

Tabus alimentares e avaliação nutricional em pessoas com estomia no contexto amazônico

Food taboos and nutritional assessment in people with ostomy in the amazon context

Tabúes alimentarios y evaluación nutricional en personas con ostomía en el contexto amazónico

Recebido: 18/02/2022 | Revisado: 25/02/2022 | Aceito: 07/03/2022 | Publicado: 14/03/2022

Máyra Patrícia do Carmo Amaral

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6794-3781>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: mayra1997ufpa@gmail.com

Vanessa Vieira Lourenço-Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0102-3960>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: vlourencocosta@hotmail.com

Regina Ribeiro Cunha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6401-8988>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: reginaribeirocunha@gmail.com

Marília de Souza Araujo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9888-7548>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: maraujo@ufpa.br

Kellyne Santana Barros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9440-7298>

Centro Universitário do Pará, Brasil

E-mail: kellynesantanabarros@gmail.com

Suzany Trindade Queiroz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1586-4461>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: suzanytqueiroz@gmail.com

Resumo

O incremento de doenças crônicas nos últimos anos trouxe aumento da necessidade de colocação das bolsas de estomia. Mudanças ocorrem na vida destes indivíduos, e a alimentação sofre impacto, através do tabu alimentar as pessoas param de consumir determinados alimentos, por medo e como tentativa de prevenção das situações constrangedoras. Trata-se de um estudo o qual buscou verificar os tabus alimentares de pessoas com estomia, fazer uma avaliação nutricional e estabelecer se há correlações. Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal, descritivo e quantitativo, foram entrevistados 77 indivíduos com estomia intestinal e urinária, na Unidade de referência especializada, os dados coletados através do questionário sociodemográfico verificaram tipo e caráter de estomia e etiologia, avaliação antropométrica (índice de massa muscular, circunferência do braço, circunferência muscular do braço e prega cutânea tricipital) além da pergunta “possui tabu/crença alimentar?” No caso de resposta afirmativa eram perguntados quais. Os resultados obtidos apontaram que 66% dos participantes possuíam tabu alimentar, tanto homens quanto mulheres apresentaram para camarão e carne de porco, mesmo sem uma porcentagem significativa de intolerâncias e alergias, estes alimentos fazem parte de pratos culinários da região afetando assim a socialização, porém não houve correlação significativa com o estado nutricional ao se avaliar índice de massa corporal ($p=0,13$), adequação da prega cutânea tricipital ($p=0,26$) e da circunferência do braço ($p=0,59$) e circunferência muscular do braço ($p=0,74$), demonstrando o quanto a crença individual e a sociedade influenciam nas escolhas alimentares das pessoas, este ato pode trazer prejuízos.

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

Abstract

The increase in chronic diseases in recent years has rise the need for placement of ostomy bags. Changes occur in their lives, and food is impacted, through the food taboo people stop consuming certain foods, out of fear and as an attempt to prevent embarrassing situations. This study sought to verify the food taboos of people with ostomy, make a nutritional assessment and establish if there are correlations. This is a cross-sectional, descriptive and quantitative research, seventy seven individuals with intestinal and urinary ostomy were interviewed at the specialized referral unit, the data collected through the sociodemographic questionnaire verifying the type and character of ostomy and etiology, anthropometric evaluation (body mass index, arm circumference, arm muscle circumference and tritrital

skinfold) in addition to the question "do you have a taboo/food belief?" In the case of an affirmative answer, which ones were asked. The results showed that 66% of the participants had food taboo, both men and women presented for shrimp and pork, even without a significant percentage of intolerances and allergies, these foods are part of culinary dishes in the region thus affecting socialization, but there was no significant correlation with nutritional status when evaluating body mass index ($p=0.13$), adequacy of Trirital Skinfold ($p=0.26$) and arm circumference ($p=0.59$), and arm muscle circumference ($p=0.74$), demonstrating how much individual belief and society influence people's dietary choices, this can cause damage.

Keywords: Ostomy; Nutritional Status; Food taboo.

