; (n= 9) e a baixa proporção de fumantes (7,1%; (n=7); 94,2% (n=98) não realizava nenhum tipo de atividade física (Tabela 1).

As informações referentes ao tempo de permanência da ostomia demonstram que 49% da amostra possuía um tempo de ostomia entre 6 meses a 2 anos. O tipo de ostomia mais predominante foi a colostomia (82%). Os dados associados à classificação de permanência da ostomia determinaram que 51,9% (n=54) dos pacientes ostomizados possuíam a ostomia definitiva (Tabela 1).

De acordo com os parâmetros antropométricos, a maioria dos pacientes ostomizados apresentaram o estado nutricional de desnutrição segundo o IMC (11,5%), CB (31,8%), CMB (42,3%), AMBc (47,1%), MAP (37,5%) e CP (34,0%). Entretanto foi observado que pela PCT a maioria apresentou excesso de gordura corporal (49,0%). Com relação à ASG, 50% dos estudados apresentavam-se bem nutridos e 50% desnutridos (Tabela 2).

**Tabela 1.** Características gerais e estilo de vida dos pacientes ostomizados atendidos em um hospital público de Recife - PE, 2018.

Características (N= 104)	N	%	IC 95%
<b>Sexo</b>			
Masculino	55	52,9	42,8-62,7
Feminino	49	47,1	37,2-57,1
<b>Classificação de permanencia</b>			
Definitiva	54	51,9	41,9-61,8
Temporária	50	48,1	38,1-58,2
<b>Tempo de ostomias</b>			
6m a 2 anos	51	49,0	39,1-59,0

2 a 5 anos	29	27,9	19,5-37,5
> 5 anos	24	23,1	15,4-32,3
<b>Tipo de Ostomia</b>			
Colostomia	82	78,8	69,7-86,2
Ileostomia	18	17,3	10,6-26
<b>Classe econômica</b>			
Alta	40	38,5	29,0-48,5
Média	46	44,2	34,5-54,3
Baixa	18	17,3	10,9-25,5
<b>Tabagismo</b>			
Fumante	07	7,1	3,7-12,1
Não fumante	97	92,9	37,6-53,1
<b>Etilismo</b>			
Consome	09	6,7	2,95-13,3
Não consome	95	93,3	86,6-97,2
<b>Atividade física</b>			
Fisicamente ativo	06	5,8	2,1-12,1
Fisicamente inativo	98	94,2	87,8-97,8

---

IC 95%: intervalo de confiança de 95% ASG: avaliação subjetiva global

**Tabela 2.** Risco e estado nutricional de pacientes ostomizados atendidos em um hospital público de Recife - PE, 2018.

<b>Parâmetros Antropométricos e de Risco nutricional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
<b>IMC</b>			
Baixo Peso	12	11,5	6,1- 19,3
Eutrofia	48	46,2	36,3-56,2
Excesso de peso	44	42,3	32,7-52,4
<b>CB</b>			
Desnutrição	33	31,8	16,5- 54,1
Eutrofia	56	53,8	43,8-63,7
Excesso de peso	15	14,4	8,3-22,7
<b>CMB</b>			
Desnutrição	44	42,3	24,5-66,6
Eutrofia	60	57,7	47,6-67,3
<b>PCT</b>			
Desnutrição	32	30,8	15,6-53,2
Eutrofia	21	20,2	13,2-36
Excesso de peso	51	49,0	37,2-57,2
<b>AMBc</b>			
Eutrofia	55	52,9	48,2-80,9
Desnutrição	49	47,1	23,3-46,6
<b>MAP</b>			
Desnutrição	39	37,5	23,6- 55,2
Eutrofia	65	62,5	50-77,3
<b>CP</b>			

Desnutrição	16	34,0	20,9-49,3
Eutrofia	31	66,0	50,7-79,1

### **ASG**

Bem nutrido	52	50%	40-60
Desnutrido	52	50%	40-60

---

IMC: índice de massa corporal; CB: circunferência do braço CMB: circunferência muscular do braço; PCT: prega cutânea tricípital; AMBc: Área muscular do braço corrigida; CP: circunferência da panturrilha; MAP: musculo adutor do polegar; ASG: avaliação subjetiva global; IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

Fonte: ANDRADE, L. B. P., 2018.

