

## ESTADO NUTRICIONAL E PERCEPÇÃO ALIMENTAR EM INDIVÍDUOS INSTITUCIONALIZADOS COM SEQÜELAS DE HANSENÍASE

Ana Cláudia Fiche de Campos<sup>1</sup>  
Regina Coeli Cançado Peixoto Pires<sup>2</sup>

*Nutritional status and eating perception in individuals institutionalized with sequels of leprosy*

### RESUMO

**OBJETIVO:** Conhecer o estado nutricional e percepção alimentar dos moradores com seqüelas de hanseníase.

**MÉTODOS:** Estudo transversal, descritivo e analítico. A população avaliada constou de 40 ex hansenianos institucionalizados. Para classificação do estado nutricional utilizou-se o Índice de Massa Corporal para adulto segundo OMS, 1995 e 1997 e para avaliação do consumo alimentar (calorias e proteínas) o registro alimentar de dois dias. Para percepção alimentar foi aplicado um questionário com 15 moradores que mantinham contato produtivo. Utilizou-se o *software* SPSS for Windows® versão 17.0.

**RESULTADOS:** Três (7,5%) moradores apresentaram diagnóstico nutricional de magreza grau I; 4 (10%) grau II; 2 (5%) grau III; 23 (57,5%) de eutrofia; 6 (15%) de pré obesidade e 2 (5%) com diagnóstico nutricional de obesidade grau I. A soma dos moradores (25) com adequação calórica acima de 110% e abaixo de 90% foi superior ao número de moradores (15) com adequação calórica de 90 a 110%. O percentual médio de adequação protéica foi 131,2%. Com relação à percepção alimentar observou-se que 4(26,7%) têm percepção que não alimentam bem; 13(86,7%) que a alimentação é suficiente; 8(53,3%) gostam da alimentação oferecida

Campos AF, Pires RCCP. Estado nutricional e percepção alimentar em indivíduos institucionalizados com seqüelas de hanseníase. *Hansen Int* 2011; 36 (2): 43-51.

na instituição; 9 (60%) alimentam exclusivamente das refeições oferecidas pela instituição; 9(60%) não gostam de mastigar os alimentos; 6(40,0%) gostam de ficar sozinhos durante as refeições. Os resultados mostraram uma situação preocupante, de risco nutricional.

**CONCLUSÕES:** A associação entre as percepções merece ser valorizada pela equipe de saúde e responsáveis pela alimentação, que poderia gerar maior aceitação ao alimento oferecido. Torna-se imprescindível uma assistência voltada para minimizar as marcas, o sofrimento e a rejeição deixada pelo estigma social associado à hanseníase.

**DESCRITORES:** hanseníase; seqüelas; alimentação; estado nutricional.

Recebido em: 10/05/11

Corrigido em 12/11/11

Aceito em 15/11/11

1 Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Vale do Rio Verde (Unincor), Nutricionista da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais-CSSI / Fhemig, fiche.anaclaudia6@gmail.com

2 Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Docente da Universidade Vale do Rio Verde (Unincor) e Universidade de Itaúna, reginamestrado@gmail.com

Artigo elaborado a partir da dissertação de mestrado em Ciência da Saúde da Universidade Vale do Rio Verde – UNINCOR – Betim-MG “O estado nutricional e a percepção alimentar dos moradores com seqüelas de hanseníase da Unidade Assistencial Gustavo Capanema da Casa de Saúde Santa Izabel - Betim / MG, 2009. Orientador: Prof. Dra. Regina Coeli Cançado P. Pires Regina. Defesa realizada em dezembro de 2009.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Knowing the nutritional status and eating perception of residents with leprosy sequel.

**METHODS:** The evaluated population consisted of 40 former leprosy residents. To determine the nutritional status the BMI (Body Mass Index) for adults was used according to WHO (World Health Organization), 1995 and 1997 for assessment of food intake (protein and calories) the eating record of 2 days. To determine the eating perception a questionnaire was applied with 15 residents that were keeping productive contact. Data were tabulated and analyzed using Software SPSS for Windows® version 17.0.

**RESULTS:** 3 (7,5%) residents presented nutritional diagnosis of thinness level I; 4 (10%) thinness level II; 2 (5%) thinness level III; 23 (57,5%) eutrophic; 6 (15%) pre obesity; and 2 (5%) residents with nutritional diagnosis of obesity level I. It was observed that the sum of residents (25) with caloric adequacy over 110% and below 90% was superior than the number of residents (15) with caloric adequacy from 90 to 110%. The average percentage of proteic adequacy of 131,2%. Regarding eating perception it was observed that 4(26,7%) have perception that they do not eat well; 13(86,7%) answered that their diet is enough; 8(53,3%) like the food offered in the institution; 9 (60%) eat exclusively the meals offered in the institution; 9(60%) not like to chew the food; 6(40,0%) like to be alone during meals.