Resumen

El aumento de enfermedades crónicas en los últimos años ha aumentado la necesidad de bolsas de ostomía. Los cambios ocurren en la vida de estos individuos, la comida se ve afectada, a través del tabú de alimentación las personas dejan de consumir ciertos alimentos, por miedo y como intento de prevenir situaciones embarazosas. Este estudio buscó verificar los tabúes alimentarios de personas con ostomía, hacer una evaluación nutricional y establecer si existen correlación. Se trata de una investigación transversal, descriptiva y cuantitativa, Foram entrevistados 77 personas con ostomía intestinal y urinaria en unidad de referencia especializada, datos recogidos a través del cuestionario sociodemográfico de verificación del tipo y carácter de ostomía y etiología, evaluación antropométrica (índice de masa muscular, circunferencia del brazo, circunferencia muscular del brazo y pliegue cutáneo triestrital) además de la pregunta "¿tienes un tabú / creencia dietética?" En caso de afirmativa, preguntaron cuáles. Los resultados mostraron 66% de los participantes tenían tabúes alimentarios, tanto hombres como mujeres se presentaron para camarones y carne de cerdo, incluso sin porcentaje significativo de intolerancias y alergias, estos alimentos forman parte de platos culinarios de región, afectando la socialización, pero no hubo correlación significativa con el estado nutricional al evaluar el índice de masa corporal ($p = 0,13$), adecuación del pliegue cutáneo triestrital ($p = 0.26$) y la circunferencia del brazo ($p = 0.59$), y la circunferencia muscular del brazo ($p = 0.74$), que demuestra cuánto influyen creencias individuales y sociedad en Opciones de alimentos de las personas, este acto puede causar daño.

Palabras clave: Estomía; Estado nutricional; Tabú alimentario.

1. Introdução

Com as alterações epidemiológicas e de alimentação na sociedade houve um incremento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), estas mudanças influenciam nas chances de desenvolvimento de patologias como neoplasias, doenças intestinais, obesidade e outras, assim como a necessidade de colocação da bolsa de estomia (Selau et al., 2019).

Segundo o Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), de Dezembro de 2020 a Dezembro de 2021 foram aprovados 623 procedimentos de colostomia e 322 de Ileostomia ou Jejunostomia na região norte. O Instituto nacional de câncer (INCA, 2020) nas suas estimativas de incidência por 100 mil habitantes, de casos novos de localização primária de neoplasia maligna, apontou 20.540 casos de cólon e reto em homens e 20.470 em mulheres para 2020, o segundo entre os homens (9,1%) e entre as mulheres (9,2%) no país. Na região norte, 510 entre os homens na quarta posição (5,3%) e 590 entre as mulheres no terceiro lugar (6,3%).

O Estoma é uma abertura cirúrgica, se expõe uma parte do intestino para a parede abdominal, podendo ser denominado de Colostomia, Jejunostomia ou Ileostomia, ou no caso de serem exteriorizados os dutos urinários se chamar Urostomia para coleta de urina, não havendo maneiras de conter o fluxo, a pessoa passa a ter que utilizar uma bolsa aderida à pele, para coleta (Brasil, 2009).

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

Os tabus alimentares variam de região, crenças, religião, aspectos sociais, ou seja, é uma representação cultural de determinado povo, no Brasil, miscigenado, cada região possui seus tabus, no norte o mais observado são os alimentos denominados *remosos* conhecidos como os que possuem *reima*, os quais prejudicariam o sangue e causariam coceira. Alguns alimentos tais como, mariscos, caranguejo, pato, carne de caça, peixes de coró, e outros supostamente causam mal a pessoas

em situações específicas, como no pós-operatório, infecções, inflamações, contribuindo para piora do quadro (Júnior & Estácio, 2013; Costa-Neto, 2000).

Diante disso, hipóteses são levantadas sobre a reação destes no indivíduo, relacionadas à alimentação dos animais considerados *remosos*, os quais em pessoas debilitadas ocorreria a ativação da resposta imunológica por padrões moleculares associados à patógenos (PAMPs) através de estruturas moleculares encontradas na superfície de microrganismos, pelo consumo destes animais de alimentos em decomposição, rico em bactérias e suas toxinas, as quais mesmo após cozimento sobreviveriam. Gerando assim, aumento da reação do processo inflamatório agudo, permanência das fases vascular e celular da inflamação, aumentando o óxido nítrico, histamina, citocinas pró-inflamatórias e outras, gerando edema, rubor e urticária. (Júnior & Estácio, 2013; Cruvinel et al., 2010).

