

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

NATÁLIA ADRIANE DA SILVA LINDOZO

CONSUMO ALIMENTAR DE PACIENTES OSTOMIZADOS

Vitória de Santo Antão

2019

NATÁLIA ADRIANE DA SILVA LINDOZO

CONSUMO ALIMENTAR 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

2019

Catálogo na fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Ana Ligia F. dos Santos, CRB4-2005

L742c Lindozo, Natália Adriane da Silva.
Consumo alimentar de pacientes ostomizados./ Natália Adriane da Silva
Lindozo. - Vitória de Santo Antão, 2019.
38 folhas.

Orientadora: Keila Fernandes Dourado.
TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado
em Nutrição, 2019.
Inclui referências, apêndices e anexo.

1. Estomia. 2. Consumo de Alimentos. 3. Qualidade de Vida. I. Dourado,
Keila Fernandes (Orientadora). II. Título.

613.26 CDD (23. ed.)

BIBCAV/UFPE-105/2019

NATÁLIA ADRIANE DA SILVA LINDOZO

CONSUMO ALIMENTAR 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: 01/07/2019

BANCA EXAMINADORA:

Pof^ª Dr^ª Maria Izabel Siqueira de Andrade (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª Dr^ª Cybelle Rolim de Lima (Examinadora Interna)
Centro Acadêmico de Vitória - Universidade Federal de Pernambuco

Pof^ª Dr^ª Luciana Gonçalves de Orange (Examinadora Interna)
Centro Acadêmico de Vitória - Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a Deus, por ter me concedido a vida e a oportunidade de chegar até aqui,
e a minha família, em especial a minha querida e amada mãe, Adriana, por todo seu amor e
cuidado comigo e meus irmãos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo seu imenso amor, por sempre estar presente em minha vida e de minha família, por proporcionar momentos como este, de grande alegria. Por me fazer mais forte e me guiar pelos melhores caminhos, sou grata pela vida, e tudo que ele criou.

A minha família, especialmente aos meus pais, Adriana e José, meus irmãos Bruno e Camila, vó Socorro, minha cunhada Mayara e meus amados sobrinhos Pedro e Davi, que tornam nossos momentos mais alegres e felizes, sou grata por todo apoio e incentivo, pela paciência, por me entender e dar todo apoio emocional para que eu pudesse seguir em frente. Sem eles jamais teria chegado até aqui.

Agradeço imensamente a professora Keila Dourado, por me orientar, por ser sempre muito acessível e compreensiva. Um exemplo de profissional e ser humano. Desde o momento que assisti a sua primeira aula não tive mais dúvidas de quem escolher para me orientar.

Agradeço também as amigas que fiz durante a graduação, com as quais aprendi muitas coisas. Com certeza vou levar estes momentos para toda a vida.

“Na vida, não vale tanto o que temos, nem tanto importa o que somos. Vale o que realizamos com aquilo que possuímos e, acima de tudo, importa o que fazemos de nós”.

(Chico Xavier)

RESUMO

As práticas alimentares dos pacientes ostomizados são capazes de provocar consequências importantes, que podem repercutir de maneira positiva ou negativa no estilo de vida. Assim, a dieta e o consumo alimentar são de grande importância na qualidade de vida e na diminuição ou aumento de sintomas indesejáveis. Este trabalho teve como objetivo analisar o consumo alimentar de pacientes ostomizados assistidos por um hospital público localizado em Pernambuco. O estudo foi de corte transversal, realizado no ambulatório de ostomizados do Hospital Barão de Lucena, localizado na cidade de Recife-PE. A obtenção do consumo alimentar foi realizada por meio de um recordatório de 24 horas e verificada a adequação do consumo de calorias, macronutrientes e micronutrientes, através das informações do projeto Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória (ACERTO, 2016). Foram coletados também dados a respeito da situação socioeconômica e do estilo de vida. Fizeram parte da amostra 104 pessoas, com média de idade de $54,7 \pm 15,6$ anos, sendo 52,9% do sexo masculino. O principal diagnóstico para a realização da ostomia foi o câncer colorretal 60,6% (n= 66). Dentre os fatores de estilo de vida atuais, 7,1% (n=7) eram fumantes, 6,7% (n=7) consumiam bebidas alcóolicas, e 94,2% (n=98) dos indivíduos não praticavam nenhum tipo de atividade física. A colostomia foi o tipo de ostomia predominante (82%). Possuíam ostomia de forma definitiva 51,9% (n= 54) dos pacientes ostomizados. Em relação ao consumo alimentar, 53,8% (n=56) apresentavam uma dieta de acordo com as recomendações em calorias, porém, 73,1% (n=76) da amostra tinha um consumo abaixo do recomendado em proteínas, 88,5% (n=92) de carboidratos e 100% (n=104) de lipídeos. Quanto aos micronutrientes, 55,8% (n=58) tinha uma ingestão abaixo do recomendado de zinco e 78,8% (n=82) de selênio. 86,5% (n=90) dos pacientes ingeriam abaixo do recomendado fontes de vitamina A, 65,4% (n=68) de vitamina C e 82,7% (n=86) de vitamina E. A respeito do consumo alimentar, grande parte dos participantes tinham dieta de acordo com as recomendações em calorias, mas abaixo das recomendações em proteínas, carboidratos e lipídeos, nos minerais zinco e selênio e nas vitaminas antioxidantes A, C e E. A partir do que foi observado, fica evidente a necessidade de mais estudos acerca da temática com objetivo de melhor orientar o consumo alimentar dessa população.