## 8 DISCUSSÃO

O câncer colorretal é a terceira neoplasia mais frequente na população Brasileira em ambos os sexos. De acordo com a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO, 2017) estima-se que no Brasil existam aproximadamente 34 mil pessoas ostomizadas, das quais 75% são diagnosticadas com câncer colorretal, o que corrobora com os achados do presente estudo onde foi observada maior prevalência de câncer colorretal na população estudada.

Em relação às características sociodemográficas da amostra estudada, a faixa etária foi semelhante ao estudo de Miranda et al.(2016) com pacientes ostomizados, no qual a média de idade foi de 59,3 anos. Observa-se que dos 40 aos 70 anos é mais comum à realização de ostomias devido a maior incidência de câncer colorretal nessa faixa etária.

Foi observado no presente estudo um predomínio na população do sexo masculino, o que corrobora também com os achados do estudo de Miranda et al.(2016) que verificou um percentual de 55,1% do sexo masculino. Isso pode estar associado a menor frequência de procura por parte dos indivíduos do sexo masculino pelos serviços de saúde, o que os tornam mais suscetíveis aos agravos e complicações das doenças em fases avançadas. Além disto, o sexo masculino possui certa invisibilidade nos serviços de atenção primária, razão que faz com que os homens se abduquem de medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças (FERREIRA et al, 2008).

Com relação ao tabagismo, constatou-se que grande parte dos ostomizados não eram fumantes. De maneira semelhante, o estudo de Menezes et al.(2004) verificou que os colostomizados com diagnóstico de câncer colorretal eram mais predispostos a serem não fumantes atuais devido à preocupação e relevância em associação a sua sobrevivência a longo prazo. Detectou-se, também, a baixa prevalência de consumo de bebidas alcoólicas na amostra estudada, resultado esse consonante com o estudo de Attolini et al.(2010) onde apenas 5% dos pacientes com câncer colorretal colostomizados afirmaram o consumo de bebidas alcoólicas.

No estudo atual houve predomínio da colostomia. Em um estudo realizado por Miranda et al.(2016) foi encontrado resultado semelhante, sendo a colostomia mais prevalente (84,1%) do que a ileostomia (15,7%). A colostomia é a cirurgia normalmente realizada nos casos em que os pacientes tem neoplasia intestinal. O número predominante de pessoas colostomizadas com relação às ileostomizadas faz com que, ao planejar assistência, algumas

considerações sejam notadas: menor número de lesões peri-estomais, capacidade de se realizar a irrigação, consistência das fezes, maior tempo entre alimentação e evacuação, condição de absorção de alimentos e medicamentos, dentre outros (MIRANDA et al., 2016).

No que diz respeito à temporalidade, foi observado no presente estudo prevalência de ostomias definitivas semelhantes às temporárias. Segundo Silva et al.(1998) o que determina esse grau de temporalidade é o tipo de diagnóstico inicial para a realização da ostomia, no qual a ostomia definitiva está correlacionada ao câncer colorretal e urogenital, e a temporária a traumas. No estudo de Silva et al.(1998) o resultado foi semelhante ao atual estudo, em que foi observado um percentual de 51,24% de ostomias definitivas e 48,76% de ostomias temporárias.

Foi observado uma baixa frequência de atividade física. Esta condição ocorre possivelmente devido às complicações das ostomias de longo tempo que estabelece dificuldade de locomoção nesses pacientes (MIRANDA; MACHADO, 2016). No estudo de Attolini et al.(2010) foi observada a proporção de inatividade física de cerca de 90%, o que pode motivar para o aumento do sobrepeso e obesidade e aumentar o risco de doenças cardiovasculares e dores articulares nessa população.

