

Influência da educação nutricional no conhecimento sobre a relação dieta-doença de mulheres mastectomizadas

Influence of nutrition education in the knowledge of the diet-disease relation of mastectomized women

ABSTRACT

ALBUQUERQUE, L. S.; CARNEIRO, P. C. P. D. M.; OLIVEIRA, M. R.; VERDE, S. M. M. L. Influence of nutrition education in the knowledge of the diet-disease relation of mastectomized women. *Nutrire. rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.* = J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 38, n. 2, p. 97-114, ago. 2013.

In this study, we aimed to investigate the influence of educational activities (EAs) in the nutrition knowledge (NK) of women with breast cancer. This is a longitudinal interventional study, with quantitative and qualitative approach, carried out in the Cancer Center of Fortaleza, Ceara state, in the following moments: T0 - Nutritional assessment (NA) and measurement of NK; T1 - Development of Eas; and T2 - NA and measurement of NK after EAs. The sample comprised 11 women. In T0 and T2, weight, height, body mass index (BMI) and waist circumference (WC) were assessed, and NK was measured by the Nutrition Knowledge Scale (NCS). In T1, three EAs were carried out, and through round-table conversation, the reports of these women were organized into thematic categories: the origin of breast cancer, attitudes that would prevent the cancer, beliefs about diet-disease relation and conceptions about fibers. The largest portion of the sample (n=6, 54.5%) presented nutritional diagnosis of overweight. There were no significant differences in weight, BMI and WC between times T0 and T2. In T2, we found a significant increase (p<0.05) in the NCS score, where the majority (n=8, 72.7%) began to reveal higher knowledge. The speeches of the participants showed the understanding of important aspects of breast cancer etiology. The NK improved significantly; however, it was not sufficient to modify the nutritional status of these women. Before the reports, we observed that isolated knowledge is not capable of promoting changes in eating behavior, probably because it is influenced by several factors.

Keywords: Breast cancer. Nutritional education. Nutritional status.

LARISSA DA SILVA
ALBUQUERQUE¹;
PRISCILA CARMELITA PAIVA
DIAS MENDES CARNEIRO²;
MARIANA REBOUÇAS DE
OLIVEIRA³;
SARA MARIA MOREIRA LIMA
VERDE⁴

¹Nutricionista, Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Especializando em Nutrição Clínica - Metabolismo, Prática e Terapia Nutricional, Universidade Gama Filho – UGF.

²Mestre em Nutrição e Saúde, Universidade Estadual do Ceará – UECE, Nutricionista do Centro Regional Integrado de Oncologia – CRIO.

³Graduanda do Curso de Nutrição, Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

⁴Nutricionista, Mestre em Saúde Pública, Docente, Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Endereço para correspondência:

Larissa da Silva Albuquerque.
Rua Barão de Aracati, 1848,
apto 602.

CEP 60115-081.

Fortaleza - CE - Brasil.

E-mail: larissalbuquerque@hotmail.com.

Departamento de realização do trabalho:

Centro Regional Integrado de Oncologia – CRIO, Fortaleza – Ceará – Brasil.

RESUMEN

El objetivo del trabajo fue investigar la influencia de las actividades educativas (AEs) en los conocimientos sobre nutrición de las mujeres con cáncer de mama. Se trata de un estudio longitudinal y de intervención, cuanti-cualitativo, realizado en un Centro de Oncología de Fortaleza, Ceará, Brasil, en los momentos T0 - Evaluación nutricional y medida del conocimiento nutricional (CN); T1 (desarrollo de AEs) y T2 - Evaluación nutricional y medición de CN después de las AEs. La muestra estuvo compuesta por 11 mujeres. En los momentos T0 y T2 se evaluaron peso, altura, índice de masa corporal (IMC) y circunferencia de la cintura (CC); el CN fue evaluado por la Escala de Conocimientos sobre Nutrición (ECN). En el momento T1 se realizaron tres AEs y, por medio de ruedas de conversación, se organizaron los testimonios de las mujeres en categorías temáticas: origen del cáncer de mama, actitudes que evitarían la aparición del cáncer, creencias sobre la relación entre dieta-enfermedad y concepciones sobre fibras. La mayor parte de la muestra (n=6; 54,5%) presentó diagnóstico nutricional de sobrepeso. No se encontraron diferencias significativas en peso, IMC y CC entre los momentos T0 y T2. En T2 se encontró un aumento significativo ($p < 0,05$) en la puntuación del ECN, en el que la mayoría (n=8; 72,7%) reveló incrementos en sus conocimientos. Los testimonios de las participantes mostraron una comprensión de los aspectos importantes de la etiología del cáncer de mama. El conocimiento nutricional mejoró significativamente, sin embargo, no fue suficiente para modificar el estado nutricional de las mujeres estudiadas. Frente a los relatos, se constató que, aisladamente, el conocimiento no es capaz de promover cambios en la conducta alimentaria, probablemente porque ésta está influenciada por varios factores.

Palabras clave: Cáncer de mama. Educación nutricional. Estado nutricional.

RESUMO

O objetivo do trabalho foi verificar a influência de atividades educativas (AEs) no conhecimento nutricional de mulheres com neoplasia mamária. Estudo longitudinal e de intervenção, quantiquantitativo, realizado em um Centro de Oncologia em Fortaleza, Ceará, nos momentos: T0 – Avaliação nutricional e mensuração do conhecimento nutricional (CN); T1 – Desenvolvimento de AEs, e T2 – Avaliação nutricional e mensuração do CN após as AEs. Amostra composta por 11 mulheres. Nos momentos T0 e T2, foram avaliados peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e circunferência da cintura (CC), sendo o CN mensurado pela Escala de Conhecimento Nutricional (ECN). No momento T1, realizaram-se três AEs e, por meio de roda de conversa, os relatos dessas mulheres foram organizados em categorias temáticas: origem do câncer de mama; atitudes que evitariam o surgimento do câncer; crenças sobre a relação dieta-doença e concepções sobre fibras. A maior parcela da amostra (n=6; 54,5%) apresentou diagnóstico nutricional de sobrepeso. Não foram verificadas diferenças significativas de peso, IMC e CC entre os momentos T0 e T2. No T2, verificou-se aumento significativo ($p < 0,05$) no score da ECN, em que a maioria (n=8; 72,7%) passou a revelar alto conhecimento. As falas das participantes revelaram o entendimento sobre aspectos importantes da etiologia do câncer de mama. O conhecimento nutricional melhorou significativamente; entretanto, não foi suficiente para modificar o estado nutricional dessas mulheres. Diante dos relatos, observou-se que, isoladamente, o conhecimento não é capaz de promover mudanças no comportamento alimentar, provavelmente por este ser influenciado por diversos fatores.

Palavras-chave: Câncer de mama. Educação nutricional. Estado nutricional.