Outra hipótese é, alta sensibilidade imediata, com interação alérgeno e Imunoglobulina E (IgE) a qual está formada e fixada a receptores da superfície de mastócitos e basófilos, liberando histamina e derivados do ácido araquidônico, provocando urticária (Júnior & Estácio, 2013; Júnior et al., 2010).

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

Comer muito coco da Bahia prende o intestino, mas laranja principalmente solta muito o intestino. Então a gente sempre controla. Eu controlo por conta própria. Ninguém me ensinou isso. Alimento que tem caroço como jabuticaba, comer pouco porque engastalha e não sai (Silva et al., 2010, p.58).

Quando eu vou sair eu não como nada, porque senão solta muito ou prende. Então eu saio sem comer nada, às vezes fico o dia todinho sem comer para poder ir pra casa da minha mãe. Porque as vezes quer vestir uma calça e não tem jeito, porque a bolsa pode ficar cheia e daí você passa vergonha. Tem gente que abusa da gente, então tem que ficar sem comer. Esses hábitos eu não utilizo diariamente porque as vezes não pode, a gente fica fraco (Silva et al., 2010, p.60).

O estado nutricional é variável, alguns ganham peso e outros perdem, sofrendo influência direta do ambiente social e familiar. Assim, o nutricionista é essencial para interferir de maneira correta na alimentação, para auxiliar e evitar que se perpassem mitos e crenças que se tornarão uma cascata de desinformação, mas alguns pacientes não têm acesso ao profissional no pré e pós-operatório (Selau et al., 2019).

Sabe-se que o efeito de determinado alimento no organismo é variável, e por isso o que faz mal a uma pessoa não necessariamente fará a outra (Júnior & Estácio, 2013), então para que se tenha uma atenção redobrada e não se retire determinados alimentos o correto é a reintrodução gradual e em pequenas quantidades dos alimentos, para que se observe a reação naquele corpo (Barros et al., 2019).

Tendo em vista, as mudanças que ocorrem na vida dos pacientes, a pessoa precisa se readaptar a uma nova situação, fazendo-se necessário o acompanhamento por profissionais de várias áreas da saúde, enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros (Selau et al., 2019).

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

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter transversal, descritivo e quantitativo, cujos dados foram retirados de um projeto de pesquisa. Realizado em uma Unidade de Referência Especializada (URES). Nesta, são encontrados pacientes referenciados de

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

Assim, foram coletados presencialmente os dados de 77 indivíduos (n), que possuem a bolsa de estomia intestinal ou urinária, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com condições que possibilitavam a antropometria, responder ao questionário e que aceitaram voluntariamente a participação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta ocorreu de janeiro a março de 2020, os estomizados eram questionados na área de espera se tinham interesse em participar, casos sim eram conduzidos para a sala da nutrição, para iniciar a pesquisa. A entrevista com preenchimento do questionário estruturado, com dados sociodemográficos, sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, aspectos clínicos como etiologia da doença, tipo e caráter de estomia, hábitos tabáticos ou étlicos e atividade física.

Na antropometria, foram aferidos peso atual e altura de acordo com as recomendações de Jelliffe (1966), a estatura aferida com o estadiômetro afixado à balança, com capacidade de 1,90 metros. Estes dados foram utilizados para o índice de massa corporal (IMC) com o intuito de verificar o estado nutricional e classificados de acordo com world health organization (WHO, 2000) para adultos, e o Inquérito sobre Saúde, bem-estar e envelhecimento (SABE), coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e organizado por Lebrão e Duarte (2013), para idosos.