**CONCLUSION:** The results showed a worrying situation of nutritional risk. The association among the perceptions deserve to be valued by the health team and responsible for feeding. This knowledge could generate greater acceptance to the food offered. It is indispensable assistance aimed to minimize the marks, suffering and rejection left by the social stigma associated with leprosy.

**DESCRIPTORS:** leprosy; sequels; food; nutritional status.

## INTRODUÇÃO

A Unidade Assistencial Gustavo Capanema (UAGC) faz parte do complexo asilar Casa de Saúde Santa Izabel (CSSI), conhecida popularmente como Colônia Santa Izabel, localizada em Betim, criada em setembro de 1921 e inaugurada em dezembro de 1931, para sede do leprosário, nos moldes de uma cidade autônoma com regras de convívio próprias com objetivo único de isolar o paciente hanseniano da sociedade<sup>8</sup>. O confinamento compulsório recebeu forte influência do modelo segregacional instituído no ocidente medieval, em que as idéias fantasiosas sobre doença, aliado às deformidades físicas que são próprias do avanço da enfermidade, fizeram firmar um sentimento de medo e repulsa que se perpetuou até hoje<sup>7</sup>. Os indivíduos após internação perdiam sua identidade e o contato com o mundo fora

da instituição. Atualmente é administrada pela Fhemig-Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, que tem a missão de prestar assistência humanizada e de qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde de complexidade secundária e terciária, priorizando as pessoas atingidas pela hanseníase, idosas e aos que necessitam de reabilitação.

Os moradores desta unidade são em sua maioria sequelados graves de hanseníase, cujo tratamento tardio não pôde prevenir as incapacidades (permanentes) como a deformidade física acentuada, ausência de membros ou parte deles (superior e/ou inferior) e dificuldades visuais. Essas características interferem diretamente na maneira como se alimentam. Até hoje o impacto provocado pela hanseníase interfere no dia-a-dia dos indivíduos, a ameaça constante do preconceito, marcado pelo sofrimento, abandono, incapacidades, deformidades e problemas psicossociais<sup>10</sup>. Além disso, são também em sua maioria idosos. A população idosa é particularmente propensa a problemas nutricionais devido a fatores relacionados com as alterações fisiológicas e sociais, ocorrência de doenças crônicas, uso de medicações, problemas na alimentação (mastigação/digestão) entre outros.

Apesar de ser uma doença de baixa letalidade é altamente incapacitante do ponto de vista tanto físico como psicológico<sup>12</sup>. Estas incapacidades afetam o trabalho, limitam a vida social e levam a problemas psicológicos, acarretando estigma e preconceito contra os portadores da doença<sup>2</sup>.

O Serviço de Nutrição Clínica (SNC) da CSSI é responsável pela alimentação de todos os pacientes (moradores), cadastrados no serviço, aproximadamente 450, incluindo os moradores da unidade.

A alimentação de moradores de instituições de longa permanência impõe alterações nas rotinas diárias e nos hábitos alimentares podendo contribuir para a instalação do risco nutricional<sup>13</sup>. O estado nutricional inadequado está relacionado a altas taxas de morbidade e mortalidade.

Não existem estudos sobre o estado nutricional dos moradores da UAGC e sua relação com a alimentação oferecida e/ou consumida. Estudos estes que poderiam nortear as atividades de vários profissionais, principalmente dos nutricionistas empenhados em garantir alimentação saudável e de aceitabilidade. Segundo Oh Se-Young<sup>9</sup> (1998) ao longo da vida os pacientes com hanseníase acumulam o consumo de drogas, sugerindo a necessidade de intervenção nutricional que garanta seu bem estar. Investigar os hábitos alimentares e o consumo de nutrientes, bem como a ocorrência e a distribuição de agravos nutricionais, são passos fundamentais da epidemiologia nutricional na busca do entendimento das relações existentes entre a alimentação e as doenças<sup>1</sup>.

Considerando a importância da alimentação na promoção da saúde e o crescente interesse na relação entre dieta e ocorrência de distúrbios nutricionais, tendo em vista a escassez de estudos sobre o tema nutrição e hanseníase, este trabalho se propôs a avaliar o estado nutricional dos moradores da UAGC com seqüelas de hanseníase, através de uma avaliação combinada, ou seja, dados antropométricos associados ao consumo e a necessidade calórica e protéica, assim como avaliar a percepção dos moradores com relação a sua alimentação.