INTRODUÇÃO

A neoplasia mamária é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, sendo considerado um dos maiores problemas de saúde pública na atualidade. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima, para o ano de 2013, o surgimento de mais de 52 mil casos novos de câncer de mama no Brasil e, no Ceará, espera-se uma incidência de 1.770 casos novos dessa doença (BRASIL, 2011).

A causalidade do câncer de mama é multifatorial, incluindo aspectos hereditários e fatores ambientais, como alimentação, atividade física e composição corporal. No Brasil, 28% dos cânceres de mama poderiam ser prevenidos por meio de uma alimentação saudável, atividade física regular e manutenção do peso corporal adequado (AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 2009).

Apesar da relação entre o desenvolvimento do câncer de mama e o consumo alimentar ainda ser complexa, pesquisas epidemiológicas mostram que o aumento da ingestão de frutas e hortaliças, e a redução no consumo de gordura saturada previnem o surgimento dessa neoplasia (GARÓFOLO et al., 2004; BRASIL, 2007; CIBEIRA; GUARAGNA, 2006; MICHELS et al., 2007).

Entretanto, nem sempre é tão simples fazer escolhas alimentares saudáveis, pois essas escolhas necessitam de oportunidades, motivação e conhecimento (BRASIL, 2006). Segundo Triches e Giugliani (2005), para a aquisição de hábitos alimentares mais saudáveis, que possibilitem reduzir os índices de obesidade e sobrepeso, é importante ter conhecimentos sobre alimentação e nutrição.

Uma revisão bibliográfica de programas de intervenção nutricional de diferentes países relatou importantes mudanças de hábitos alimentares utilizando-se programas de educação nutricional (JAIME; LOCK, 2009). O estudo de Cavalcanti (2009), que teve como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção nutricional sobre os hábitos alimentares de estudantes, encontrou mudanças de hábitos positivas após atividades educativas.

A educação nutricional possui, portanto, papel primordial na promoção de hábitos alimentares saudáveis (BOOG, 2004) e as mudanças no comportamento alimentar, por meio de programas de educação nutricional, representam uma importante estratégia de promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo verificar a influência de atividades educativas no conhecimento sobre nutrição e câncer de mulheres com neoplasia mamária, bem como no seu estado nutricional.

MÉTODOS

NATUREZA E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo longitudinal e de intervenção, com abordagens quantitativa e qualitativa, que foi realizado em três momentos: T0 – Avaliação nutricional e mensuração do conhecimento nutricional; T1 – Desenvolvimento das atividades educativas (AEs), e T2 – Avaliação nutricional e mensuração do conhecimento nutricional após a realização das AEs.

O estudo teve como espaço empírico o Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO), referência em tratamento antineoplásico no Estado do Ceará, situado no Bairro Barra do Ceará, periferia da cidade de Fortaleza-CE, e considerado o segundo bairro mais populoso da capital.

A população estudada constituiu-se por mulheres mastectomizadas, tanto em tratamento como em fase de remissão do câncer de mama, atendidas no referido centro, inscritas em um grupo de apoio existente havia cinco anos. No grupo, estavam cadastradas 40 mulheres, as quais foram convidadas a participar do estudo. Os encontros do grupo eram coordenados por uma fisioterapeuta, aconteciam uma vez por semana e se propunham a oferecer acolhimento, apoio, orientação e suporte terapêutico.

As participantes do grupo procediam da capital, Fortaleza, e de diferentes regiões do Estado. Portanto, o deslocamento delas até o CRIO era dependente de transporte público ou dos órgãos governamentais. Assim, apesar de concordarem em participar do estudo, a assiduidade não aconteceu como previsto. Dessa forma, na primeira AE, estavam presentes 16 mulheres; na segunda AE, 19 mulheres, e na terceira AE, 9 mulheres. Na terceira atividade, houve a maior evasão das participantes, pois a educação nutricional só pôde ser realizada após a atividade da fisioterapia, fato este que comprometeu o tempo disponível dessas mulheres. Foram excluídas as pacientes que faltaram a uma atividade educativa. Portanto, no T2, havia um total de 11 mulheres.

Para caracterização da população, foram coletadas informações acerca de idade, grau de escolaridade, renda familiar e estado civil.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, sob o parecer de número 204/2010. Antes do início da coleta de dados, todas as participantes foram informadas sobre o estudo e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Salienta-se que o estudo seguiu as recomendações da Resolução nº196/96 (BRASIL, 1996).

AValiação DO ESTADO NUTRICIONAL

Para determinação do estado nutricional das pacientes, foram aferidos peso e altura nos momentos T0 e T2. O peso corporal foi mensurado por meio de uma balança digital da marca Welmy®, com capacidade para 150,0kg e precisão de 100,0g. A altura foi estabelecida por meio do estadiômetro da marca Altuxata®. A partir desses dados, foi calculado o índice de massa corporal (IMC) e as participantes foram classificadas segundo os critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1995). Além disso, a circunferência da cintura (CC) foi aferida, tendo como referência valores inferiores a 80cm em mulheres, de acordo com o Consenso da *International Diabetes Federation*, a fim de determinar o risco cardiovascular (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2005). Todas as medidas antropométricas foram aferidas por profissional Nutricionista treinado, nos momentos T0 e T2.

MENSURAÇÃO DO CONHECIMENTO NUTRICIONAL SOBRE A RELAÇÃO DIETA-DOENÇA

A mensuração do conhecimento nutricional foi realizada nos momentos T0 e T2 utilizando-se a Escala de Conhecimento Nutricional (ECN) validada para o Brasil por Scagliusi et al. (2006), segundo a qual pontuações entre 0 (zero) e 6 (seis) indicaram baixo conhecimento nutricional; entre 7 (sete) e 10 (dez) indicaram moderado conhecimento nutricional, e acima de 10 (dez) revelaram alto conhecimento nutricional sobre a relação dieta-doença.

ATIVIDADES EDUCATIVAS NUTRICIONAIS

Foram realizadas três AEs, entre os meses de Agosto e Setembro/2010, sendo uma AE por semana.

A primeira AE abordou o tema *Alimentação Saudável* utilizando a Pirâmide Alimentar (PHILIPPI, 2005), com os objetivos de promover escolhas alimentares saudáveis e esclarecer dúvidas a respeito de uma alimentação equilibrada, associando esses conceitos aos aspectos de quantidade e variedade propostos pela pirâmide alimentar. A segunda AE abordou *mitos e verdades* sobre a relação dieta-câncer, com o objetivo de identificar possíveis crenças e tabus alimentares dessas mulheres e esclarecer as informações que não têm fundamentação científica e reforçar as que têm. A terceira AE abordou o tema *fibras alimentares*, com o objetivo de investigar o conhecimento das participantes sobre o tema e, a partir daí, esclarecê-las sobre os seus benefícios, estimulando, assim, seu consumo diário.

Salienta-se que todas as AEs abordaram os temas de acordo com o Guia Alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2005).

As AEs foram norteadas pela pedagogia crítica (problematização), com ênfase no processo de construção do conhecimento, que possibilitou a participação ativa das pacientes por meio de uma aprendizagem significativa.

ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS QUANTITATIVOS

As análises foram conduzidas pelo *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 16.0. Os escores da ECN, o peso e os valores de IMC foram considerados variáveis dependentes. Após avaliação da normalidade, a diferença de médias dessas variáveis entre os tempos T0 e T2 foi verificada por meio do teste *T-student*. Para análise de correlação, em que os escores da ECN eram considerados como variável independente e o peso e o IMC, variáveis dependentes, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson*, sendo considerados significativos os valores de $p < 0,05$.

ANÁLISE TEMÁTICA DO CONTEÚDO QUALITATIVO

Antes de iniciar cada atividade de educação nutricional, realizou-se uma roda de conversa sobre o tema que seria tratado na mesma, por meio de perguntas norteadoras. Dessa forma, os relatos da atividade que abordou o tema *alimentação saudável*, foram obtidos a partir de questões, como: *O que você entende por alimentação saudável? Qual a sua importância?*

Na atividade *mitos e verdades* sobre a relação dieta-doença, foi lançada a seguinte questão norteadora: *Existe alguma relação entre alimentação e surgimento de doença?*

Ao falar sobre *fibras alimentares*, foram lançadas questões, como: *O que você entende sobre fibra alimentar? Qual sua importância?*

As rodas de conversa foram realizadas com 11 participantes, as quais participaram de todas as AEs. Tiveram duração média de 60 minutos e foram realizadas em uma sala reservada e climatizada, garantindo, dessa forma, um ambiente seguro, acolhedor e confortável, propício à formação de um bom vínculo entre pesquisador e participantes, e, conseqüentemente, à facilitação dessas rodas. O material qualitativo foi gravado em áudio, mediante autorização das mesmas. As impressões do pesquisador também foram registradas, em um diário de campo, para garantir que

não houvesse perda de nenhum dado importante para o estudo. Foram vivenciados, nessas rodas de conversa, diversos momentos de descontração e reflexão pelas participantes ao relatarem suas concepções em relação ao câncer de mama. Cada participante foi nomeada com um tipo de flor, com o objetivo de se refletir um pouco acerca da personalidade de cada uma.

Ressalta-se que as falas dos sujeitos foram transcritas na íntegra, conservando-se as expressões de linguagem, e então analisadas. Os discursos foram agrupados de acordo com a análise temática do conteúdo que, segundo Bardin (1979 apud MINAYO, 2009, p. 86), consiste em “identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença pode significar algo para o objetivo analítico escolhido.” A partir daí, realizou-se a categorização semântica das falas, que, de acordo com Bardin (1979 apud MINAYO, 2009, p. 88), “representa um dos procedimentos metodológicos da análise de conteúdo da perspectiva qualitativa, que tem como objetivo reunir unidades de registro sob um título genérico.” (MINAYO, 2009, p. 88).

Primeiramente, a fala de cada participante foi observada de forma singular. Em um segundo momento, foi feita uma leitura horizontal, com o objetivo de definir zonas de interseção existentes no relato das participantes, as quais formaram as unidades de significação. Em seguida, estas unidades de significação foram agrupadas e formaram quatro categorias temáticas centrais: Origem do câncer de mama; Atitudes que evitariam o surgimento do câncer; Crenças sobre a relação dieta-câncer; Concepções sobre a relação fibras-doenças.

RESULTADOS

A faixa etária das participantes que compuseram a amostra final da pesquisa variou de 45 a 73 anos, sendo a idade média de 57 anos ($\pm 8,3$). Com relação ao grau de escolaridade, mais da metade ($n=7$; 63,6%) possuía o Ensino Fundamental incompleto e as demais ($n=4$; 36,4%) possuíam o Ensino Médio completo. No que se refere à renda familiar, a maioria recebia de 1 a 3 salários mínimos ($n=7$; 63,6%) e a maior parte das participantes era casada ($n=4$; 36,4%).

No que se refere à avaliação do conhecimento nutricional, verificou-se que, no momento T0, a média de escores foi de 8,4 e a maioria das participantes ($n=6$; 54,5%) apresentou moderado conhecimento sobre a relação dieta-doença.

Após a intervenção com atividades educativas (T2), os resultados mostraram aumento significativo ($p<0,05$) no escore da ECN ($11,1\pm 2,1$). Com relação à classificação do grau de conhecimento, observou-se que no T2 a maioria das pacientes ($n=8$; 72,7%) revelou alto conhecimento. Com a análise, verificou-se que as mulheres com baixo conhecimento no T0 passaram a ter moderado conhecimento no T2, e aquelas com moderado passaram a ter alto conhecimento, após a intervenção com atividades educativas (Figura 1).

Em relação à avaliação nutricional, foi observada, no momento T0, média de peso de 69,4kg e de IMC de 30kg/m². Note-se que 54,5% da amostra ($n=6$) apresentou diagnóstico nutricional de sobrepeso. Com relação à CC, as participantes apresentaram média de 100,7cm e todas ($n=11$) apresentaram risco de complicações associadas à obesidade, com valores maiores que 87cm. No momento T2, as médias de valores de peso, IMC e CC foram 69,3kg, 29,9kg/m² e 99,3cm, respectivamente. Não se verificaram diferenças significativas de peso, IMC e CC entre os momentos T0 e T2 (Figura 2).

Quando foi avaliada a correlação entre estado nutricional e escore da ECN, não se verificaram resultados significativos.

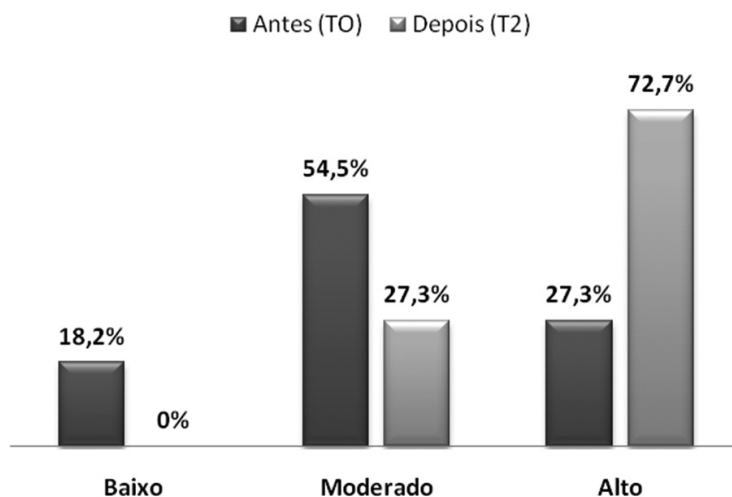


Figura 1 - Distribuição das participantes segundo o grau de conhecimento nutricional sobre a relação dieta-doença antes e após a aplicação das Atividades Educativas. CRIO. Fortaleza, 2010.