A circunferência do braço (CB) foi medida com fita métrica inextensível, com capacidade de medir 2 metros, conforme a técnica de Cameron (1984) com o braço relaxado medindo-se o ponto médio entre o acrômio da escápula e o olecrano da ulna. Para o cálculo da adequação da CB, o percentil 50, de acordo com Frisancho (1990) para os com até 75 anos e Burr e Phillips (1984) para os com idade superior. O resultado classificado conforme Blackburn e Thornton (1979).

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

Assim, para avaliação da reserva de tecido muscular, foi calculada a circunferência muscular do braço (CMB) e sua adequação classificada de acordo com Blackburn e Thornton (1979). A observação dos tabus ou crenças alimentares foi realizada a partir da pergunta “possui algum tipo de Tabu/crença alimentar?” Caso apresentassem eram questionados quais. Após esse questionamento, foram dadas orientações sobre reintrodução gradual desses alimentos para os que já estavam a três meses da cirurgia, com dicas e retirada de dúvidas.

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

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

O presente estudo foi baseado nas diretrizes e normas regulamentadoras, contidas na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a qual aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, e a coleta foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, parecer nº 3.761.150.

3. Resultados

Dos 77 indivíduos, 53% eram do gênero masculino e média de idade de 48,8 anos e 47% do gênero feminino com

idade média de 52,7 anos, os homens 51% em união estável ou casados e 44% possuíam ensino fundamental incompleto. Já o sexo feminino 39% solteira e 47% com ensino médio completo (Tabela 1).

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

Tabela 1 - Distribuição dos aspectos sociodemográficos, comportamentais, total e estratificado por sexo, de pessoas com estomia, Belém, Pará, 2020.

Variáveis	Masculino	Feminino	p-valor	Total
	(n=41)	(n=36)		(n=77)
	n (%)	n (%)		n (%)
Faixa etária				
<20 anos	-	-		-
20 35 anos	9 (22%)	7 (19%)	^a 0,38	16 (21%)
35 50 anos	13 (32%)	6 (17%)		19 (25%)
50 60 anos	8 (20%)	11 (31%)		19 (25%)
A partir de 60 anos	11 (27%)	12 (33%)		23 (30%)
Situação Conjugal				
Solteiro (a)	16 (39%)	14 (39%)	^b 0,10	30 (39%)
União estável/ casado (a)	21 (51%)	12 (33%)		33 (43%)
Divorciado (a)	3 (7%)	4 (11%)		7 (9%)
Viúvo (a)	1 (2%)	6 (17%)		7 (9%)
Escolaridade				
ANF	3 (7%)	3 (8%)		6 (8%)
EFI	18 (44%)	7 (19%)		25 (32%)
EFC	4 (10%)	5 (14%)		9 (12%)
EMI	7 (17%)	2 (6%)		9 (12%)
EMC	7 (17%)	17 (47%)	^b 1,00	24 (31%)
ESI	-	-		-
ESC	2 (5%)	2 (6%)		4 (5%)
PG	-	-		-
Bebe				
Sim	15 (37%)	6 (17%)	^a 0,08	21 (27%)
Não	26 (63%)	30 (83%)		56 (73%)
Etilismo				
Não bebe	26 (63%)	30 (83%)		56 (73%)
Diário	1 (2%)	-		1 (1%)
Semanal	6 (15%)	-		6 (8%)
Mensal	4 (10%)	1 (3%)	^b 0,11	5 (6%)
Raro	4 (10%)	5 (14%)		9 (12%)
Tabagismo				
Sim	10 (24%)	2 (6%)	^b 0,04*	12 (16%)
Não	31 (76%)	34 (94%)		65 (84%)
Atividade física				
Sim	14 (34%)	10 (28%)	^a 0,72	24 (31%)
Não	27 (66%)	26 (72%)		53 (69%)

(-) Dados numéricos igual a zero. a – Teste do Qui-quadrado; b – Teste G (Contingência). *Resultado estatisticamente significativo ($p \leq 0,05$). ANF: analfabeto; EFI: ensino fundamental incompleto; EFC: ensino fundamental completo; EMI: ensino médio incompleto; EMC: ensino médio completo; ESI: ensino superior incompleto; ESC: ensino superior completo; PG: pós-graduação.
Fonte: Autores (2021).