No estudo de Barbosa et al. (2013) feito com pacientes ostomizados, foi visto que 42,2% da amostra encontrava-se eutrófica segundo o IMC, 22,2% com sobrepeso e 4,4% com baixo peso. De acordo com o estudo de Attolini et al.(2010) cerca de 65% dos ostomizados classificaram-se como eutróficos de acordo com IMC. Porém, apenas este marcador não é suficiente para dar um diagnóstico nutricional.

No recente estudo foi observado uma prevalência de eutrofia segundo a CB, CMB e AMBc, bem como, no estudo de Attolini et al.(2010) que confirmou que a adequação em relação a estes parâmetros poderia ser devido a adaptações em relação as ostomias tardias que acarreta menor comprometimento da ingestão alimentar, ausência de distúrbios nutricionais e absorptivos, alterações metabólicas mínimas e inexistência de fatores obstrutivos ou efeito hormonal.

Em concordância com o MAP foi analisado no presente estudo uma frequência alta de eutrofia, contudo o estudo de Lameu et al.(2004) certifica que com o declínio das atividades físicas diárias o MAP deveria diminuir devido a essa inatividade independentemente do catabolismo e da doença básica do paciente. Neste caso, mesmo com a inatividade física

presente nos pacientes estudados, não foi constatado desnutrição de acordo com esse parâmetro antropométrico.

De acordo com o estudo de Cuppari et al. (2005) a CP é considerada um indicador sensível de alterações musculares no indivíduo idoso para indicar a desnutrição. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1995) a CP é classificada uma das melhores e mais sensíveis medidas de massa muscular em idosos por ser de grande precisão nessa faixa etária, sendo superior a circunferência do braço. Apesar disso, o presente estudo não verificou desnutrição na população idosa de ostomizados.

Em relação à PCT verificou-se uma elevada prevalência de excesso de peso. No estudo de Bazzi et al. (2015) o resultado foi diferente ao recente estudo, em que foi observada uma prevalência de desnutrição em 50% dos pacientes idosos ostomizados.

A respeito da ASG foi observado que 50% dos pacientes estavam bem nutridos e 50% apresentavam-se desnutridos. Divergindo com o estudo de Hanusch et al. (2016) que identificou que 39,1% (n=18) de pacientes submetidos a cirurgia do trato gastrointestinal estavam bem nutridos e 60,9% (n=28) estavam desnutridos. Atasoyu et al (2005) referem que a ASG, por ser um método semi-quantitativo de avaliação nutricional, reflete um resultado baseado na decisão pessoal do observador podendo levar a erros de interpretação se a equipe não for bem treinada para a avaliação.

Dessa forma, são necessários mais estudos sobre a avaliação do estado nutricional de pacientes com ostomia, com o intuito de que sejam estabelecidas condutas dietoterápicas adequadas, minimizando prováveis complicações associadas aos agravos nutricionais (EGITO et al., 2013).

## **9 CONCLUSÕES**

Diante dos dados apresentados, observa-se a necessidade de melhorar a atenção quanto aos hábitos de vida em destaque ao estado nutricional dessa população.