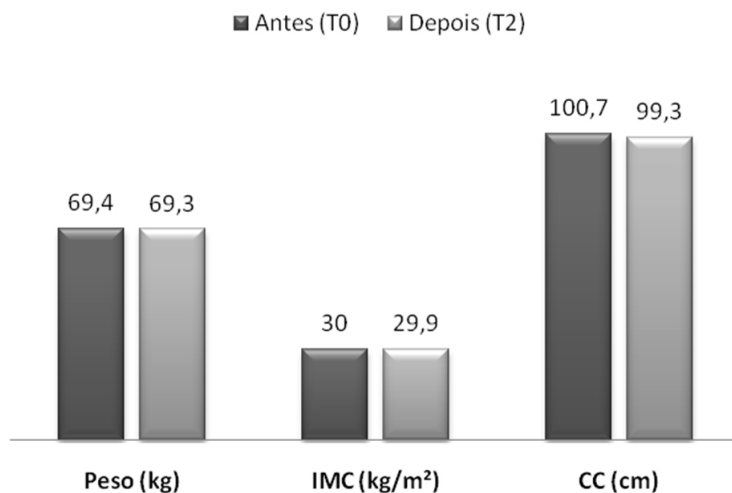


Figura 2 - Descrição das participantes de acordo com peso, IMC e CC nos momentos T0 e T2. CRIO. Fortaleza, 2010.

ANÁLISE TEMÁTICA DO CONTEÚDO QUALITATIVO

Após a análise dos dados quantitativos, iniciou-se a análise dos discursos das mulheres, utilizando como referencial a análise temática do conteúdo.

Antes de se enveredar por uma análise mais detalhada sobre as concepções das participantes sobre a relação dieta-doença, faz-se necessário conhecer as percepções das mesmas sobre alimentação saudável:

“Creio que é comer pouco e de tudo um pouco, uma colherzinha de cada [pausa] complementar com a verdura e peixe ou frango” (*Flor de Lis*)

“Uma boa alimentação é muito importante pra saúde, pra evitar doenças. Pra cuidar dos triglicerídeos, né? Porque é muito prejudicial pra saúde da gente” (*Girassol*)

“É importante pra evitar o colesterol alto e pra não engordar, né? E talvez pra o ca [câncer], né não?” (*Violeta*)

No primeiro tema central – **Origem do câncer de mama** –, serão abordadas as descrições feitas pelas mulheres do estudo sobre suas percepções com relação à etiologia da doença. Destacam-se três dimensões da realidade: **1. Uso de aditivos alimentares; 2. Fatores genéticos e hereditários; 3. Estresse.**

No que se refere ao **Uso de aditivos alimentares**, destacam-se as seguintes falas:

“Acho que vem da alimentação [o câncer]. As pessoas de antigamente comiam muito mais aquela comida pesada, mas eram tudo saudável. Hoje, tudo que você come vem coisa dentro, o tomate, a verdura. São coisas que você ingere, que geram alguma coisa, aí desenvolve o ca [câncer]. Um dia o frango tá desse tamanho [demonstra, com gestos, ser pequeno], e no outro dia tá desse [demonstra, com gestos, ser grande]. Aquilo ali não pode fazer muito bem não” (*Flor de Lis*)

“... nossos pais tinham tudo a hortinha em casa, verdurazinha aguada, sem agrotóxico, sem remédio... era mais saudável. Hoje, por conta de tanto hormônio é que tá essa devastação de câncer no mundo. É triste [pausa]” (*Girassol*)

Na segunda dimensão desse tema, **Fatores genéticos e hereditários**, as seguintes ideias foram mencionadas:

“(...) o médico diz assim: (...) é porque cada pessoa já nasce com uma célula cancerosa” (*Jasmim*)

“[...] acho que o ca [câncer] é hereditário. Acho que nosso corpo tem as células cancerosas, aí depende de organismo pra organismo se desenvolve ou não, porque ele pode ser benigno, ele pode ser maligno, mas todo mundo tem a célula, todo mundo [...] se a alimentação é grave, tem gorduras, frituras, comer demais, isso pode desenvolver essas células e chegar a virar um câncer” (*Lilás*)

“Eu sou uma paciente altamente de risco. Na minha família todas já passaram por isso. Minhas irmãs já morreram todas de ca [câncer] e meu pai também... eu acho que elas [as irmãs] se foram porque não se cuidaram. Elas tiveram a doença e não procuraram o médico, eu quando senti alguma coisa estranha, já procurei o médico pra me curar, né? E graças a Deus, hoje eu estou curada” (*Violeta*)

A terceira dimensão, **Estresse**, confirma-se através dos seguintes relatos:

“Eu tive uma vida muito agitada... de repente, tive um câncer no ano passado e esse ano eu tô lutando de novo [suspiro]. De dezembro pra cá minha vida se agitou, então eu acho que isso contribui muito” (*Tulipa*)

“... o ca [câncer] nasce também de muita preocupação... eu, por exemplo, tenho problema com filho. Aí foi depois disso que desenvolveu o ca [câncer] em mim” (*Girassol*)

No segundo tema central **Atitudes que evitariam o surgimento do câncer**, destacam-se as seguintes falas:

“Acho que deve evitar de comer gordura, evitar de comer muita comida que engorda. Comer mais fruta e verdura, porque não é bom a pessoa engordar. Fazer de tudo pra ter uma vida leve, feliz, né? Pra não voltar a passar pelo o que eu passei, né? Evitar também de comer muita massa” (*Jasmim*)

“Pra evitar o ca [câncer], acho que tinha que tirar carne vermelha, comida que tivesse hormônio, e as gorduras. Eu sou louca por chocolate... tem dias que eu vou dormir pra não comer” (*Violeta*)

No terceiro tema central **Crenças sobre a relação dieta-câncer**, destacam-se duas dimensões da realidade: **1) Restrições Alimentares** impostas por profissionais de saúde; **2) Alimentos considerados cancerígenos**.

As **Restrições Alimentares** ficam evidentes nas seguintes falas:

“Faz uns cinco anos que eu não como sorvete de chocolate e coca-cola eu não sei mais nem qual é o gosto. As coisas que o doutor me proibiu de comer, eu não como de maneira nenhuma” (*Margarida*)

“Acho que tem comer pouco [carne vermelha]. O médico passou pra eu comer só duas vezes por semana e só um pedaço, cozido... Disseram [os médicos] que eu tinha que evitar” (*Violeta*)

Outro aspecto bastante citado neste estudo foram os **Alimentos considerados cancerígenos**:

“... eu tô lendo um livro que diz que o inimigo número 1 do ca [câncer] é o sal e o açúcar” (*Flor de Lis*)

“A carne vermelha causa câncer de mama... tô dizendo isso porque foi o médico que disse” (*Margarida*)

Entretanto, evidenciam-se relatos contrários a esta ideia:

“Eu acho que não tem nada a ver não. Acho que quando tem que ter o ca [câncer], você tem. Tanta gente antigamente comia um boi inteirinho e não tinha nada” (*Jasmim*)

“Quem é vegetariano não prova carne nenhuma e, às vezes, aparece com câncer” (*Girassol*)

No quarto tema central acerca das **Concepções sobre a relação fibras-doenças**, destacam-se as seguintes falas:

“Já ouvi falar em reportagens... Não tô lembrando agora do que é, mas tem na granola, no cereal matinal” (*Lilás*)

“A fibra ajuda a melhorar o intestino da gente. Quem come mais fibra, tem o intestino mais saudável” (*Girassol*)

“As fibras faz encher o bucho logo, faz passar o dia todinho sem comer” (*Margarida*)

DISCUSSÃO

Este trabalho trata do primeiro estudo quantiquantitativo realizado na Região Nordeste, que buscou avaliar a influência de intervenções de educação nutricional em mulheres mastectomizadas.