Palavras-chave: Ostomia. Consumo alimentar. Dieta. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The eating habits of ostomized patients are capable of provoking important consequences, that can positively or negatively affect the lifestyle. Thus, diet and dietary intake are of great importance in the quality of life and in the reduction or increase of undesirable symptoms. This study aimed to analyze the dietary intake of ostomized patients assisted by a public hospital located in Pernambuco. The study was cross-sectional, performed at the Ostomized Outpatient clinic of the Barão de Lucena Hospital, located in the city of Recife-PE. Food consumption was obtained through a 24-hour recall and verified the adequacy of calorie consumption, macronutrients and micronutrients, through the information of the project Acceleration of Total Post-operative Recovery (ACERTO, 2016). Data about socioeconomic status and lifestyle were also collected. 104 individuals were part of the sample, with a mean age of 54.7 ± 15.6 years, 52.9% of whom were males. The main diagnosis for performing ostomy was colorectal cancer 60.6% (n = 66). Among the current lifestyle factors, 7.1% (n = 7) were smokers, 6.7% (n = 7) consumed alcoholic beverages and 94.2% (n = 98) of the individuals did not practice any type of physical activity. Colostomy was the predominant type of ostomy (82%). They had a definite ostomy of 51.9% (n = 54) of the patients. In relation to food consumption, 53.8% (n = 56) presented a diet according to the recommendations in calories, however, 73.1% (n = 76) of the sample had a consumption below the recommended protein, 88.5% (n = 92) of carbohydrates and 100% (n = 104) of lipids. As for micronutrients, 55.8% (n = 58) had an intake below the recommended Zinc and 78.8% (n = 82) Selenium. 86.5% (n = 90) of the patients ingested below the recommended sources of vitamin A, 65.4% (n = 68) of vitamin C and 82.7% (n = 86) of vitamin E. Regarding food consumption, most participants had a diet according to the calorie recommendations, but below the recommendations in proteins, carbohydrates and lipids, in the minerals zinc and selenium and in the antioxidant vitamins A, C and E. From what was observed, it is evident the need for further studies on the subject in order to better guide the food consumption of this population.

Key words: Ostomy. Food consumption. Diet. Quality of life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo geral	12
2.2 Objetivos específicos	12
3 JUSTIFICATIVA	13
4 HIPÓTESE	14
5 REVISÃO DA LITERATURA	15
5.1 Ostomias intestinais: dados epidemiológicos e classificação	15
5.2 Nutrição e ostomias intestinais	17
5.3 Consumo alimentar de pacientes ostomizados	18
6 MATERIAL E MÉTODOS	21
6.1 Período e local do estudo	21
6.2 Desenho do estudo	21
6.3 Critério de elegibilidade	21
6.4 Análise do consumo de macro e micronutrientes	22
6.5 Avaliação socioeconômica e estilo de vida	22
6.6 Análises estatísticas	22
6.7 Considerações éticas	23
7 RESULTADOS	24
8 DISCUSSÃO	27
9 CONCLUSÕES	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	35
APÊNDICE B – AVALIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA	36
ANEXO A – CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA DA POPULAÇÃO	37

1 INTRODUÇÃO

A palavra ostomia é de origem grega (*stóma*) e quer dizer abertura de uma víscera qualquer do corpo, o procedimento ocorre quando a função normal do intestino é interrompida. Há dois tipos de ostomias intestinais: Ileostomia e colostomia, que consiste na abertura de um segmento ileal e cólico, nesta ordem. O procedimento é considerado uma terapia cirúrgica para o tratamento de diversas patologias que acometem o sistema gastrointestinal. O câncer colorretal, é o maior responsável pela necessidade de uma ostomia em todo o mundo, pois tem alta incidência e prevalência, o que o torna um grande problema de saúde pública (CREPALDE, 2016).

No que diz respeito ao cuidado com o paciente ostomizado, especialmente em relação aos hábitos alimentares, é perceptível a existência de mitos variados. Os mais comuns estão relacionados a crenças sem comprovação científica de que certos alimentos são inofensivos a saúde, ou que até mesmo podem ocasionar em sérios riscos à saúde e bem-estar. Assim, a observação dos hábitos alimentares nesse público poderá oferecer subsídios aos profissionais de saúde, contribuindo no planejamento de ações e na assistência às pessoas portadoras de ostomias (OLIVEIRA, 2017).

As práticas alimentares dos pacientes ostomizados, são capazes de provocar consequências importantes, induzindo de maneira positiva ou negativa o modo de adaptação. Entre os aspectos positivos, quando controlada, as funções intestinais contribuem para uma melhora na qualidade de vida, assim alguns começam a adquirir certos hábitos para sanar ou diminuir os problemas indesejáveis, tais como diarreia, constipação, odor e flatulência. Alguns ostomizados, de forma corriqueira, deixam de se alimentar ou ingerir alimentos importantes para manutenção do estado nutricional, o que é uma prática negativa, muitos cometem atitudes graves, como lavagem intestinal, para retornar ao convívio social. Assim, é essencial o acompanhamento dos hábitos alimentares e as práticas utilizadas por essa população (SILVA *et al.*, 2010).

Diante do exposto observa-se que a dieta tem papel importante na qualidade de vida destes pacientes, sendo assim a análise do consumo alimentar é de grande importância na qualidade de vida e na diminuição ou aumento de sintomas indesejáveis que ocorrem logo após o procedimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o consumo alimentar de pacientes ostomizados assistidos por um hospital público localizado em Pernambuco.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra em relação ao sexo, idade, condições socioeconômicas e estilo de vida;
- Verificar dados, como o tipo de ostomia (ileostomia e colostomia), além de tempo de confecção, indicação, patologias e complicações associadas;
- Estimar o aporte energético, de macronutrientes e de micronutrientes antioxidantes da dieta.

3 JUSTIFICATIVA

Os estudos sobre o consumo alimentar em pacientes ostomizados são escassos, principalmente na área da Nutrição, com o crescimento no número de ostomizados no Brasil, é necessária uma maior atenção dos profissionais de saúde, incluindo o Nutricionista, que tem um papel importante na manutenção do estado nutricional e de saúde, pois a dieta é um fator determinante no controle clínico e na qualidade de vida dessas pessoas.

Além disso, uma dieta adequada é imprescindível para a recuperação da saúde desses indivíduos, e ainda auxilia na diminuição dos sintomas decorrentes do procedimento, sendo importante para o retorno ao convívio social, proporcionando conforto e segurança para que os portadores de ostomias intestinais possam participar das atividades que antes eram comuns ao seu dia a dia.

4 HIPÓTESE

Os indivíduos portadores de ostomias intestinais atendidos no Hospital Barão de Lucena na cidade de Recife-PE, apresentam consumo alimentar aquém das recomendações para pacientes cirúrgicos.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Ostomias intestinais: dados epidemiológicos e classificação

É chamada de ostomia a exteriorização de um órgão do corpo, por meio de técnica cirúrgica, com a finalidade de desviar as excreções, para o tratamento de doenças do aparelho gastrointestinal, em consequência de patologias inflamatórias, danos congênitos, traumas, e sobretudo às neoplasias (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Há 300 a. C surgiam as primeiras informações sobre ostomia, por Praxágoras, em 1710 foi realizada a primeira colostomia, por Alex Lettré, considerado o “Pai da colostomia”. Sendo assim, quanto à realização da primeira colostomia, há controversa. A primeira ileostomia de que se tem notícia é datada em 1879, por Baum, e realizada devido a um câncer obstrutivo, no cólon ascendente; porém o paciente foi a óbito. Apenas em 1883, na Áustria, operado por Maydl, o paciente sobreviveu após o procedimento (CREPALDE, 2016).