Em relação ao estado nutricional foi verificada uma prevalência de desnutrição na amostra estudada e até mesmo um índice de sobrepeso ou obesidade relacionado a alguns parâmetros nutricionais que poderá ser devido à falta de atividade física diante de ostomias intestinais de longo prazo.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS. **Quantitativo aproximado de pessoas ostomizadas no Brasil**. Brasília, 2017. Disponível em: [http://www.abraso.org.br/estatistica\\_ostomizados.htm](http://www.abraso.org.br/estatistica_ostomizados.htm). Acesso em: 19 nov. 2018.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica**. São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.abep.org.br/mural/anep/04-1297-cceb.htm>. Acesso em: 19 nov. 2018.
- ATASOYU, Enes Murat et al. Subjective global assessment does not correlate with laboratory parameters of nutrition in hemodialysis patients. **Nephrology Dialysis and Transplantation**, New York, v. 34, n. 6, p. 368- 375, 2005.
- BAZZI, N. B. et al. Estado nutricional e tempo de jejum em pacientes submetidos a cirurgias colorretais eletivas. **Nutrición clínica dietética hospitalaria**, Madrid, v. 36, n. 2, p. 103-110, 2016.
- ATTOLINI, Raquel Cozer; GALLON, Carin Weirich. Qualidade de vida e perfil nutricional de pacientes com câncer colorretal colostomizados. **Rev bras. colo-proctol.**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 3, p. 289-298, set. 2010 .
- CARVALHO, W.A.F.; YAMAMOTO, M. S.; CISTIA, M.E.G.F.D. A criança ostomizada. In: SANTOS, V.L.C. G.; CESARETTI, I.U.R. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- CONVATEC. **Avaliação do estoma** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por analivia.oliveira@ufjf.edu.br Acesso em: 18 jun. 2015.
- CUPPARI, L. **Guia de Nutrição Clínica do Adulto**. Barueri: Manole, 2005.
- CHIMA, C.S. et al. Relationship of nutritional status to length of stay, hospital costs, and discharge status of patients hospitalized in the medicine service. **Journal of the American Dietetic Association**. New York, v. 97, n. 9, p. 975-978, 1997.
- EGITO, E. T. B. N. et al. Estado nutricional de pacientes pediátricos ostomizados. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, v.31, n.1, p.58-64, 2013.
- FERREIRA, A.M.; BOGAMIL, D. D. D.; TORMENA, P. C. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. **Arquivos de Ciências da Saúde**. São José do Rio Preto-Sp, v. 15, n. 3, p. 105-109, 2008.
- FULHAM J. Providing dietary advice for the individual with a stoma. **British Journal of Nursing** London, v, 17, n. 2, p. 22-7, 2008.
- HANUSCH, F. D. et al. Avaliação nutricional de pacientes submetidos à cirurgia do trato gastrointestinal: associação entre avaliação subjetiva global, ferramentas de triagem nutricional e métodos objetivos. **Nutrición clínica dietética hospitalaria**. Madrid, v.36, n.2, p. 10-19, 2016.

HEYWARD, V. ASEP methods recommendation: body composition assessment. **Journal of Exercise Physiology**, Duluth-MN, v. 4, n. 4, p. 1-12, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.  
**Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

JUNQUEIRA, M. **Complicações de colostomia e os cuidados de enfermagem**. 2010. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro Faculdade de Enfermagem, Além Paraíba, 2010.

KRUIZENGA, H.M. et al. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. **The American Journal Clinical Nutrition**, Bethesda-MD, v. 17, n.3, p.1082-9, 2005.

LAMEU, E. B. et al. Adductor pollicis muscle: a new anthropometric parameter. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina**, São Paulo, v. 59, n.2, p.57-62, 2004.

LAMEU, E. B. **Clínica Nutricional**. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.

LOHMAN, T.G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. Champaign, Illinois, Human Kinetics, Inc, 1988.

MIRANDA, Sara Machado. Caracterização Sociodemográfica e Clínica de Pessoas com Estomia em Teresina. **Revista Estima**, São Paulo, v. 14, n.1, p. 29-35, 2016.

MENEZES, A.M. B. et al. Tabagismo em estudantes de Medicina: tendências temporais e fatores associados. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v.30, n.3, p.223-228, 2004.

NASCIMENTO, C. M. S. et al. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 557-564, 2011.

NORMAN, K. et al. Prognostic impact of disease-related malnutrition. **Clinical Nutrition**, Oxford, v. 27, n.1, p.5-15, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Banco de dados**. Genebra: OMS, 1995. Disponível em: <http://www.opas.org.br/>. Acesso em: 24 out. 2018.

POWELL-TUCK, J, HENNESSY, E. M. A comparison of mid upper arm circumference, body mass index and weight loss as indices of undernutrition in acutely hospitalized patients. **Clinical Nutrition**, Oxford, v.22, n.3, p.307-312, 2003.

RAUEN M. S. et al. Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 3, 2008.

SILVA, M. A. D.; SOUSA, A. G. M. R.; SCHARGODSKY, H. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil: estudo FRICAS. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.84, n.3, 2005.

SILVA D. G. et al. Influência dos hábitos alimentares na reinserção social de um grupo de estomizados. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v.12, n.1, p. 56-62, 2010.