Nos achados quantitativos, verificou-se que, após a realização das AEs, houve aumento significativo nos escores da ECN, mas não houve modificação no peso e no estado nutricional das mulheres avaliadas. Além disso, nos achados qualitativos, encontraram-se discursos que mostravam associação entre a dieta e o desenvolvimento da doença. Outro achado interessante diz respeito à reprodução do discurso médico em meio às falas das participantes.

Diferentes estudos, que utilizaram a ECN como instrumento de avaliação do conhecimento nutricional, também identificaram maior prevalência de moderado conhecimento.

Rubin et al. (2010), ao avaliarem o conhecimento nutricional pela ECN, em 175 mulheres sobreviventes de câncer de mama, encontraram que a maioria delas também possuía moderado conhecimento. Além disso, identificaram uma associação positiva entre conhecimento e grau de escolaridade. Em contrapartida, o IMC não se mostrou associado ao conhecimento nutricional, concluindo que o conhecimento parece não ser suficiente para modificar os hábitos alimentares e, consequentemente, o IMC.

Dattilo et al. (2009), ao avaliarem o conhecimento de 33 mulheres que realizavam acompanhamento nutricional em um centro de reabilitação, observaram que uma maior parte delas (n=18; 54,5%) também possuía moderado conhecimento nutricional e que o mesmo tinha correlação positiva com a escolaridade e negativa com o IMC. Costa et al. (2012), ao aplicarem a ECN em 191 mulheres usuárias (73% com idade entre 45 e 59 anos) de um programa de atividade física da cidade de Aracaju-SE, evidenciaram uma maior prevalência de moderado conhecimento nutricional.

Até o momento, poucos trabalhos utilizaram a ECN como instrumento de mensuração, sendo este o primeiro a avaliar e evidenciar mudanças no conhecimento nutricional após atividades educativas em mulheres sobreviventes do câncer de mama.

O excesso de peso em mulheres acometidas pelo câncer de mama é um achado comum. Amaral et al. (2010), ao avaliarem o IMC de 71 mulheres com neoplasia mamária, evidenciaram que uma maior parcela (n=34; 48%) apresentava sobrepeso, seguida de obesidade grau I (n=24; 34%).

Verde (2007), em seu estudo, ao comparar o IMC antes e após a quimioterapia de 25 mulheres com câncer de mama, constatou que, antes mesmo de iniciarem o tratamento, a maior parte (n=7; 28%) encontrava-se com sobrepeso, seguida de obesidade grau I (n=4; 16%). Após o tratamento, o percentual de pacientes obesas aumentou em 4%, sendo que 80% das mesmas apresentavam obesidade grau I.

Kroenke et al. (2005), ao avaliarem o IMC e relacionarem se o ganho de peso após o diagnóstico de neoplasia mamária é fator preditivo de sobrevida, observaram que as mulheres que ganharam de 0,5kg a 2,0kg ou até mais de 2kg após o diagnóstico tiveram maiores taxas de recidiva e morte pela doença. Portanto, o estado nutricional desempenha função significativa no prognóstico de pacientes com neoplasia mamária, podendo modificar a progressão da doença. O controle de peso saudável associado a uma dieta rica em legumes, frutas, grãos integrais e laticínios, e pobre em gordura e com baixo teor de gordura saturada, parece ajudar a diminuir o risco global da doença nessa população (DEMARK-WAHNEFRIED; ROCK, 2003; WEITZEN et al., 2006).

No presente estudo, não se observaram mudanças significativas no estado nutricional dessas mulheres após as AEs. Acredita-se que o número de participantes (n=11) pode ter sido o principal

fator limitante do estudo. Além disso, o curto período de tempo entre as AEs e a avaliação nutricional realizada após as mesmas pode não ter sido suficiente para verificar mudanças no comportamento alimentar e, conseqüentemente, no estado nutricional dessas pacientes. Atividades educativas que promovam modificações de hábito alimentar e conseqüentes mudanças no estado nutricional precisam acontecer em longo prazo, fato não ocorrido no presente estudo.

Dessa forma, salienta-se a importância do uso de estratégias efetivas e contínuas de educação nutricional para a manutenção do estado nutricional e para o incremento da sobrevivência dessas mulheres, já que existem evidências científicas suficientes de que a manutenção do peso saudável ao longo da vida reduz o risco do surgimento do câncer de mama e previne a recidiva da doença para as sobreviventes.

Alguns autores corroboram com a ideia de que o conhecimento científico é de grande importância na mudança de hábitos, porém não necessariamente leva à mudança propriamente dita, servindo como uma ferramenta quando existe a intenção da ocorrência desta (ASSIS; NAHAS, 1999; ZAPPELINI, 2002). Nesse contexto, entende-se que a melhora significativa do conhecimento pode não ser suficiente para modificações das práticas alimentares dessas mulheres.

O comportamento alimentar é complexo e tem relação tanto com fatores técnicos e objetivos como com fatores socioculturais e psicológicos (GARCIA, 1993). Dessa forma, mudanças nesse comportamento necessitam de superação, entendimento e aceitação das formas de convívio com o alimento (PHILIPPI et al., 1999; GARCIA, 2003).

Matias e Fiore (2010), ao analisarem mudanças no comportamento alimentar de estudantes no decorrer do curso de Nutrição, evidenciaram que a maioria dos alunos mudou positivamente seus hábitos e concluíram, por outro lado, que uma mudança de comportamento requer mais do que conhecimentos para ser concebida, pois requer motivação, uma vez que é esta que faz uma pessoa agir ou a estimula a agir.

De acordo com Garcia (1999), apresentar informações sobre nutrição explicaria, apenas do ponto de vista racional, uma mudança no comportamento alimentar. Entretanto, salienta-se que fornecer informações sobre comportamento de saúde é essencial nas atividades educativas, uma vez que o conhecimento auxilia na sustentação e no desenvolvimento de novas atitudes; ou seja, o racional é necessário para estimular uma ação desejada. O grande desafio das intervenções nutricionais é transformar o conhecimento científico em mudanças reais e práticas no comportamento alimentar (MA et al., 2003).