As ostomias intestinais são uma interferência realizada cirurgicamente em um paciente no qual o seu aparelho digestivo sofreu uma lesão física ou foi afetado por alguma patologia, onde resultou perda do funcionamento de porção do intestino (COLLET; SILVA; AYMONE, 2016).

Têm a finalidade de drenagem de fezes e gases. As características físicas que dizem respeito ao tipo, localização, tamanho, forma, superfície, contorno e quantidade podem ser alteradas conforme a técnica cirúrgica empregada, a parte exteriorizada, a causa de base e o período de permanência (LUZ *et al.* 2009).

Quanto a classificação, as ostomias podem ser temporárias ou definitivas. As ostomias temporárias são realizadas, muitas vezes, em conduta emergencial em casos de obstrução intestinal do cólon resultante de neoplasias, perfuração anal e processos inflamatórios. Existem dois tipos de ostomias digestivas de eliminação fecal, a ileostomia e a colostomia, sendo a última mais empregada (CESARETTI, 2010; ROCHA, 2011).

A colostomia é caracterizada pela exteriorização do cólon para a superfície abdominal com a finalidade de eliminação das fezes. O objetivo da concepção de uma colostomia é a descompressão de um cólon obstruído e o desvio do fluxo fecal na preparação para a ressecção de uma lesão inflamatória, obstrutiva ou perfurada ou após uma lesão traumática. O câncer de cólon e reto, se destaca entre as causas que levam a realização de uma ostomia (ROCHA, 2011; RAMOS *et al.*, 2012; ECCO *et al.* 2017).

A ileostomia é feita através da exteriorização do íleo da parede abdominal. É posicionada no quadrante inferior direito do abdome, na altura do intestino delgado, deixando o intestino grosso totalmente inativo, de forma definitiva ou temporária. Dentre muitas doenças, a abordagem terapêutica da ileostomia inclui o câncer colorretal, diverticulite, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, colite isquêmica, dentre outras (LUCAS, 2016; POGGETO *et al.*, 2012).

A ileostomia e a colostomia apresentam entre si características que as diferenciam. Dentre elas está a consistência do resíduo fecal. As ostomias de íleo ou cólon ascendentes formam resíduos mais líquidos, aspecto principal das ostomias localizadas na região direita do abdômen. Uma ileostomia distal (construída na porção do íleo), inicialmente, pode apresentar uma perda diária de 1 litro de líquido (DOMANSKI; BORGES, 2014; ALMEIDA, 2017).

No que se refere às colostomias confeccionadas no cólon direito ou metade direita do cólon transverso, as fezes se apresentam em consistência pastosa e são produzidas durante todo o dia, sem momento e horário fixo. Já as colostomias realizadas na metade esquerda do cólon transverso, cólon descendente ou sigmóide, as fezes apresentam-se formadas, a perda diária de líquido expelido pode variar entre 200 a 600 ml/dia, um número bem inferior quando comparado às ileostomias (SANTOS; CESARETTI, 2015; ALMEIDA, 2017).

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 of America (UOAA, 2015). 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 2000 pacientes ostomizados ativos em atendimento. Para 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.

De acordo com a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO, 2017), o total de pessoas portadoras de ostomias no Brasil é de aproximadamente 33.864, isto sem incluir na contagem os dados referentes a alguns Estados. Porém, é importante salientar que este número pode ser bem maior, devido a subnotificações e ausência de cadastros nas associações estaduais (ECCO, *et al.* 2017).

Em relação as ostomias intestinais, as principais causas da realização são câncer de

cólon e reto, distúrbios congênitos, traumas e 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). Foi estimado para o Brasil no biênio 2018-2019 a ocorrência de aproximadamente 36.360 casos novos, destes, 17.380 seriam novos casos de câncer de cólon e reto nos homens e 18.980 em mulheres por ano. Estes números representam um risco elevado de 16,83 novos casos para cada 100 mil homens e 17,19 a 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).

5.2 Nutrição e ostomias intestinais

Frequentemente encontramos pacientes ostomizados que deixam de consumir alimentos essenciais à manutenção do aporte adequado de nutrientes, ou que até mesmo deixam de se alimentar para conseguirem voltar ao convívio social (LUZ, 2009; OLIVEIRA, 2017).

Por esta razão a orientação nutricional para pacientes após a cirurgia de confecção de uma ostomia é de grande importância para sua reabilitação. Porém, muitas vezes é negligenciada e os pacientes obtêm recomendações que são conflitantes. O aconselhamento adequado é essencial a estes pacientes para que os mesmos possam ter a confiança necessária para fazer de forma independente suas escolhas alimentares. No entanto, esse processo leva tempo e paciência (CRONIN, 2012).

O consumo de uma dieta balanceada em proteínas, vitaminas, minerais e calorias é indispensável para uma boa saúde. Dentre os objetivos do cuidado nutricional em pacientes ostomizados incluem: evitar a obstrução do estoma, promover a cicatrização de feridas e evitar ou diminuir os transtornos gastrointestinais como flatulência, diarreia, constipação e odores desagradáveis (AKBULUT *et al.*, 2011; BURCH, 2008).

Em relação à avaliação e equilíbrio da dieta dos ostomizados, é relevante destacar que as mesmas devem ser realizadas pelo Nutricionista no período pré, intra e pós-operatório, pois são de grande importância para a regulação, controle de gases e eliminação fecal (DUGAS, 1998; SILVA *et al.*, 2014).

A confecção de uma ostomia faz com que o processo absorptivo seja interrompido no local em que é criado, acometendo a natureza tanto de eliminações, como a habilidade do

paciente de absorver nutrientes. Preservar a nutrição adequada e ministrar as saídas do estoma consistem os dois principais desafios do cuidado nutricional em pacientes ostomizados (OLIVEIRA, 2017).

Sendo assim, é preciso avaliar o consumo 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) desta forma, 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 B12, ferro, vitaminas A, D, E, e K, ácido fólico, água, proteínas, gorduras e sais biliares (BURCH, 2008; ZHOU *et al.*, 2006).