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

Tabela 2 - Distribuição das características clínicas da doença, total e estratificado por sexo, de pessoas com estomia, Belém, Pará, 2020.

Variáveis	Masculino (n=41)	Feminino (n=36)	p-valor	Total (n=77)
	n (%)	n (%)		n(%)
Etiologia da doença				
Congênito	-	-		-
Inflamatória intestinal	1 (2%)	2 (6%)		3 (4%)
Trauma	7 (17%)	3 (8%)	1,00	10 (13%)
Iatrogenia	-	-		-
Neoplasia	21 (51%)	25 (69%)		46 (60%)
Outros	12 (29%)	5 (14%)		17 (22%)
Tipo de estomia				
Colostomia	32 (78%)	21 (58%)		53 (69%)
Ileostomia	6 (15%)	10 (28%)	0,18	16 (21%)
Urostomia	3 (7%)	5 (14%)		8 (10%)
Caráter da estomia				
Permanente	14 (34%)	18 (50%)		32 (42%)
Temporário	22 (54%)	11 (31%)	0,12	33 (43%)
Indefinido	5 (12%)	7 (19%)		12 (16%)

(-) Dados numéricos igual a zero. Teste G (Contingência), $p \leq 0,05$. Fonte: Autores (2021).

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

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

Tabela 3 - Distribuição de tabu alimentar, intolerância e alergia alimentar, total e estratificado por sexo, de indivíduos com estomia, Belém, Pará, 2020.

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

a - Teste do Qui-quadrado; b – Teste G (Contingência), $p \leq 0,05$. Fonte: Autores (2021).

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

Tabela 4 - Correlação entre tabu, intolerância e alergia alimentar com o estado nutricional de pessoas com estomia, Belém, Pará, 2020.

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

Teste de Regressão Linear Múltipla ($p \leq 0,05$). Fonte: Autores (2021).

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

Tabela 5 – Distribuição dos tipos de tabus alimentares, total e estratificado por sexo, de pessoas com estomia, Belém, Pará, 2020.

Variáveis	Masculino (n=27)	Feminino (n=24)	p-valor	Total (n=51)
	n (%)	n (%)		n (%)
Camarão				
Sim	18 (67%)	17 (71%)	^a 0,98	35 (69%)
Não	9 (33%)	7 (29%)		16 (31%)
Peixe de pele				
Sim	11 (41%)	7 (29%)	^a 0,56	18 (35%)
Não	16 (59%)	17 (71%)		33 (65%)
Carne de porco				
Sim	18 (67%)	17 (71%)	^a 0,98	35 (69%)
Não	9 (33%)	7 (29%)		16 (31%)
Caranguejo				
Sim	4 (15%)	4 (17%)	^b 0,83	8 (16%)
Não	23 (85%)	20 (83%)		43 (84%)
Ovo				
Sim	4 (15%)	3 (12%)	^b 0,86	7 (14%)
Não	23 (85%)	21 (88%)		44 (86%)
Outros				
Sim	8 (30%)	10 (42%)	^a 0,54	18 (35%)
Não	19 (70%)	14 (58%)		33 (65%)

a - Teste do Qui-quadrado; b – Teste G (Contingência). Fonte: Autores (2021).

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

Tabela 6 - Regressão linear múltipla dos tipos de tabu alimentar com o estado nutricional de indivíduos com estomia, Belém, Pará, 2020.

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

Índice de massa corporal (IMC); Circunferência muscular do braço (CMB); Prega cutânea tricípita (PCT); Circunferência do braço (CB). Teste de Regressão Linear Múltipla ($p \leq 0,05$). Fonte: Autores (2021).

4. Discussão

Observou-se 53% dos entrevistados do gênero masculino, os quais estavam em união estável ou casados 51%, 47% mulheres com 39% solteiras. Na literatura o perfil dos indivíduos estomizados é heterogêneo, o estudo de Oliveira et al. (2018) pelo prontuário de 123 pacientes, obtiveram 51,2% do sexo masculino, e no estudo de Barbosa et al. (2013) de 45 indivíduos

60% eram do gênero masculino, dados semelhantes ao deste trabalho, porém Queiroz et al. (2017) dos 97 indivíduos da associação de ostomizados do Rio Grande do Norte, 53,6% eram mulheres dado que diferem, além de 45,36% está casado.