## MÉTODOS

Estudo do tipo transversal, descritivo e analítico. A população estudada foi composta por 40 moradores com seqüelas de hanseníase, caracterizada principalmente por deformação ou ausência de membros superiores e/ou inferiores, institucionalizados desde seu diagnóstico de hanseníase e que atualmente residem na Unidade Assistencial Gustavo Capanema.

Foram obtidos os dados antropométricos, de necessidades energéticas e protéicas e avaliação do consumo alimentar. Após estas avaliações foi aplicado um questionário de percepção alimentar com 15 participantes, pois os demais não possuíam condições mentais e neurológicas, apresentando distúrbios cognitivos diagnosticados anteriormente pela equipe de profissionais da saúde da instituição e, portanto não eram capazes de manter contato produtivo e responder a um questionário.

Para obtenção do peso foi utilizada balança digital, eletrônica, de monitoramento com controle remoto LCD portátil, capacidade máxima de 250 kg, graduação de 0,1 kg. A população foi pesada sem sapatos, usando roupas leves e sem portar objetos pesados. Os moradores que não conseguiram se posicionar em pé (sem auxílio) foram pesados juntamente com um funcionário da instituição segurando-os no colo sendo depois o peso descontado.

Na obtenção da altura foi utilizado um antropômetro. O indivíduo ficou em pé, descalço, com calcanhares juntos, costas retas e os braços estendidos ao longo do corpo. Nos participantes impossibilitados de utilizar este método, a medida foi obtida com fita métrica, através da altura do joelho e extensão dos braços.

A população estudada foi formada por adultos e para classificação do estado nutricional foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC) para adultos, segundo OMS, 1995 e 1997.

Na avaliação do consumo alimentar (calorias e proteína) foi utilizado o registro alimentar estimado de dois dias. As quantidades de alimento ingeridas foram estimadas em medidas caseiras e depois convertidas em gramas. Para estimar a composição calórica foi utilizado a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TACO) de 2006. Os dados foram anotados seguindo a ordem das refeições principais, intercaladas por lanches, incluindo a primeira até a última refeição.

Para estimativa das necessidades de energia de cada morador foi aplicada a equação de Harris & Benedict (1919). A estimativa das necessidades protéicas foi realizada com base nas Ingestões Dietéticas de Referência – DRI.

A percepção alimentar foi avaliada através de entrevista, com um questionário elaborado especificamente para o estudo e por um único entrevistador treinado (anexo1).

Os dados foram tabulados e analisados utilizando-se as ferramentas estatísticas do *software* SPSS for Windows® versão 17.0. A associação entre variáveis foi verificada por meio dos testes Exato de Fisher, Qui Quadrado de Pearson e teste T pareado.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Vale do Rio Verde, com CAAE 0034.0.380.000-08.

## RESULTADOS

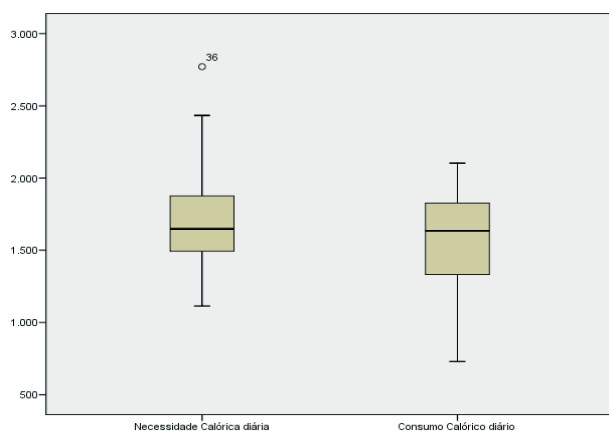
### Aspectos Antropométricos e Consumo Alimentar

Foram avaliados 40 moradores com seqüelas de hanseníase, sendo 13 (32,5%) do sexo feminino e 27 (67,5%) do sexo masculino, com idade média de 73,5 anos.

Com relação ao IMC observou-se que 3 (7,5%) moradores apresentaram diagnósticos nutricionais de magreza grau I; 4 (10%) de magreza grau II; 2 (5%) de magreza grau III; 23 (57,5%) de eutrofia; 6 (15%) de pré obesidade e 2 (5%) moradores com diagnóstico nutricional de obesidade grau I.

O consumo calórico médio diário foi de 1573,9cal e a média da necessidade calórica diária foi de 1719,4cal. Ao comparar a necessidade calórica e o consumo calórico observou-se que para as necessidades calóricas a média é maior que a mediana e que para o consumo calórico a média é menor que a mediana. Os valores referentes às necessidades calóricas diárias são ligeiramente superiores aos valores encontrados no consumo calórico diário (Figura I).

**Figura 1** Blox Plot da média e mediana da necessidade calórica diária e consumo calórico diário dos moradores com seqüelas de hanseníase da Unidade Assistencial Gustavo Capanema da Casa de Saúde Santa Izabel/Betim -2009.