5.3 Consumo alimentar de pacientes ostomizados

Segundo Palludo *et al.* (2011), dentre os fatores mais comuns que levam o paciente ostomizado a ter um consumo alimentar inadequado destaca-se o medo da eliminação involuntária de fezes, gases e odores, que consistem em uma das principais alterações enfrentadas pelos ostomizados e que tem relação, sobretudo, com a ingestão alimentar. O temor de o intestino funcionar em momentos inadequados é muito grande e pode levá-los ao isolamento social.

Desta forma, muitos acabam tomando algumas atitudes como evitar e ou ingerir o consumo de certos alimentos por causa das propriedades e repercussões que os mesmos possam causar. No entanto, hábitos alimentares adquiridos em busca do bem-estar e com ênfase nas questões estéticas podem prejudicar a manutenção do aporte nutricional adequado ao paciente (SILVA *et al.*, 2010; BARBOSA *et al.* 2013).

Além disso, o câncer pode levar a deficiência de micronutrientes devido ao aumento tanto das necessidades como das perdas, somados a diminuição na ingestão (AMB/CFM, 2011). Por meio da Nutrição é possível modificar o processo de carcinogênese independente do seu estágio, pois a alimentação oferece inibidores e intensificadores da carcinogênese, como os antioxidantes (vitamina C, vitamina A e os carotenoides, vitamina E, selênio e zinco) (GRANT e HAMILTON, 2012).

Os alimentos antioxidantes são importantes para pacientes com câncer, pois potencializam a ação dos antineoplásicos, ocasionando na redução do tumor, e, por conseguinte, na produção diminuída dos efeitos colaterais, ainda que em pouca quantidade,

retarda ou dificulta a oxidação; podem ser classificados em enzimáticos (produzidos pelo corpo) e não enzimáticos (entre eles, os minerais e vitaminas como A, C e E). (SANTOS; CRUZ, 2001; SANTOS; SILVA, 2016).

Ao que se refere a terapia nutricional do paciente ostomizado, a mesma deve estar de acordo com as necessidades individuais e constituir-se de hábitos alimentares saudáveis, inseridos em uma dieta balanceada, que seja capaz de manter ou recuperar seu estado nutricional, visando sua reintegração à sociedade. Orientações imprecisas sobre a dieta a ser seguida, somadas a experiências alimentares negativas concebidas durante ou depois da terapia antineoplásica, juntamente com a presença de dor, anorexia, ansiedade, medo e depressão, podem levar os pacientes com colostomia a um baixo consumo de alimentos (PALLUDO *et al.*, 2011).

O objetivo da orientação nutricional é prevenir a perda de peso, o bloqueio da ostomia, alterações intestinais, e como consequência evitar infecções e irritações na região periestomal. Porém, quando uma abordagem nutricional não considera as particularidades, individualidade e preferências alimentares do paciente, a adesão à dieta não é garantida, levando a consequências como complicações e intercorrências (MOREIRA *et al.*, 2017).

Floruta *et al.* (2001), realizaram um estudo coletando dados que tinham relação com as recomendações e restrições dietéticas individuais para ostomizados e avaliaram a ingestão alimentar desses pacientes, a partir daí descobriram que a maioria dos pacientes não sentiu necessidade em aderir a todas as recomendações, 88,4% afirmou que não seguiram uma dieta especial devido a ostomia; 11,8% afirmaram ter modificado sua dieta, e 55% disseram que estavam usando a dieta especial por tempo indefinido e estavam aderindo a ela muito bem. Mais da metade dos pacientes receberam instruções dietéticas. Entre os alimentos evitados em função da ostomia estavam: frutas frescas, nozes, coco e vegetais como milho, pipoca, repolho, feijão e cebolas. As principais queixas relatadas foram bloqueio e aumento de gases.

Segundo Akbulut (2011), de modo geral as orientações para pacientes ostomizados são: Ingerir uma dieta equilibrada para adquirir vitaminas, minerais e calorias necessárias para uma boa saúde. Incluir um novo alimento de cada vez para analisar os efeitos. Consumir uma grande variedade de alimentos. Comer em intervalos regulares, não pular refeições, pois aumenta a ocorrência de fezes e gases. Mastigar bem a comida e cortar o alimento em pedaços pequenos também pode melhorar a tolerância.

Tendo em vista a mudança nos hábitos alimentares e o desconforto gerado por alguns alimentos, que causam alterações no dia a dia dos ostomizados, Palludo *et al.* (2011) expõem os principais alimentos que causam desconfortos gastrointestinais. Dentre os quais, destacam-se os alimentos constipantes como: carboidratos (batata, arroz, amido, farinha), queijo,

banana, maçã, goiaba; alimentos flatulentos: repolho, pepino, leguminosas com casca, grão de bico, bebidas gaseificadas, condimentos, alimentos fritos, alimentos ricos em lactose, feijão; os alimentos diarreicos: suco de ameixa, frutas secas e hortaliças; os alimentos altamente estimulantes do trânsito intestinal: feijão, laranja, mamão, iogurtes; os alimentos que provocam odores: álcool, feijão, cebola, alho, pimentão verde, couve, beterraba, pepino, peixe, rabanete, repolho e ovos.

Da mesma forma, os autores apresentam alimentos que reduzem esse desconforto. Dentre eles estão a salsinha fresca, considerada um desodorante natural na forma de chá, além da maçã, pêssego, pera, hortelã e salsa.

6 MATERIAL E MÉTODOS

6.1 Período e local do estudo

O presente estudo foi de corte transversal. As informações foram coletadas por meio de banco de dados entre abril e outubro de 2017 no ambulatório de ostomizados de um hospital público localizado na cidade de Recife – PE, o qual é referência estadual no atendimento de pacientes ostomizados.

6.2 Desenho do estudo

O estudo foi realizado com pacientes que foram sujeitos a ostomias. Para o cálculo amostral foi utilizado o programa Epi-Info versão 7.2, aplicando-se os parâmetros a seguir: Pacientes ostomizados cadastrados no Hospital, sendo o total de 2000 pessoas; erro máximo aceitável de cinco pontos percentuais e intervalo de confiança de 95%. Para obtenção da prevalência de pacientes ostomizados e a análise do consumo alimentar foi feito um estudo piloto. Deste modo, o tamanho da amostra mínimo foi de 92 participantes. Considerando possíveis perdas, foram acrescentados 10%, assim a amostra mínima estimada foi de 102 pacientes.