No presente estudo, apesar de se encontrar a prevalência de moderado a alto conhecimento nutricional entre essas mulheres, observou-se que a maior parte encontrava-se acima do peso corporal adequado. Porém, é importante ressaltar que o tratamento quimioterápico leva a conseqüências significativas, como a perda ou o ganho de peso corporal, em razão das particularidades da terapia, do potencial agressivo dos medicamentos antineoplásicos e dos efeitos colaterais causados pela mesma (HEIDEMAN et al., 2008; TREDAN et al., 2010).

Tredan et al. (2010), ao avaliarem 272 mulheres submetidas à quimioterapia adjuvante, constataram que 60% delas ganharam cerca de 3,9kg de peso corporal após um ano de tratamento quimioterápico. Segundo o estudo de Saquib et al. (2007), que avaliaram 3.088 mulheres com câncer

de mama, o ganho de peso associou-se à quimioterapia e, além disso, apenas 10% das mulheres voltaram a apresentar o peso pré-câncer.

Acredita-se que novas pesquisas devam ser realizadas com o objetivo de avaliar o impacto das intervenções nutricionais em longo prazo, que identifiquem mudanças reais e práticas no comportamento alimentar e, conseqüentemente, no estado nutricional dessas mulheres.

CONTEÚDO QUALITATIVO

Segundo a ótica das mulheres estudadas, uma alimentação saudável encontra-se intimamente baseada em orientações que parecem, em alguns discursos, imitar a fala de profissionais de saúde. O ‘comer pouco’ e ‘de tudo um pouco’ representa para elas uma alimentação saudável.

As falas das participantes também se apresentaram de forma sofisticada, com o uso de termos, como ‘colesterol’, ‘triglicérides’, ‘gorduras’ e ‘obesidade’. Nota-se, ainda, que essas mulheres relacionam uma alimentação saudável à prevenção de doenças.

Segundo Boltanski (1968), o princípio explicativo sobre a doença reside, em particular nas ‘classes baixas’, no efeito de legitimidade produzido pelo discurso médico; dessa forma, esse discurso é desprovido de autonomia, sendo formado, segundo o autor, “de materiais fragmentários e heterocíclicos, palavras mal-entendidas e frases em pedaços, arrancadas do discurso médico” (BOLTANSKI, 1968, p. 81).

Explorando-se o afirmado por este autor, pode-se comentar que, nos relatos das participantes sobre alimentação saudável, se percebe a produção de falas que remetem a uma perspectiva orientada pelo discurso médico. Dessa forma, o saber dessas mulheres em relação à alimentação saudável parece ser calcado no saber médico e não no seu apoderamento sobre esse conhecimento. Assim, é possível reforçar o tempo de realização das AEs como uma importante limitação do trabalho em entender ou acompanhar a evolução da construção do conhecimento das participantes de forma sólida e desprendida do discurso médico, aspecto esse fundamental para a autonomia no processo de escolhas alimentares saudáveis.

Canesqui (2007) destaca que, geralmente, os serviços de saúde e a mídia veiculam informações sobre alimentação saudável calcada no saber dietético erudito.

Stolte et al. (2006), ao analisarem as concepções de mulheres trabalhadoras em relação ao Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), evidenciaram esses mesmos termos sofisticados nas falas das mesmas ao abordarem a relação entre alimento e saúde, e atribuem essas falas à intensa exposição na mídia do tema *alimentação e saúde*.

Garcia (1997), ao investigar as representações de trabalhadores de escritório da cidade de São Paulo, também evidenciou em seus relatos que a gordura e o colesterol representam elementos maléficos à saúde e que as frutas e verduras, elementos benéficos. Além disso, os sujeitos da pesquisa apontaram uma alimentação incorreta como causadora de doenças e consideraram, dentre as práticas alimentares saudáveis, comer mais vegetais e frutas. Segundo Laplantine (1991), no pensamento contemporâneo, as pessoas tendem a classificar os alimentos em ‘bons’ e ‘maus’, sendo considerados inimigos, principalmente, a gordura, o açúcar, o sal, o colesterol e os condimentos.

Com relação ao primeiro tema central **Origem do câncer de mama**, Ferreira e Magalhães (2005), ao analisarem o cotidiano de vida de mulheres pobres e obesas do Rio de Janeiro, observaram nos relatos que as mesmas consideram os alimentos processados como ‘não naturais’, isto é, alimentos que contêm substâncias desconhecidas por elas e prejudiciais à saúde. Esse achado nos remete ao pesquisador francês Fischler (1995), que aborda o ‘paradoxo do homem onívoro’. Para este autor, ao mesmo tempo em que o homem é um ser capaz de inovar e conservar alimentos, por outro lado ele desconfia da novidade, uma vez que o alimento desconhecido representa um risco potencial.

As participantes fazem ainda comparações entre as doenças mais frequentes antigamente e a situação atual. Ferreira e Magalhães (2005) evidenciaram, nos relatos de mulheres, que era do roçado que provinha a alimentação da família, onde cultivavam uma variedade de gêneros, como feijão e milho, e criavam ‘galinhas’, sendo, segundo as mesmas, tudo natural, fresco e sem remédios.

Em se tratando de aspectos genéticos e hereditários, Fugita e Gualda (2006), ao conhecerem as crenças de nove mulheres mastectomizadas sobre a causalidade de sua doença, observaram o mesmo achado do presente estudo, pelo fato de essas mulheres acreditarem que todos nascem com uma célula maligna, gerando, assim, um caráter de inevitabilidade diante da doença.

Observa-se, em um relato, a percepção de uma participante sobre a sua suscetibilidade à doença. Essa percepção da suscetibilidade diante de antecedentes familiares de câncer pode atuar como fator determinante na conduta dessas mulheres na busca de tratamento, uma vez que estas vivenciaram a trajetória da doença de seus familiares (FUGITA; GUALDA, 2006).

Nota-se, assim, o entendimento das participantes sobre aspectos importantes da etiologia do câncer, considerando que outros fatores, além dos ambientais, podem promover o aparecimento da doença. Nessa perspectiva, é possível que atividades educativas possam promover a construção de um conhecimento sólido sobre a importância da alimentação saudável como fator protetor contra a recidiva da doença, considerando-se que essas atividades trabalhem o conhecimento prévio das pacientes sobre o desenvolvimento da doença.

Por meio dos relatos, também se pôde verificar que as participantes deste estudo, no período anterior à doença, se encontravam em situações de estresse. Percebe-se uma associação entre uma vida agitada e estressante ao surgimento do câncer, enfatizando que essas mulheres acreditam que fatores psicológicos podem afetar sua saúde.

O mesmo achado foi encontrado no estudo de Oliveira e Monteiro (2004), que, ao avaliarem os discursos de mulheres mastectomizadas, evidenciaram que as mesmas acreditavam que a vida estressante que levavam trouxe como consequência a doença. Esses mesmos autores defendem a ideia de que as doenças estão relacionadas a um fator psicológico, pelo fato de fatores emocionais promoverem alterações no corpo, por meio dos hormônios e nervos.