Fonte: Dados da pesquisa

Há diferença estatística significativa entre a necessidade calórica diária e o consumo calórico diário com valor  $p=0,027$ , utilizando o teste estatístico T – Pareado e a estimativa pontual e intervalar para a média desta diferença foi de 145,4cal. Observou-se que a diferença entre os valores encontrados e a média também foi representativa com desvio padrão de 399,6cal. Ao considerar o percentual de adequação calórica de 90 a 110%, segundo Kazapi<sup>6</sup> (2001), como o mais adequado para manutenção das necessidades calóricas diárias, observou-se que 16 (40%) dos moradores avaliados encontravam-se abaixo do adequado, 9 (22,5%) acima e 15 (37,5%) dentro do limite proposto como adequado.

O consumo protéico mínimo diário foi de 27,0g, o máximo de 95,0g, o médio de 69,4g e o mediano de 74,5g com desvio padrão de 16,9g. Observou-se que 1(2,5%) morador apresentou percentual de adequação protéica <60%; 4 (10%) entre 61 – 89%; 3(7,5%) entre 90 – 110% ; 8(20%) entre 111% - 131% e 24(60%) moradores apresentaram adequação protéica superior a 132% .

O percentual de adequação protéica mínimo foi de 58,7%, o máximo de 170,9%, o médio de 131,2% e o mediano de 137,9% com desvio padrão de 29,3%.

### Percepção alimentar

Dos 15 moradores entrevistados, com relação à origem da alimentação ingerida em suas principais refeições, 9 (60%) responderam que alimentam exclusivamente das refeições oferecidas pela instituição em que residem (FHEMIG) e 6(40%) fazem uso de alimentos da instituição e também de fora (particular). Todo morador tem liberdade de sair/entrar na instituição, podendo alimentar fora ou comprar alimentação externa (tipo marmite).

Ao serem questionados quanto a alimentar-se bem, 4(26,7%) têm a percepção que não alimentam bem e 11( 73,3%) que alimentam bem.

Quanto à percepção em considerar que alimentação que recebem supre suas necessidades, ou seja, se a alimentação é suficiente para manter suas necessidades do dia a dia, 13(86,7%) responderam que a alimentação é suficiente e 2(13,3%) não consideram suficiente.

Em relação à percepção do estado nutricional, quando questionados sobre considerarem pessoas bem nutridas ou mal nutridas, 12(80,0%) responderam ser bem nutridas e 3(20,0%) consideram mal nutridas.

Com relação à satisfação com o alimento que recebem pela instituição, 8(53,3%) gostam da alimentação oferecida; 4(26,7%) não gostam e 3(20,0%) relatam que gostam da alimentação às vezes. Quando foram indagados em relação à consistência macia dos alimentos, 9(60%) preferem alimentos macios e 6(40%) não. Observou-se que 9(60%) dos moradores relatam não gostar de mastigar os alimentos e 6(40%) gostam.

Quando questionados se gostavam de fazer suas refeições sozinhos ou em grupo com os colegas no refeitório, 6(40,0%) responderam que gostam de ficar sozinhos; 2(13,3%) responderam que preferem estar junto ao grupo e 7(46,7%) não têm preferência.

Vários alimentos foram citados como importantes para a alimentação e do total de 34 respostas observou-se que o feijão foi citado 8(23,5%) vezes; o arroz 6(17,7%); a carne 4(11,8%); os folhosos, legumes cozidos, sopa, mingau, macarrão e todos os alimentos 2(5,9%) vezes cada; frutas, suco, pão e peixe foram citados apenas uma vez (2,9%).

Vinte sugestões para melhorar a alimentação foram feitas por 9(60,0%) moradores, já que 6(40,0%) citaram não ter sugestão, sendo que a melhoria no tempero foi citado 6(30,0%) vezes; aumento de gordura na refeição e maior oferta de carne 2(10,0%) vezes cada; aumento na oferta de frutas, arroz mais cozido, alimentação mais natural sem industrializados e aumento na oferta de fígado bovino foram citados 1(5,0%) vez cada.