THIEME, R. D. et al. O índice de risco nutricional (nutritional risk index) é preditor de complicação pós-operatória em operações do aparelho digestivo ou parede abdominal? **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 286-292, 2013.

VINHAS, M. S. A. **Complicações das ostomias urinárias e digestivas**. 2010. 23 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2010.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente projeto intitulado **ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES OSTOMIZADOS**, desenvolvido pela estagiária de nutrição clínica do Hospital Barão de Lucena da Universidade Federal de Pernambuco do Centro Acadêmico de Vitória e tem como objetivo analisar o estado nutricional de pacientes ostomizados, assistidos pelo ambulatório.

A sua participação no projeto é voluntária e, portanto, você não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ ou colaborar com os procedimentos de avaliação nutricional (exemplo: aferição do peso e altura) solicitadas pela equipe do projeto. Caso decida não participar do estudo não sofrerá nenhum dano. Esclarecemos que a qualquer tempo você poderá ter acesso às informações, inclusive para dirimir eventuais dúvidas. Você também tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do projeto, sem que isto lhe traga prejuízo de qualquer natureza. Será mantido o anonimato e salvaguardada a confidencialidade, sigilo e privacidade das informações e da pessoa. Os riscos na participação do projeto serão mínimos como o possível constrangimento no momento das avaliações antropométricas. Como benefícios você receberá sua avaliação nutricional completa e as devidas orientações nutricionais necessárias. Solicito a sua autorização para publicação dos resultados deste projeto. Para esclarecimentos de qualquer dúvida ligar para a pesquisadora responsável, Laís Sousa Barbosa.

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pela equipe do projeto e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente estudo e que autorizo a divulgação das informações que prestarei.

---

Assinatura do entrevistado

---

Assinatura da testemunha 01

---

Assinatura da testemunha 02

---

Assinatura do pesquisador responsável

**APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA****CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que aceitaremos (a) pesquisadora **LAÍS SOUSA BARBOSA** desenvolver seu projeto de pesquisa, **ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES OSTOMIZADOS**, que está sob a orientação da nutricionista **Dra. KEILA FERNANDES DOURADO** Analisar o estado nutricional de pacientes ostomizados assistidos por um hospital público localizado em Pernambuco. Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Coordenador de Pesquisa e Extensão do Hospital Barão de Lucena

**APÊNDICE C - DADOS ANTROPOMÉTRICOS**

Peso atual seco (kg):	Altura (m):	IMC:	IC:
Peso Habitual (kg):	CB:	AMBc:	CMB:
PCT:	MAP:		

## ANEXO A- AVALIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA

<b>Anexo A - Avaliação Do Estilo De Vida</b>	
Data da coleta: ____/____/____	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dados Pessoais</b></li> </ul>	
1.1. Nome completo: _____	
1.2. N° do prontuário: _____;	
1.3. Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: (F) (M)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dados de Saúde</b></li> </ul>	
2.1. Data da confecção da ostomia ____/____/____.	
2.2. Diagnóstico Clínico para realização da ostomia: _____	
2.3. Tempo da ostomia: _____	
2.5. Comorbidades:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ( ) Diabetes</li> <li>• ( ) Hipertensão Arterial</li> <li>• ( ) Hipotensão Arterial</li> <li>• ( ) Dislipidemia</li> <li>• ( ) Hipoglicemia</li> <li>• ( ) Obesidade</li> <li>• ( ) Doenças cardiovasculares</li> <li>• ( ) Outra (Qual? _____)</li> </ul>	
3. O (a) Sr. (a) pratica atividade física? (30 minutos 5x na semana) Sim ( ) Não ( )	
4. O (a) Sr. (a) ingere bebida alcoólica?	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ( ) Consome</li> <li>• ( ) Não consome</li> </ul>	
6. O (a) Sr. (a) fuma?	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ( ) Não, nunca fumei</li> <li>• ( ) Ex-fumante.( Paro há mais de 10 anos)</li> <li>• ( ) Fumante</li> </ul>	