A associação de uma vida estressante com o surgimento do câncer de mama foi também encontrada nos relatos das mulheres do estudo de Fugita e Gualda (2006), em que as mesmas acreditavam que a causalidade do câncer estava relacionada a uma vida agitada, com preocupações e eventos estressantes de impacto importante para as mesmas.

Ao falarem sobre possíveis atitudes que evitariam o surgimento da doença, notou-se certa ênfase no fato de se evitar o consumo de alimentos gordurosos para prevenir o ganho de peso e a recidiva da doença; porém, não necessariamente esse conhecimento teórico é aplicado na prática.

Um discurso sobre essa relação entre ganho de peso e câncer de mama foi encontrado no estudo de Oliveira e Monteiro (2004), ao avaliarem seis mulheres mastectomizadas, na cidade de Fortaleza, Ceará, em que as mesmas tinham estigmatizado que não podiam ‘pegar peso’. Entretanto, ressalte-se que o conhecimento sozinho não promove mudanças alimentares, entendendo-se ainda que outros fatores psicológicos, como a ansiedade com o diagnóstico, o medo do tratamento e o excesso de cuidados dos familiares, podem contribuir para um consumo alimentar exagerado em quantidade e, desse modo, permitir que essa paciente permaneça em processo de ganho de peso, mesmo estando ciente dos aspectos negativos desse excesso de gordura. Reforça-se, assim, a importância do trabalho educativo continuado, do acompanhamento próximo entre paciente e profissional de saúde, e ainda do envolvimento de familiares no sentido de promover um ambiente alimentar saudável e garantir, assim, um fator de proteção a essa paciente.

Em se tratando de restrições alimentares, percebe-se, nas falas das participantes, a imposição sobre o que comer, o que não comer, quanto comer e quando comer. O saber médico é encarado como verdade absoluta a ser seguida; porém, pode-se questionar: *Até que ponto essas mulheres absorvem corretamente essas informações? A comunicação entre profissional de saúde e paciente está sendo feita em linguagem compreensível?*

Scorsolini-Comin et al. (2009), ao investigarem as experiências de 67 mulheres mastectomizadas da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, evidenciaram, em seus discursos, que as mesmas depositam muita credibilidade no discurso médico e o consideram inquestionável, sendo o médico o detentor da verdade.

Esse achado nos remete a Spink (2003), que acredita que o valor dado à fala do médico é algo construído pela sociedade e reforçado pela cultura. O saber médico é tido como sinônimo da verdade. Entretanto, para se avaliar o quanto esse saber médico, que aparece no discurso das participantes, promove modificações reais no seu consumo alimentar, é necessário investigar o consumo dessas mulheres, utilizando ferramentas adequadas. Sugere-se, diante disso, a necessidade de ampliação deste estudo.

Em alguns relatos, percebe-se que as crenças são frutos de orientações de profissionais de saúde; entretanto, é importante enfatizar que a assimilação dos conteúdos das mensagens desses profissionais passa por um processo de interpretação e que tais conteúdos podem ser algumas vezes mal apreendidos.

Canesqui (2007), ao analisar os conhecimentos dietéticos de classes trabalhadoras, concluiu que o ato de se alimentar gera crenças e representações que não desaparecem com os avanços da ciência, e sim convivem com ela. Entende-se, portanto, que o comportamento alimentar de uma mulher sobrevivente de câncer de mama avança em dimensões influenciadas pelo desejo de consumir algo ‘gostoso’, pela vontade de consumir algo saudável, consumir o que ‘faz bem’ e deixar de consumir o que ‘faz mal’, e o ato de consumir o que tem disponível. Esse último fator, no grupo de participantes deste estudo, deve ser considerado, pois são pacientes atendidas pelo Serviço Único de Saúde (SUS) e, portanto, em sua maioria, com baixa renda.

Observou-se ainda que, no conjunto das falas, algumas mulheres parecem não concordar com algumas dessas restrições alimentares, concluindo, assim, que dentro de um senso comum existem ideias heterogêneas e que algumas demonstram saber diferenciar mitos e verdades sobre a relação dieta-doença.

Com relação ao tema **fibras alimentares**, percebeu-se que o conhecimento sobre o assunto é pouco elucidado por essas mulheres. Apesar disso, as mesmas citam alguns alimentos fontes e detêm o conhecimento sobre algumas das funções, como melhora do funcionamento intestinal e aumento da saciedade, provavelmente, repetindo partes do discurso médico.

Nos relatos, nota-se ainda que a mídia é um veículo de informação para essas mulheres. Scorsolini-Comin et al. (2009), ao analisarem os relatos de 67 mulheres da cidade de Ribeirão Preto, observaram que parte do saber científico das mesmas foi apreendida pela mídia, por meio de matérias de jornais e revistas. Esse é outro aspecto importante quando se busca a relação dieta-câncer, pois essa paciente quer encontrar a cura que tem sido vinculada a alimentos ou composto de alimentos, os quais ainda são pouco estudados, mas que são comercializados de forma indiscriminada e a preços inalcançáveis. Os autores deste trabalho acreditam que o conhecimento nutricional pode contribuir positivamente para que essa paciente esteja esclarecida sobre quais aspectos da alimentação, de fato, trarão benefícios.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nesta pesquisa indicaram que o conhecimento nutricional das mulheres sobreviventes de câncer de mama sobre a relação dieta-doença melhorou significativamente após as AEs. Entretanto, essa melhora no conhecimento não foi suficiente para modificar o estado nutricional dessas mulheres.

Porém, acredita-se que a melhora do conhecimento nutricional seja o início para uma posterior melhora nas escolhas alimentares e que as estratégias educativas devem ser utilizadas e ter caráter continuado para promoverem reais mudanças.