Quando se analisou as variáveis diagnóstico nutricional e a adequação calórica, baseada na relação entre a necessidade e o consumo diário de calorias, observou-se que dos moradores diagnosticados como eutróficos, 7(30,4%) apresentaram adequação calórica menor ou igual a 90%, 5(21,7%) adequação maior ou igual a 110%, e 11(47,8%) encontraram-se na faixa entre 90 a 110%, considerado como adequado. Dos moradores classificados como magros, 4(44,4%) apresentaram adequação calórica menor ou igual a 90%, 3(33,3%) maior ou igual a 110% e 2(22,2%) encontraram-se na faixa entre 90 e 110% de adequação calórica. Dos moradores classificados como pré obesos e obesos, 5(62,5%) apresentaram adequação calórica menor ou igual a 90%, 1(12,5%) maior ou igual a 110% e 2(25%) moradores encontraram-se na faixa en-

tre 90 e 110% .É interessante observar que a soma dos moradores com adequação calórica acima de 110% e abaixo de 90% é maior que o percentual de moradores dentro da faixa considerada adequada de 90 a 110% . A diferença entre os grupos (magro, eutrófico e pré-obesos/obesos) com relação ao percentual de adequação calórica não indicou uma associação significativa (valor-p >0,05 Teste Exato de Fisher e Qui Quadrado).

Ao analisar o diagnóstico nutricional e a adequação protéica, baseada na relação entre a necessidade e o consumo diário de proteínas, observou-se que dos moradores diagnosticados como eutróficos, 19(82,6%) apresentaram adequação protéica maior ou igual a 110%, 3(13,0%) menor ou igual a 90% e 1(4,3%) morador apresentou adequação protéica dentro da faixa de 90 a 110%. Dos moradores classificados como magro, 5(55,6%) apresentaram adequação protéica maior ou igual a 110%, 2(22,2%) menor ou igual a 90% e 2(22,2%) encontraram-se dentro da faixa de 90 a 110% de adequação protéica. Todos os 8(100%) moradores classificados como pré-obesos e obesos apresentaram adequação protéica maior ou igual a 110%. É interessante observar que 32 (80%) dos moradores apresentaram adequação protéica maior ou igual a 110%.

Associando dados do percentual de adequação calórica com o percentual de adequação protéica, observou-se que todas as faixas de adequação calórica ( $\leq 90\%$ , 90 a 110% e  $\geq 110\%$ ) concentraram-se na faixa mais elevada do percentual de adequação protéica ( $\geq 110\%$ ). Dos moradores com consumo abaixo do adequado em calorias, 5 (31,3%) apresentaram percentual de adequação protéica menor ou igual a 90%. Os demais moradores não apresentaram consumo inferior de proteína. As variáveis estão associadas apresentando associação significativa com valor-p= 0,024 Teste Qui Quadrado e valor-p=0,010 Teste Exato de Fisher.

Ao associar duas questões como alimentar-se bem e considerar-se bem nutrido, todos os 3 (100%) entrevistados que responderam não alimentar-se bem, também não se consideram pessoas bem nutridas (Tabela I).

**Tabela I** Distribuição dos moradores com seqüelas de hanseníase da UAGC da Casa de Saúde Santa Izabel/ Betim-2009, segundo a questão considerar-se uma pessoa bem nutrida e alimentar-se bem.

	Alimenta-se bem (n/%)		TOTAL
	Não	Sim	
Você se considera uma pessoa bem nutrida	Não	3(100)	3(100)
	Sim	1(8,3)	11(91,7)
<b>TOTAL</b>	<b>4(26,7)</b>	<b>11(73,3)</b>	<b>15(100)</b>

Valor-p 0,001 Teste Qui Quadrado e valo-p 0,009 Teste Exato de Fisher.

Fonte:Dados da pesquisa

Ao cruzar as respostas de questões como considerar-se pessoa bem nutrida e alimentação supre suas necessidades, observou-se que apesar de responderem que não se consideram pessoas bem nutridas estes mesmos indivíduos responderam que a alimentação supre suas necessidades (Tabela II).

**Tabela II** Distribuição dos moradores com seqüelas de hanseníase da UAGC da Casa de Saúde Santa Izabel/ Betim-2009, segundo a questão considerar-se bem nutrido e alimentação suprir suas necessidades.

	Alimentação supre suas necessidades (n/%)		TOTAL
	Não	Sim	
Você se considera uma pessoa bem nutrida	Não	0(0)	3(100)
	Sim	2(16,7)	10(83,3)
<b>TOTAL</b>	<b>2(13,3)</b>	<b>13(86,7)</b>	<b>15(100)</b>

Fonte:Dados da pesquisa

Ao associar as percepções referentes a alimentar-se bem, estar bem nutrido e a alimentação ser suficiente com a companhia ao fazer suas refeições, observou-se que o fato do morador gostar de fazer suas refeições sozinho, em grupo ou não ter preferência, não está relacionado com o relato de alimentar-se bem, considerar-se bem nutrido ou que sua alimentação supre suas necessidades do dia a dia.