6.3 Critério de elegibilidade

Os participantes foram selecionados por conveniência, ou seja, pacientes que eram atendidos durante esse período no ambulatório e que atenderam aos critérios requeridos para serem eleitos nos critérios de inclusão, como: portadores de ostomias de retirada intestinal superior a 30 dias, com idade igual ou superior a 18 anos. Os critérios de exclusão para este estudo foram: doenças neurológicas, metabólicas ou genéticas, além da incapacidade de oferecer as informações necessárias. Primeiramente, os participantes receberam todo esclarecimento sobre a pesquisa, e seu desenvolvimento, O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, foi lido e entregue e só após a assinatura deu-se início a coleta dos dados. Os dados referentes às condições clínicas foram coletados no prontuário do participante ou por meio de informações do próprio, como o tipo de ostomia (ileostomia e colostomia), o tempo de confecção, a indicação, as patologias e complicações associadas. O período de pós-operatório considerado foi de superior a 30 dias.

6.4 Análise do consumo de macro e micronutrientes

A obtenção do consumo alimentar foi realizada por meio da aplicação de um único recordatório de 24 h, onde se verificou o consumo de calorias, macronutrientes e micronutrientes. Os valores de ingestão foram comparados através das informações do projeto Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória (ACERTO, 2016). O parâmetro utilizado para avaliar o consumo de calorias foi de 20 até 35 kcal/kg/peso e para proteínas um valor de 1,5 a 2,0 g/kg/peso. Para os carboidratos foi utilizada a recomendação de 50 a 60% de acordo com o Guia Alimentar da População Brasileira (2014). Já para os lipídeos foi considerada 30% da ingestão calórica.

Foi realizada também a estimativa do consumo de micronutrientes antioxidantes (Zn, Se, vit C, A e E), sendo utilizadas como parâmetro as informações da Estimated Average Requirement (EAR).

6.5 Avaliação socioeconômica e estilo de vida

Para a avaliação sociodemográfica e do estilo de vida foi realizado um questionário sociodemográfico de acordo com os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (2015) (ANEXO A). Na avaliação do estilo de vida foram coletadas variáveis relacionadas à prática e ao tipo de atividade física de acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2016) que recomenda a realização de atividade física de intensidade moderada durante, no mínimo, 30 minutos e 5 vezes por semana. O consumo de álcool foi categorizado em ingerido ou não ingerido. Referente ao hábito de fumar, foram divididos em não fumantes e fumantes de acordo com o estudo de Silva, Sousa e Schargodsky (1998). Foram considerados fumantes aqueles pacientes que afirmaram fumar pelo menos uma vez por semana durante os últimos 12 meses (APÊNDICE B).

6.6 Análises estatísticas

O software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 13.0 para Windows foi utilizado para a realização das análises estatísticas. As variáveis contínuas foram testadas quanto ao caráter da normalidade pelo teste de *Kolmogorov Smirnov*. Na descrição das proporções, procedeu-se à uma aproximação da distribuição normal pelos intervalos de confiança de 95% (IC95%), sendo evidenciadas diferenças significativas quando não houvesse sobreposição dos respectivos IC95%.

6.7 Considerações éticas

Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob número CAEE: 65856117.60000.5282, de acordo com a Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os indivíduos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

7 RESULTADOS

Fizeram parte da amostra 104 pessoas, com média de idade de $54,7 \pm 15,6$ anos, sendo 52,9% do sexo masculino. Com relação ao motivo da confecção da ostomia, 60,6% (n=66) tiveram como diagnóstico o câncer colorretal, 16,5% (n=17) diverticulite e 22,9% (n=24) outras circunstâncias. Dentre os fatores do estilo de vida atuais, 7,1% (n=7) eram fumantes, 6,7% (n=7) consumiam bebida alcoólica, e 94,2% (n=98) dos indivíduos não praticavam nenhum tipo de atividade física (Tabela 1).

Quanto aos dados que dizem respeito ao tempo de permanência com a ostomia, 49% da amostra tinha um tempo de 6 meses a dois anos com a ostomia. A colostomia foi o tipo de ostomia mais predominante (82%). Em relação à classificação de permanência da ostomia, os dados obtidos mostraram que 51,9% (n=54) dos pacientes ostomizados possuem ostomia de forma definitiva (Tabela 1).

Em relação ao consumo alimentar, quando analisada a ingestão calórica dos ostomizados, notou-se que 53,8% (n=56) apresentavam uma dieta de acordo com as recomendações em calorias, porém, o mesmo não foi visto no que diz respeito aos carboidratos, proteínas e lipídeos, onde 73,1% (n=76) da amostra tinham um consumo abaixo do recomendado de proteínas, 88,5% (n=92) de carboidratos e 100% (n=104) de lipídeos. Quanto aos micronutrientes, foi observado que minerais importantes da dieta como o zinco e o selênio apresentaram valores abaixo do recomendado, 55,8% (n=58) tinham uma baixa ingestão de zinco e 78,8% (n=82) baixa ingestão de selênio. Nos demais micronutrientes também foi observado um baixo consumo, como as vitaminas antioxidantes A, C, e E, onde 86,5% (n=90) dos pacientes ingeriam abaixo do recomendado as fontes de vitamina A, 65,4% (n=68) de vitamina C e 82,7% (n=86) de vitamina E (Tabela 2).

Tabela 1 - Características gerais e estilo de vida dos pacientes ostomizados atendidos em um hospital público de Recife - PE, 2017.

Características (N= 104)	N	%	IC 95%
Sexo			
Masculino	55	52,9	42,8-62,7
Feminino	49	47,1	37,2-57,1
Classificação de permanecia			
Definitiva	54	51,9	41,9-61,8
Temporária	50	48,1	38,1-58,2
Tempo de ostomias			
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
Tipo de Ostomia			
Colostomia	82	78,8	69,7-86,2
Ileostomia	18	17,3	10,6-26
Classe econômica			
Alta	40	38,5	29,0-48,5
Média	46	44,2	34,5-54,3
Baixa	18	17,3	10,9-25,5
Tabagismo			
Fumante	07	7,1	3,7-12,1
Não fumante	97	92,9	37,6-53,1
Etilismo			
Consome	09	6,7	2,95-13,3
Não consome	95	93,3	86,6-97,2
Atividade física			
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%

Fonte: LINDOZO, N. A. S., 2019.

Tabela 2 - Estimativa de calorias e nutrientes da dieta de pacientes ostomizados atendidos em um hospital público de Recife – PE, 2017.