O grau de escolaridade influencia na qualidade de vida das pessoas, os homens afirmaram um nível de escolaridade menor, ensino fundamental incompleto, e as mulheres ensino médio completo este dado pode interferir na expectativa de vida, pois quanto menor a escolaridade menor a expectativa de vida. Sendo assim, para as mulheres isso é positivo, levando-se em consideração que mulheres já apresentam maior cuidado em saúde preventivo em relação aos homens (Silva et al., 2016).

Observa-se um conjunto de fatores de risco como responsáveis pelas mortes de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre eles estão tabagismo, inatividade física e excesso de bebidas alcoólicas (WHO, 2014). Assim, é positivo os participantes não fumarem e quando bebem ser raramente, e negativo os homens fumarem mais que mulheres o que pode levar a maiores chances de desenvolvimento dessas doenças.

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

Tendo em vista, que hábitos de vida como o sedentarismo podem levar à obesidade que é fator de risco para o desenvolvimento de câncer segundo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2021), isso se torna preocupante no grupo que apresenta como etiologia a neoplasia, não é praticante de atividade física, e possui percentual de sobrepeso e obesidade.

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

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

Demonstrou-se maior reserva de gordura nos homens com relação às mulheres pela PCT, e percentual de sobrepeso e obesidade para ambos pelo IMC, preocupante tendo em vista que o depósito de gordura pode aumentar as chances de desenvolvimento de DCNT, como as cardiovasculares, a qual no Brasil é a principal causa de morte segundo Nascimento et al. (2018), levando em consideração que os indivíduos apresentaram alta porcentagem de sedentarismo, piorando o quadro de saúde destes.

Não possuíam alergia e intolerância alimentar, corroborando com o estudo de Barbosa et al. (2013), encontraram 91,1% dentre os 45 pacientes não possuíam intolerância alimentar.

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

Essa observação demonstra que pessoas com estomia, deste grupo, retiram alimentos de sua alimentação supostamente bem tolerados, apesar da baixa porcentagem de intolerâncias e alergias alimentares, devido suas crenças, cultura, ambiente social, ou seja, por medo de afetar sua saúde ou o estoma. Estas práticas ocorrem pela falta de orientação, reforçando

a importância do papel do nutricionista desde o pré-operatório para guiar e esclarecer dúvidas, gerando qualidade de vida e melhorando o social deste indivíduo, o qual por vezes não consome o alimento que faz parte de datas comemorativas.

Os relatos na região amazônica dos motivos para rejeição de espécies são variados dentre eles por serem *remosos*, carregados, venenosos, por risco de enfermidade, por fazer mal à saúde, e por isso devem ser evitados em alguns estados de doença, ferimentos, cortes, pós-operatório, também podem ser rejeitados pelo sabor, aparência, cheiro, causariam desde dor de cabeça, tontura, inchaço, coceira até piora da situação de saúde. Camarão, peixe de couro e escama, carne de caça estão entre eles, isso demonstra que o tabu ou crença alimentar influencia diretamente na prática alimentar (Barboza et al., 2014; Figueiredo & Barros, 2016).

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

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

5. Considerações Finais

Durante a entrevista observou-se que os indivíduos possuíam tabus alimentares, foi um fator positivo para que se entenda o grupo e isto auxilie no cuidado em saúde, pois apesar de não ter sido observada correlação significativa entre o tabu alimentar e o estado nutricional, pode-se conhecer os tipos de tabus, os mais mencionados foram o camarão e a carne de porco, este foi um fator negativo, pois além de estarem presentes no cotidiano também fazem parte de comidas típicas da região, as quais normalmente são consumidas durante datas comemorativas, isso pode afetar a socialização das pessoas que já possuem certas barreiras sociais. Observa-se a grande importância do nutricionista como orientador, auxiliando no cuidado em saúde e diminuindo os medos da pessoa, sempre respeitando sua cultura e crenças. Os indivíduos estavam eutróficos na sua maioria, porém também foram encontrados sobrepeso e obesidade além de sedentarismo, podendo aumentar as chances do desenvolvimento de DCNT.