No cruzamento de duas questões como alimentar-se bem e gostar de alimentar na instituição a associação apresentou um valor significativo para valor p=0,035 Teste Qui Quadrado e um valor limítrofe para valor p=0,055 Teste Exato de Fischer , dos 4(100,0%) moradores que relataram não alimentar-se bem, 3(75,0%) relataram que não gostam de alimentar na instituição. Dos 11(100,0%) moradores que relataram alimentar-se bem 7(63,6%) relataram que gostam de alimentar na instituição (Tabela III).

**Tabela III** Distribuição dos moradores com seqüelas de hanseníase da UAGC da Casa de Saúde Santa Izabel/Betim-2009, segundo a questão de alimentar-se bem e gostar de alimentar na instituição.

	Gosta de comer na CSSI (n/%)			<b>TOTAL</b>
	Não	Sim	Às vezes	
Alimenta-se bem	Não	3(75)	1(25)	4(100)
	Sim	1(9,1)	7(63,6)	3(27,3)
<b>TOTAL</b>	<b>4(26,7)</b>	<b>8(53,3)</b>	<b>3(20)</b>	<b>15(100)</b>

Valor-p= 0,035 Teste Qui Quadrado e valor-p= 0,055 Teste Exato de Fischer

Fonte:Dados da pesquisa

Ao associar gostar de alimentar na instituição e a alimentação supre suas necessidades, observou-se significância estatística, apresentando valor-p limítrofe de 0,042 Teste Qui Quadrado. Os dois (100%) moradores que relataram que a alimentação não supre suas necessidades também relataram que não gostam de alimentar na instituição. Dos 13(100%) que relataram que a alimentação é suficiente e supre suas necessidades, 8(61,5%) gostam de alimentar na instituição, 2(15,4%) não gostam e 3(23,1%) as vezes.

Ao cruzar as respostas de questões como local onde se alimenta e gosta da alimentação da instituição, observou-se que os 4(66,7%) moradores que responderam alimentar na instituição e também particular, relataram não gostar de alimentar dentro da instituição, por outro lado os nove moradores que se alimentam exclusivamente na instituição tendem a relatar que gostam das refeições (Tabela IV).

## CONCLUSÃO

A população caracterizou-se por ser de idosos e nestes torna-se mais complexa a análise do estado nutricional em virtude de fatores como as mudanças biológicas da idade, doenças, práticas ao longo da vida (fumo, dieta, atividade física) e fatores sócio-econômicos<sup>15</sup>. A interferência no apetite, no consumo de alimentos e na absorção dos nutrientes, pode aumentar o risco de

desnutrição nos idosos, especialmente entre os institucionalizados<sup>11</sup>.

Apesar da população apresentar maior número de eutróficos com relação ao IMC, observou-se que 9 (22,5%) dos moradores apresentaram classificação abaixo do indicado como normal e 8 (20%) acima desta faixa. Por entender que todos os indivíduos avaliados estão em uma mesma instituição, sob os mesmos cuidados, esta população pode ser considerada de risco nutricional, pois a soma dos não eutróficos 17(42,5%) está muito próxima ao total de eutróficos 23(57,5%). Resultados diferentes foram encontrados no estudo de Canicoba<sup>4</sup> (2007), com pacientes argentinos institucionalizados na época da internação compulsória, com 74,3% obesos, 3,6% desnutridos e 23,7% como eutróficos.

A diferença entre a média do consumo calórico e a necessidade calórica se mantida por muito tempo pode levar a um quadro maior de desnutridos. Aliado a isto, observou-se, que a soma dos moradores com adequação calórica acima e abaixo do adequado (25) é superior ao número de moradores com adequação calórica adequada (15). Estes dados podem contribuir para caracterizar esta população como de risco nutricional. O risco nutricional se refere ao risco aumentado de morbimortalidade em decorrência do estado nutricional inadequado.

Consumo elevado de proteína (100g por dia) por pacientes também foi observado em hospital colônia na Argentina – Hospital Nacional Baldomero Sommer<sup>4</sup>. Resultados diferentes foram achados no estudo de Oh Se Young<sup>9</sup> (1998) com população de ex hansenianos na Coréia, que vive em aldeias, onde no passado houve a internação compulsória.

Comparando os dados desta pesquisa de distribuição calórica média dos macronutrientes com os propostos pelo Institute of Medicine (2002) de acordo com os intervalos de distribuição aceitáveis (acceptable macronutrient distribution range – AMDR) observou-se que 36(90%) moradores apresentaram uma distribuição adequada; 1(2,5%) superior em lipídios; 2(5%) inferior em lipídios e 1(2,5%) com distribuição inferior em carboidratos.

**Tabela IV** Distribuição dos moradores com seqüelas de hanseníase da UAGC da Casa de Saúde Santa Izabel/Betim -2009, segundo a questão local onde se alimenta e gostar de alimentar na instituição.