Adequação de calorias e nutrientes	N	%
Calorias		
Adequado	56	53,8
Inadequado	48	46,2
Proteína		
Adequado	28	26,9
Inadequado	76	73,1
Carboidratos		
Adequado	12	11,5
Inadequado	92	88,5
Lipídeos		
Adequado	-	-
Inadequado	104	100
Vit A		
Adequado	14	13,5
Inadequado	90	86,5
Vit C		
Adequado	36	34,6
Inadequado	68	65,4
Vit E		
Adequado	18	17,3
Inadequado	86	82,7
Zinco		
Adequado	46	44,2
Inadequado	58	55,8
Selênio		
Adequado	22	21,2
Inadequado	82	78,8

Vit A: vitamina A; Vit C: vitamina C; Vit E: vitamina E.

Fonte: LINDOZO, N. A. S., 2019.

8 DISCUSSÃO

No que diz respeito às características sociodemográficas da amostra estudada, a faixa etária foi aproximada 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 a realização de ostomias devido a maior incidência de câncer colorretal nessa faixa etária.

Foi visto no estudo uma semelhança na prevalência entre os sexos, porém o sexo masculino obteve maior percentual, no estudo de Miranda *et al.* (2016) foi observado na amostra um percentual de 55,1% do sexo masculino. Este resultado pode estar ligado a menor frequência de procura por parte dos homens pelos serviços de saúde, o que os tornam mais expostos aos danos e complicações das doenças em estágio avançado. Além disso, o sexo masculino possui certa invisibilidade nos serviços de atenção primária, motivo que faz com que os homens se abdicuem de medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA *et al.*, 2008).

O câncer colorretal é a terceira neoplasia de maior frequência na população Brasileira em ambos os sexos. Segundo a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO, 2017) é estimado que no Brasil exista aproximadamente 34 mil pessoas ostomizadas, destas 75% são diagnosticadas com câncer colorretal, o que corrobora com os resultados do presente estudo onde foi observada maior prevalência de câncer colorretal na população estudada.

Com relação ao tabagismo, a maioria dos ostomizados não eram fumantes atualmente, porém, é provável que estes pacientes já fumaram um dia, já que o cigarro é um dos fatores de risco para o câncer colorretal. O estudo de Menezes *et al.* (2004) observou que os colostomizados com diagnóstico de câncer colorretal eram mais favoráveis a serem não fumantes atualmente devido à preocupação e importância sobre a sua sobrevivência a longo prazo. Foi observada baixa prevalência no consumo de bebidas alcoólicas atualmente, o que pode indicar um consumo anterior de bebidas alcoólicas por estes pacientes, pois o álcool também é um fator determinante para o surgimento de câncer, resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Attolini e Gallon (2010), realizado com pacientes com câncer, em que somente 5% declararam o consumo de bebidas alcoólicas.

Em relação ao tipo de ostomia de maior predominância no estudo, a colostomia obteve maior resultado. Resultados parecidos foram encontrados no estudo realizado por Miranda *et al.* (2016), onde a colostomia obteve predominância em relação a ileostomia, (84,1%) e (15,7%), respectivamente. A colostomia é uma cirurgia realizada geralmente em casos onde os pacientes apresentam neoplasia intestinal. A predominância de pessoas portadoras de

colostomia em relação às ileostomizadas faz com que, ao se planejar uma assistência, algumas considerações sejam analisadas: menor número de lesões peri-estomais, possibilidade de se realizar a irrigação, consistência das fezes, intervalo maior entre a alimentação e evacuações, condição de absorção de alimentos e medicamentos, entre outros.

Foi observado no atual estudo, quanto à temporalidade das ostomias a prevalência semelhante entre as definitivas e temporárias. De acordo com Silva, Sousa e Schargodsky (1998), esse grau de temporalidade é definido pelo tipo de diagnóstico inicial para a confecção da ostomia, onde a ostomia definitiva está associada com o câncer colorretal e urogenital, enquanto que a temporária está relacionada a traumas. Ainda no estudo de Silva, Sousa e Schargodsky (1998), foram obtidos resultados semelhantes ao presente estudo, no qual foi observado o percentual de 51,24% das ostomias definitivas e 48,76% de ostomias temporárias.

Quanto à prática de atividade física, foi observada uma baixa frequência. Provavelmente este fato ocorre devido às complicações das ostomias de longo período que geram dificuldades de locomoção nesses pacientes (MIRANDA; MACHADO, 2016). No estudo de Attolini e Gallon (2010), foi observada a proporção atual de inatividade física de cerca de 90%, o que pode influenciar no aumento do sobrepeso e obesidade e aumentar o risco de doenças cardiovasculares e dores articulares nessa população.

Na análise do consumo alimentar, foi visto que os pacientes ostomizados apresentavam ingestão calórica de acordo com as recomendações, porém em relação ao consumo de proteínas, carboidratos, lipídeos e micronutrientes como os minerais zinco e selênio e as vitaminas antioxidantes A, C, e E observou-se o consumo abaixo do recomendado. Estes resultados diferem em parte do estudo realizado por Barbosa *et al.* (2013), onde foi visto que os pacientes participantes do estudo tinham uma ingestão adequada de carboidratos, proteínas, verduras e frutas, porém, corrobora com o presente estudo em relação a ingestão de lipídeos, pois a grande maioria dos participantes afirmou não consumir gorduras (lipídeos) nas refeições devido as alterações nas evacuações.

A ingestão abaixo do recomendado para os micronutrientes avaliados, pode estar relacionado com a frequência e fracionamento do consumo de determinados alimentos, pois refeições menos fracionadas podem conter maior aporte calórico, já que o paciente passa um longo intervalo sem se alimentar, este fato somado ao consumo de refeições pobres em micronutrientes pode contribuir para a deficiência de vitaminas e minerais nesse público. Além disso, a depender da região da confecção da ostomia, este fator pode ser agravado.

Outro fator que pode contribuir para o baixo consumo de micronutrientes é a posição da ostomia que pode favorecer a deficiência de vitaminas, dentre elas as lipossolúveis como A e E. A ingestão diminuída de lipídeos nos ileostomizados acontece devido ao trânsito intestinal ser mais veloz e o resíduo mais líquido, pois não passou pelo cólon. Como consequência, pacientes com ileostomia formam volume superior de rejeitos. Os lipídeos são capazes de auxiliar no movimento das fezes, fazendo com que os ileostomizados ingiram menos gordura por temerem uma produção intestinal aumentada. Os efeitos iminentes a isto são deficiências calóricas, de ácidos graxos essenciais e vitaminas lipossolúveis (OLIVEIRA *et al.*, 2018; FULHAM, 2008).