Diante dos resultados encontrados neste, observa-se a necessidade e a importância de trabalhos que colem as particularidades nutricionais, comportamentais, físicas, e outras, de pessoas com estomia. A fim de proporcionar um cuidado em saúde direcionado e eficaz nas especificidades deste grupo, trazendo informações que poderão ser utilizadas para o combate de desinformações que os prejudica.

Agradecimentos

Unidade de referência especializada (URES)- Presidente Vargas, Belém, Pará, por permitir a utilização do ambiente para coleta de dados; Pró-reitoria de extensão (PROEX) da Universidade Federal do Pará pelo apoio institucional. Alyne França da Silva e Jéssica Thuanny Teixeira Barreto pela ajuda na coleta de dados durante o projeto de pesquisa.

Referências

- Barbosa, M. H., Alves, P. I., Silva, R., Luiz, R. B., Dal Poggetto, M. T. & Barichello, E. (2013). Aspectos nutricionais de estomizados intestinais de um município de Minas Gerais (Brasil). *Revista de enfermagem e atenção à saúde*, 2 (3), 78-86. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-26663>
- Barboza, R. S., Barboza, M. S. & Pezzuti, J. C. (2014). Aspectos culturais da zooterapia e dieta alimentar de pescadores artesanais do litoral paraense. *Fragmentos de cultura Revista interdisciplinar de ciências humanas*, 24 (2), 267-280. revistas.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/3309/1922