	Gosta de comer na CSSI			<b>TOTAL</b>	
	Não	Sim	Às vezes		
Local onde se Alimenta	Na instituição exclusivamente	0(0)	7(77,8)	2(22,2)	9(100)
	Na instituição e particular	4(66,7)	1(16,7)	1(16,7)	6(100)
<b>TOTAL</b>	<b>4(26,7)</b>	<b>8(53,3)</b>	<b>3(20)</b>	<b>15(100)</b>	

Valor-p=0,014 Teste Qui Quadrado e valor-p=0,006 Teste Exato de Fisher .

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação a preferência pelos alimentos macios, pode-se considerar neste caso duas justificativas: idade e sequelas da hanseníase. A população adulta estudada teve como média da idade 73,5 anos. Determinadas características peculiares aos idosos são bem marcantes como diminuição na capacidade mastigatória, uso de próteses, diminuição do apetite, comprometimento na digestão. Além disso os moradores são ex hansenianos caracterizados por deformidades nos membros superiores, o que altera a coordenação motora e torna o ato de levar o alimento a boca uma tarefa mais difícil, necessitando na maior parte das vezes de um talher adaptado. Desta maneira os moradores podem apresentar dificuldade de manipular ou deglutir certos alimentos, o que contribui para a inadequação alimentar.

Alguns moradores fazem suas refeições no refeitório e para outros os copeiros da instituição distribuem até o leito. Esta distribuição fica a critério e gosto do morador. O grupo que respondeu não ter preferência é bem representativo com 7(46,7%) moradores. Esta pouca participação social ou a não definição social pode estar relacionada à própria hanseníase e suas conseqüências. A hanseníase causa um prejuízo na vida e nas relações, provocando sofrimento que ultrapassa a dor relacionada ao corpo físico, ela tem forte impacto social e psicológico, carregado de estigma social. Segundo Goffman<sup>5</sup> (1988), tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem – e constitui uma discrepância específica entre identidade social virtual e identidade social real. O estigma que até hoje envolve a doença é proveniente da associação da hanseníase com o termo lepra, usado por Hipócrates em suas descrições de doenças de pele com lesões escamosas, sem menção às manifestações neurológicas da hanseníase<sup>3</sup>.

A escolha dos alimentos, sua preparação e consumo estão relacionados com a identidade cultural, desenvolvida ao longo do tempo, através da história de cada um, do ambiente onde vive e das exigências impostas pela vida do dia a dia. Os alimentos mais citados são aqueles que já constam no cardápio diário da instituição, elaborado por nutricionistas. A Unidade de Nutrição Clínica é responsável pelos cuidados dietéticos e nutricionais dos moradores institucionalizados.

É interessante observar que um percentual significativo 6(30%) respondeu não ter sugestões para melhoria da alimentação, o que retrata o pouco envolvimento que o morador tem com suas próprias escolhas e necessidades, fato que pode estar relacionado ao sentimento de isolamento, rejeição e abandono que acompanha a

hanseníase. Ao adoecer a pessoa sente a perda de sua dignidade, de sua cidadania e de sua integração social. Uma pessoa estigmatizada vacila algumas vezes entre o retraimento, a agressividade e a timidez<sup>14</sup>. Estas características retratam condutas de sobrevivência, conformistas em alguns momentos e em outros inconformistas e de revolta. Cabe, portanto a equipe de nutrição da instituição, considerar como estratégia de abordagem o impacto que a doença traz na vida cotidiana das pessoas atingidas pela hanseníase como o desespero, o sofrimento social, a exclusão, a desmoralização e a perda de esperança no futuro.

Trabalho importante que deve ser realizado pela equipe de nutrição é o de conhecer o que leva os moradores a perceberem que sua alimentação não supre suas necessidades e por isso gostam de alimentar fora, já que toda a alimentação oferecida é preparada dentro das normas de higiene e dos padrões nutricionais estabelecidos pela OMS. As discussões originadas a partir dos resultados deste estudo poderão promover uma melhor adesão dos moradores à alimentação da instituição. O fato de o morador alimentar fora da instituição preocupa muitas vezes a equipe de nutrição, pois dessa maneira não se é possível manter controle sanitário e nutricional da alimentação ingerida.

A associação entre as percepções sobre alimentar-se bem, estar bem nutrido e alimentação que supre as necessidades do dia a dia, merece ser valorizada pela equipe de saúde e pelos responsáveis pela alimentação. O conhecimento destes fatores poderia promover mudanças no sentido de gerar maior aceitação ao alimento oferecido pela instituição e também colaborar para melhor planejamento de cardápios, que simultaneamente contemplem as preferências alimentares e atendam as necessidades nutricionais. O cuidado nutricional vai além da dimensão biomédica da hanseníase, envolvendo uma dimensão psicossocial dessa vivência. Cabe, portanto a equipe de nutrição da instituição, considerar como estratégia de abordagem o impacto que a doença traz a vida cotidiana das pessoas atingidas pela hanseníase, o desespero, o sofrimento social, a exclusão, a desmoralização e a perda de esperança no futuro.