No estudo de Barbosa *et al.* (2013) foi notada a diminuição no número de refeições realizadas ao dia, onde a maioria dos ostomizados realizavam de 3 a 4 refeições diariamente, o que contradiz a recomendação do Ministério da Saúde da ingestão diária de 6 refeições ou em intervalos de 2 a 3 horas. Segundo as autoras, o que leva o ostomizado a reduzir o número de refeições é o receio da excreção involuntária de gases e fezes. Essa atitude, porém, pode ocasionar deficiências nutricionais, tais como anemia, hipovitaminoses e até mesmo levar a desnutrição (INCA, 2011).

De acordo com Oliveira *et al.* (2018), a literatura contém poucas informações sobre o estado nutricional e hábitos alimentares e não apresenta recomendações dietéticas específicas para pessoas com ostomias. A partir desta afirmação, destaca-se a importância de mais estudos referentes ao tema que possam contribuir de alguma maneira para a melhora no consumo alimentar de pacientes ostomizados, assim como na sua qualidade de vida.

Além disso, vale ressaltar a importância do aconselhamento nutricional individualizado que contribui para a geração da autonomia e sabedoria na escolha dos alimentos que serão consumidos, assim como, o acompanhamento nutricional destes pacientes a fim de proporcionar uma dieta balanceada e de qualidade, visando sempre o contexto em que se encontra o indivíduo, como seus hábitos alimentares e culturais e suas preferências, sempre respeitando o paciente e procurando manter seu estado nutricional adequado.

9 CONCLUSÕES

A respeito do consumo alimentar de pacientes ostomizados, foi visto que grande parte dos participantes tinham uma dieta de acordo com as recomendações em relação as calorias, mas abaixo do recomendado em proteínas, carboidratos e lipídeos, assim como nos minerais zinco e selênio e nas vitaminas antioxidantes A, C e E. Devido à escassez em trabalhos contendo esta temática, houve dificuldade em fazer um levantamento na literatura para comparação dos dados obtidos no estudo, o que mais uma vez chama a atenção para a necessidade de mais pesquisas na área.

Desta forma, fica evidente a necessidade de mais estudos acerca da temática do consumo alimentar de pacientes ostomizados, assim como da Nutrição como um todo, a fim de conhecer mais profundamente os benefícios da alimentação para estes pacientes e contribuir para os avanços científicos e melhorar cada vez mais a qualidade de vida dessa população que convive com uma mudança tão significativa em suas vidas.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. **ACERTO–Acelerando a recuperação total pós-operatória**. 3. Edição. Rio de Janeiro. Rubio, 2016.
- AKBULUT, G. Nutrition in stoma patients: a practical view of dietary therapy. **International Journal of Hematology and Oncology**, Ankara, Turkey, v. 21, n. 1, p. 61-65, 2011.
- ALMEIDA, L. M. **MOOC: Uma ferramenta de ensino sobre estomias**. 2017, 117 p. Dissertação (Mestrado em Ensino da Saúde) - Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, 2017.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Terapia Nutricional na Oncologia**. São Paulo: AMB/CFM, 2011.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS. **Quantitativo aproximado de pessoas ostomizadas no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASO, 2017. Disponível em: http://www.abraso.org.br/estatistica_ostomizados.htm. Acesso em: 08 nov. 2018.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica**. São Paulo: ABEP, 2015. Disponível em: <http://www.abep.org.br/mural/anep/04-1297-cceb.htm>. Acesso em: 16 out. 2018.
- ATTOLINI, R. C.; GALLON, C. W. Life quality and nutritional profile of colostomized colorectal cancer patients. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. Rio de Janeiro, v. 30 n. 3, p. 289-298, 2010.
- BARBOSA, M. H. *et al.* Aspectos nutricionais de ostomizados intestinais de um município de Minas Gerais (Brasil). **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde REAS**, Uberaba-MG, v. 2, n. 3, p.77-87, 2013.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde**. 2. ed. Brasília: ANVISA, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BURCH, J. Nutrition and the ostomate: input, output and absorption. **British Journal of Community Nursing**, London, v. 11, n. 8, p. 349-351, 2006.
- BURCH, J. Nutrition for people with stomas 2: an over view of dietary advice. **Nursing Times**, London, v. 104, n. 49, p. 26-27, 2008.
- CESARETTI, I. U. R. *et al.* Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle intestinal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília - DF, v. 63, n. 1, p. 16-21, 2010.
- CLOSS, G.; BATISTA, S. M. M. Acompanhamento nutricional de pacientes ostomizados. **Revista de ciências da saúde**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 133-147, 1998.

COLLET, J.A.; SILVA, F.P.; AYMONE, J.L.F. Bolsas Coletoras Utilizadas por Estomizados: uma Análise Tridimensional. **Design & Tecnologia**. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. v. 6 n. 11. p. 1-10, 2016.

CREPALDE, P. A. F. **Características sociodemográficas e clínicas que afetam a qualidade de vida em pacientes estomizados intestinais**. 2016. 130 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista “júlio de mesquita filho” Faculdade de Medicina. Botucatu, 2016.

CRONIN, E. Dietary advice for patients with a stoma. **The British journal of nursing**, London, v. 21, n. 16, p. S32-34, 2012.

DOMANSKI, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. 2. ed. Revisado e ampliado. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

DUGAS, B. W. **Enfermagem Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara. 4. ed., 1998.

ECCO, L. *et al.* Perfil de pacientes colostomizados na Associação dos Ostomizados do Rio Grande do Norte. ESTIMA, **Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, São Paulo, v16, e0518, 2017.

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.

FLOCH, M. H. Probiotics safety and risk factors. **Journal of Clinical Gastroenterology**. Philadelphia, PA, v. 47, n. 5, p. 375-6, 2013.

FULHAM J. Providing dietary advice for the individual with a stoma. **British Journal of Nursing**. London, v. 17, n. 2, p. 22-7, 2008.

GRANT, B. L.; HAMILTON, K. K. Terapia Nutricional Médica para prevenção, tratamento e recuperação do câncer. *In*: MAHAN, L. K; ESCOTT-STUMP, S; RAYMOND, J.L. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

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: 06 mar. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer I. Serviço de Nutrição e Dietética. **Consenso Nacional de Nutrição Oncológica**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

LUCAS, I. F. G. **A intervenção farmacêutica em doentes ostomizados**. 2016. 36 p. Dissertação (Mestrado em Ciência Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal. 2016.