- Barros, K. S., Cunha, R. R. & Lourenço-Costa, V. V. (org.). (2019). Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST). *Alimentação amazônica: guia para pessoas com estomia*. https://ascom.ufpa.br/links/outros/Guia_alimentar_na_Regiao_Amazonica.pdf
- Blackburn, G. L. & Thorton, P. A. (1979). Nutritional assessment of the hospitalized patient. *Medical Clinics of North America*, 63 (5), 1103-1115. [https://doi.org/10.1016/S0025-7125\(16\)31663-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7125(16)31663-7)
- Brasil. (2009). Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html
- Burr, M. L. & Phillips, K. M. (1984). Anthropometric norms in the elderly. *British Journal of Nutrition*, 51 (2), 167-168. <https://doi.org/10.1079/BJN19840020>
- Cameron, N. (1984) *The Measurement of Human Growth*. London: Croom Helm.
- Costa-Neto, E. M. (2000). Restrições e preferências alimentares em comunidades de pescadores do município de Conde, estado da Bahia, Brasil. *Revista de Nutrição*, 13(2), 118-125. <https://doi.org/10.1590/S1415-5273200000200006>
- Cruvinel, W. M., Júnior, D. M., Araújo, J. A., Catelan, T. T., Souza, A. W., Silva, N. P. & Andrade, L. E. (2010). Sistema Imunitário- Parte I: Fundamentos da imunidade inata com ênfase nos mecanismos moleculares e celulares da resposta inflamatória. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 50(4), 434-447. <https://www.scielo.br/j/rbr/a/QdW9KFBP3XsLvCYRJ8Q7SRb/?format=pdf&lang=pt>
- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). (2021). *Procedimentos Hospitalares do SUS*. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qiuf.def>
- Figueiredo, R. A. & Barros, F. B. (2016). Caçar, preparar e comer o “bicho do mato”: práticas alimentares entre os quilombolas na reserva extrativista Ipaú-anilzinho (Pará). *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi: Ciências Humanas*, 11(3), 692-710. <https://doi.org/10.1590/1981.81222016000300009>
- Frisancho, A. R. (1990). *Antropometric standards for the assessments of growth and nutritional status*. United states of America: The university of Michigan press.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). (2020). *Estimativa 2020*. <https://www.inca.gov.br/estimativa/regiao/norte>
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). (2021). *Prevenção e fatores de risco*. <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/prevencao-e-fatores-de-risco>
- Jelliffe, D. B. (1966). Direct nutritional assessment of human groups. *The assessment of the nutritional status of the community*. (pp.50-77). World health organization: monograph series nº 53. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41780?show=full>
- Júnior, D. M., Araújo, J. A., Catelan, T. T., Souza, A. W., Cruvinel, W. M., Andrade, L. E. & Silva, N. P. (2010). Sistem Imunitário –Parte II: Fundamentos da resposta imunológica mediada por linfócitos T e B. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 50(5), 552-565. <https://www.scielo.br/j/rbr/a/kPW8JNvSRfRy7RkdZVjW3tw/?format=pdf&lang=pt>
- Júnior, L. C. & Estácio, A. G. (2013). Tabus alimentares em medicina: uma hipótese para fisiopatologia referente aos alimentos remeros. *Revista da Associação médica brasileira*, 59(3), 213-215. <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.04.001>
- Lebrão, M. L. & Duarte, Y. A. (2003). *O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial* (Ed.1). (p.102). Organização Pan-Americana de Saúde –OPAS/OMS, SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. Brasília: Athalaia Bureau. www.hygeia3.fsp.usp.br/sabe/livrosabe/Livro_SABE.pdf
- Lima, L. H., Pain, S. C., Serrano, F. F., Raimundo, M. C., Genaro, S. C., Lenquiste, S. A., Ribeiro, G. G., Mello, F. A. & Fagiani, M. A. (2020). Perfil nutricional dos pacientes colostomizados de um hospital público no interior paulista. *Journal unoeste*, 12(2), 87-91. <https://core.ac.uk/download/337601985.pdf>
- Moraes, J. T., Melo, A. F., Araújo, C., Faria, R. G., Ferreira, N. R. & Belo, V. S. (2019). Anthropometric and dietetic evaluation of people with ileostomies. *Arquivos de gastroenterologia*. , 56(1), 34-38. <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.201900000-07>
- Nascimento, B. R., Brant, L. C., Oliveira, G. M., Malachias, M. V., Reis, G. M., Teixeira, R. A., Malta, D. C., França, E., Souza, M. F., Roth, G. A. & Ribeiro, A. L. 2018. Cardiovascular disease epidemiology in portuguese-speaking countries: data from the global burden of disease, 1990 to 2016. *Arquivos Brasileiros de cardiologia*, 110(6), 501-509. <https://doi.org/10.5935/abc.20180098>
- Oliveira, I. V., Silva, M. C., Silva, E. L., Freitas, V. F., Rodrigues, F. R. & Caldeira, L. M. (2018). Cuidado e saúde em pacientes estomizados. *Revista Brasileira em promoção da Saúde*, 31(2), 2-7. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/12/906970/7223.pdf>
- Queiroz, C. G., Freitas, L. S., Medeiros, L. P., Melo, M. D., Andrade, R. S. & Costa, I. K. (2017). caracterización de ileostomizados atendidos em um servicio de referencia de ostomizados. *Revista electrónica trimestral de enfermería*, 16(2), 14-22. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.230551>
- Selau, C. M., Limberger, L. B., Silva, M. E., Pereira, A. D., Oliveira, F. S. & Margutti, K. M. (2019). Perception of patients with intestinal ostomy in relation to nutritional and lifestyle changes. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28(3), 3-10. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0156>
- Silva, D. G., Bezerra, A. L., Siqueira, K. M., Paranaçuá, T. T. & Barbosa, M. A. (2010) Influência dos hábitos alimentares na reinserção social de um grupo de estomizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1), 57-62. <https://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/ri/15746/5/Artigo%20-%20Daniela%20Goncalves%20Silva%20-%20202010.pdf>
- Silva, L. E., Freire, F. H. & Pereira, R. H. (2016). Diferenciais de mortalidade por escolaridade da população adulta brasileira, em 2010. *Cadernos de saúde pública*, 32(4), 2-10. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00019815>
- World Health Organization (WHO). (2014). *Global status report on non communicable diseases 2014*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564854>
- World Health Organization (WHO). (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. *WHO technical report series*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>