Infere-se por este estudo que há necessidade de maior participação social do morador com as atividades do dia a dia, com definição de suas escolhas e preferências. É interessante adotar estratégias de educação para a saúde informando e orientando sobre a importância de uma alimentação saudável. Dessa forma busca-se uma assistência voltada para minimizar as marcas, o sofrimento e a rejeição deixada pelo estigma social associado à hanseníase.

## REFERÊNCIAS

- 1 Abreu, Wilson César et Al. Inadequação no consumo alimentar e fatores interferentes na ingestão energética de idosos matriculados no programa municipal da terceira idade de Viçosa (MG). *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2008; 32(2): 190-202.
- 2 Bassoli, Sidinéia Raquel Bazalia et al. Identificação dos diagnósticos de enfermagem mais freqüente em pacientes afetados pela hanseníase. *Hansenologia Internatinalis*. 2007; 32 (2): 175-184.
- 3 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Controle de hanseníase: uma proposta de integração ensino – serviço, Rio de Janeiro, 1989.
- 4 Canicoba, M. Evaluación Del estado nutricional de pacientes em um hospital com lepra em Argentina. *Nutr. Hosp*. 2007; 22(3): 377-81.
- 5 Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro. LTC, 1988.
- 6 Kazapi, IM, Di Pietro PF, Avancini SRP, Tramonte VLCC. Consumo de energia e macronutrientes por adolescentes de escolas públicas e privadas. *Rev.Nutr*.2001; 14(1): 27-33.
- 7 Mattos DM, Fornazari SK. A lepra no Brasil: representações e práticas de poder. *Cadernos de ética e Filosofia Política*. 2005; 6(1): 45-57.
- 8 MORHAN – Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase/ Núcleo Betim, Colônia Santa Izabel do estigma à socialização. Betim (MG): MORHAN; 2006.
- 9 OH,Se-Young et al. Dietary habits, food intake and functional outcomes in those with a history of hansen’s disease in Korea. *International Journal of Leprosy*.1998; 66(1):34-42.
- 10 Oliveira Ramon José et al. A via sacra da história de Veganin. *Revista Bras Enfermagem*. 2008; 61: 676-81.
- 11 Rauen MS, Moreira EAM, Calvo MCM, Lobo AS. Avaliação nutricional de idosos institucionalizados. *Rev.Nutr*.2008; 21(3): 303-10.
- 12 Rouquayrol MZ, Almeida N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.p 708.
- 13 Santelle Odete et al. Alimentação institucionalizada e suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23 (12): 3061-65.
- 14 Silva, Regina Célia Pinheiro et al .História de vida e trabalho de pessoas atingidas pela hanseníase em Serviços de Saúde do Estado do Estado de São Paulo. *Hansenologia Internatinalis*. 2008; 33(1): 9-18.
- 15 Tavares EL, Anjos LA. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. *Cad. Saúde Pública*. 1999; 15(4): 759-768.



## ANEXOS

### Anexo 1

#### QUESTIONÁRIO PERCEPÇÃO ALIMENTAR DOS MORADORES DA UNIDADE ASSISTENCIAL GUSTAVO CAPANEMA, COM SEQÜELAS DE HANSENÍASE.

1. Identificação:

- Nome: \_\_\_\_\_
- Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_
- Residente na Casa de Saúde Santa Izabel desde: \_\_\_\_\_
- Dieta prescrita: \_\_\_\_\_

2. Percepção Alimentar:

1 - Você alimenta?  Fhemig exclusivo  Fhemig e particular

2 - Você acha que alimenta bem?

- Sim
- Não

3 - Você acha que a alimentação que você recebe supre suas necessidades, ou seja, você acha que sua alimentação é suficiente para manter suas necessidades do dia a dia?

- Sim
- Não

4 - Você se considera uma pessoa...

- Bem nutrida
- Mal nutrida

5 - Você gosta do que come na CSSI?

- Sim
- Não
- Às vezes

6 - Quais as sugestões que você tem para melhorar a sua alimentação?

---

---

7 - Você gosta de:

- Mastigar os alimentos
- Prefere os alimentos mais macios
- Prefere os alimentos doces
- Prefere os alimentos salgados

8 - Você gosta de fazer suas refeições:

- Sozinho
- Em grupo
- Não tem preferência

9 - Cite dois alimentos que você considera importante comer todo dia:

---

---