- LUZ, M. H. B.A. *et al.* Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público de Teresina-PI. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.1, p. 140-6, 2009.
- MALACHIAS M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. São Paulo, v. 107, p.1-83, 2016.
- MENEZES, A. M. B. *et al.* Tabagismo em estudantes de Medicina: tendências temporais e fatores associados. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília - DF, v. 30, n. 3, p. 223-8, 2004.
- MIRANDA, S. M. *et al.* Caracterização sociodemográfica e clínica de pessoas com estomia em Teresina. **Revista Estima**. São Paulo - SP, v. 14, n. 1, p. 20-35, 2016.
- MOREIRA *et al.* Autocuidado com estomias: Compreensão dos pacientes hospitalizados acerca das orientações recebidas pela equipe. **Enfermagem revista**, Belo Horizonte - MG, v. 20, n. 2, p. 116-134, 2017.
- NASCIMENTO, M. V. F. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em pós-operatório de confecção de estomas intestinais de eliminação. **Revista Ciencia y enfermeria**, Concepcion, Chile, v. 24, p. 15, 2018.
- OLIVEIRA, A. L. **Qualidade de vida relacionada à saúde e perfil nutricional de portadores de derivação intestinal – colostomia e ileostomia**. Tese (Saúde Brasileira) – Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, 2017.
- OLIVEIRA, A. L. *et al.* A Cross-Sectional Study of Nutritional Status, Diet, and Dietary Restrictions Among Persons With An Ileostomy or Colostomy. **Ostomy Wound Management**. Malvern, PA, v. 64, n. 5 p.18-29, 2018.
- PALLUDO, K. F. *et al.* Avaliação da Dieta de Pacientes com Colostomia Definitiva por Câncer Colorretal. **Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências ESTIMA**. São Paulo - SP, v. 9, n.1, 2011. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/64>. Acesso em: 16 out. 2018.
- POGGETO M. T. D. *et al.* Conhecimento do profissional enfermeiro sobre ileostomia na atenção básica. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, Minas Gerais, v. 16, n. 4, p. 502-8, 2012.
- RAMOS R. S. *et al.* Perfil dos pacientes estomizados com diagnóstico primário de câncer de reto em acompanhamento em programa de reabilitação. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 280-6, 2012.
- ROCHA, J.J.R. **Coloproctologia: Princípios e práticas**. São Paulo: Atheneu, 2011.
- ROCHA J. J. R. Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 1, p. 51-56, 2011.
- SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia: cuidado de pessoas com estomia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

SANTOS, E. M.; SILVA, M. L. S. **Estado nutricional e ingestão alimentar de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico em um instituto de oncologia e radioterapia de Porto Velho – RO.** 2016. Trabalho de conclusão de curso (bacharelado em Nutrição) - Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2016.

SILVA, D. G. *et al.* Influência dos hábitos alimentares na reinserção social de um grupo de estomizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, n. 1, p. 56-62, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i1.5246>. Acesso em: 06 mar. 2019.

SILVA, J. C. *et al.* A percepção de vida dos ostomizados no âmbito social. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, MG, v. 12, n. 1, p. 346-355, 2014.

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. 71, n. 5, p. 667-675, 1998.

UOAA (United Ostomy Associations of America). **Surgical option for bowel diversion.** Kennebunk, ME. 2015. Disponível em: http://www.ostomy.org/Ostomy_Information.html. Acesso em 07 mar. 2019.

ZHOU, T. *et al.* Early removing gastrointestinal decompression and early oral feeding improve patients' rehabilitation after colectostomy. **World J Gastroenterol**, Pleasanton, CA, v. 12, n. 15, p. 2459-2463, 2006.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente projeto intitulado **CONSUMO ALIMENTAR DE PACIENTES OSTOMZADOS**, desenvolvido por aluna de graduação em nutrição da Universidade Federal de Pernambuco do Centro Acadêmico de Vitória e tem como objetivo analisar o consumo alimentar de pacientes ostomizados, assistidos pelo ambulatório do Hospital Barão de Lucena.

A sua participação no projeto é voluntária e, portanto, você não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ ou colaborar com os procedimentos 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 perguntas. Como benefícios você receberá as orientações nutricionais necessárias. Solicito a sua autorização para publicação dos resultados deste projeto. Para esclarecimentos de qualquer dúvida ligar para a pesquisadora responsável, Natália Adriane da Silva Lindozo.

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 – AVALIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA

Data da coleta: ___/___/___

- **Dados Pessoais**

1.1. Nome completo: _____

1.2. N° do prontuário: _____;

1.3. Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Sexo:(F) (M)

- **Dados de Saúde**

2.1. Data da confecção da ostomia ___/___/___.

2.2. Diagnóstico Clínico para realização da ostomia: _____

2.3. Tempo da ostomia: _____

2.5. Comorbidades:

- () Diabetes
- () Hipertensão Arterial
- () Hipotensão Arterial
- () Dislipidemia
- () Hipoglicemia
- () Obesidade
- () Doenças cardiovasculares
- () Outra (Qual? _____)

3. O (a) Sr. (a) pratica atividade física? (30 minutos 5x na semana) Sim () Não ()

4. O (a) Sr. (a) ingere bebida alcoólica?

- () Consome
- () Não consome

6. O (a) Sr. (a) fuma?

- () Não, nunca fumei
- () Ex-fumante.(Paro há mais de 10 anos)
- () Fumante

ANEXO A – CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA DA POPULAÇÃO

ANEXO A – Classificação econômica da população					
SISTEMA DE PONTOS					
Posse de itens					
	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
Grau de Instrução do chefe de família					
Nomenclatura Antiga		Nomenclatura Atual			
Analfabeto/ Primário incompleto		Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto		0	
Primário completo/ Ginásial incompleto		Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto		1	
Ginásial completo/ Colegial incompleto		Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto		2	
Colegial completo/ Superior incompleto		Médio Completo/ Superior Incompleto		4	
Superior completo		Superior Completo		8	
CORTES DO CRITÉRIO BRASIL					
Classe	Pontos				
A1	42 - 46				
A2	35 - 41				
B1	29 - 34				
B2	23 - 28				
C1	18 - 22				
C2	14 - 17				
D	8 - 13				
E	0 - 7				

Informações referentes ao LSE 2011
9 RMs – IBOPE Mídia

Classes	Renda média bruta familiar no mês em R\$
Classe A	9.263
Classe B1	5.241
Classe B2	2.654
Classe C1	1.685
Classe C2	1.147
Classe DE	776