REFERÊNCIAS/REFERENCES

- AMARAL, P.; MIGUEL, R.; MEHDAD, A.; CRUZ, C.; GRILLO, I.M.; CAMILO, M.; RAVASCO, P. Body fat and poor diet in breast cancer women. *Nutr Hosp.*, v. 25, n. 3, p. 456-461. 2010. PMID:20593130.
- AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH - AIRC. *Policy and action for cancer prevention: food, nutrition and a physical activity*. AIRC, 2009.
- ASSIS, M. A. A.; NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev Nutr.*, v. 12, n. 1, p. 33-41, jan./abr. 1999. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52731999000100003>
- BOLTANSKI, L. *La déconverte de la maladie: la diffusion du savoir medical*. Paris: Centre de Sociologie Européenne; 1968. PMID:4307329.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 11 out. 1996. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Instituto Nacional de Câncer – INCA. *Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de câncer – INCA. *Armação da saúde: caderno de orientações*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia Alimentar para a população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BOOG, M. C. F. Educação nutricional: por que e para quê? *J Unicamp*, p. 2, ago. 2004.
- CANESQUI, A. M. A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. *Rev Nutr*, Campinas, v. 20, n. 2, p. 203-216. 2007.
- CAVALCANTI, L. A. *Efeitos de uma intervenção em escolares do ensino fundamental I, para a promoção de hábitos alimentares saudáveis*. 2009. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Educação Física da Universidade Católica de Brasília, Taguatinga, 2009.
- CIBEIRA, G. H.; GUARAGNA, R. M. Lipídio: fator de risco e prevenção do câncer de mama. *Rev Nutr*, v. 19, n. 1, p. 65-75, jan./fev. 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732006000100007>
- COSTA, J. O.; REIS, B. Z.; COSTA, D.; VIEIRA, D. A. S.; TEIXEIRA, P. D. S.; RAPOSO, O. F.; NETTO, R. S. M. Perfil de saúde, estado nutricional e nível de conhecimento em nutrição de usuárias do Programa Academia da Cidade – Aracaju, SE. *Rev Bras Ativ. Fis Saúde*, v. 17, n. 2, p. 93-99. 2012.
- D’ATTILIO, M.; FURLANETTO, P.; KURODA, A. P.; NICASTRO, H.; FALCÃO, P. C.; COIMBRA, C.; SIMONY, R. F. Conhecimento nutricional e sua associação com o índice de massa corporal. *Nutrire: Rev Soc Bras Aliment Nutr.*, v. 34, n. 1, p. 75-84. 2009.
- DEMARK-WAHNEFRIED, W.; ROCK, C. L. Nutrition-related issues for the breast cancer survivor. *Semin Oncol.*, v. 30, n. 6, p. 789-798, dez. 2003. PMID:14663779. <http://dx.doi.org/10.1053/j.seminoncol.2003.08.023>
- FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 21, n. 6, p. 1792-1800. 2005. PMID:16410864. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600027>
- FISCHLER, C. *El (H)omnívoro – El gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Editorial Anagrama; 1995.
- FUGITA, R. M. I.; GUALDA, D. M. R. A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. *Rev Esc Enferm USP*, v. 40, n. 4, p. 501-506. 2006. PMID:17310566. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000400008>
- GARCIA, R. W. D. *A comida, a dieta, o gosto – mudanças na cultura alimentar urbana*. 1999. Tese (Doutorado)-Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Rev Nutr*, v. 16, n. 4, p. 483-492. 2003.
- GARCIA, R. W. D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. *Physis*, v. 7, n. 2, p. 51-68. 1997. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311997000200004>
- GARCIA, R. W. D. *Representações sociais da comida no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo*. 1993. Dissertação (Mestrado)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.
- GARÓFOLO, A.; AVESANI, C. M.; CAMARGO, K. G.; BARROS, M. E.; SILVA, S. R. J.; TADDEI, J. A. A. C.; SIGULEM, D. M. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. *Rev Nutr*, v. 17, n. 4, p. 491-505, out./dez. 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732004000400009>
- HEIDEMAN, W. H.; RUSSEL, N. S.; GUNDY, C.; ROOKUS, M. A.; VOSKUIL, D. W. The frequency, magnitude and timing of post-diagnosis body weight gain in Dutch breast cancer survivors. *Eur J Cancer*, v. 45, n. 1, p. 119-126. 2008. PMID:18930387. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2008.09.003>

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - IDF. *The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome*. IDF, 2005.

JAIME, P. C.; LOCK, K. Do school based food and nutrition policies improve diet and reduce obesity? *Prev Med.*, v. 48, p. 45-53. 2009. PMID:19026676. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.10.018>

KROENKE, C. H.; CHEN, W. Y.; ROSNER, B.; HOLMES, M. D. Weight, weight gain, and a survival after breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol.*, v. 23, n. 7, p. 1370-1378. 2005. PMID:15684320. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2005.01.079>

LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes; 1991.

MA, J.; BETTS, N. M.; HORACDEK, T.; GEORGIU, C.; WHITE, A. Assessing stages of change for fruit and vegetable intake in young adults: a combination of traditional staging algorithms and food-frequency questionnaires. *Health Educ Res.*, v. 18, n. 2, p. 224-236. 2003. PMID:12729181. <http://dx.doi.org/10.1093/her/18.2.224>

MATIAS, C. T.; FIORE, E. G. Mudanças no comportamento alimentar de estudantes do curso de nutrição em uma instituição particular de ensino superior. *Nutrire: Rev Soc Bras Aliment Nutr.*, v. 35, n. 2, p. 53-66, ago. 2010.

MICHELS, K. B.; MOHLLAJ, A. P.; ROSET-BAHMANYAR, E.; BEEHLER, G. P.; MOYSICH, K. B. Diet and breast cancer: a review of the prospective observational studies. *Cancer*, v. 109, p. 2712-2749, jun. 2007. PMID:17503428. <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.22654>

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Vozes: Petrópolis, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. *Physical status: the use and the interpretation of anthropometry*. Geneva: OMS, 1995.

OLIVEIRA, M. M.; MONTEIRO, A. R. M. Mulheres mastectomizadas: ressignificação da existência. *Texto & Contexto Enferm.*, v. 13, n. 3, p. 401-408. 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000300009>

PHILIPPI, S. T.; LATTERZA, A. R.; CRUZ, A. T. R.; RIBEIRO, L. C. Pirâmide Alimentar Adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Rev Nutr.*, v. 12, n. 1, p. 65-80. 1999.

PHILIPPI, S. T. Qualidade de Vida e a Nova Pirâmide Alimentar Brasileira. *Nutrição em Pauta*, v. 75, n. 75, p. 22-25. 2005.

RUBIN, B. A.; STEIN, A. T.; ZELMANOWICZ, A. M.; ROSA, D. D. Perfil antropométrico e conhecimento nutricional de mulheres sobreviventes de câncer de mama do sul do Brasil. *Rev Bras Cancerol.*, v. 56, n. 3, p. 303-309. 2010.

SAQUIB, N.; FLATT, S. W.; NATARAJAN, L.; THOMSON, C. A.; BARDWELL, W. A.; CAAN, B.; ROCK, C. L.; PIERCE, J. P. Weight gain and recovery of pre-cancer weight after breast cancer treatments: evidence from the women's healthy eating and living (WHEL) study. *Breast Cancer Res Treat.*, v. 105, n. 2, p. 177-186. 2007. PMID:17123151. <http://dx.doi.org/10.1007/s10549-006-9442-2>

SCAGLIUSI, F. B.; POLACOW, V. O.; CORDÁS, T. A.; COELHO, D.; ALVARENGA, M.; PHILIPPI, S. T.; LANCHÁ JÚNIOR, A. H. Tradução, adaptação e avaliação psicométrica da escala de conhecimento nutricional do *National Health Interview Survey Cancer Epidemiology*. *Rev Nutr.*, v. 19, n. 4, p. 425-436, jul./ago. 2006.

SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A.; SOUZA, L. V. Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. *Est Psicol.*, v. 14, n. 1, p. 41-50, jan./abr. 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2009000100006>

SPINK, M. J. P. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes, 2003.

STOLTE, D.; HENNINGTON, E. A.; BERNARDES, J. S. Sentidos da alimentação e da saúde: contribuições para a análise do Programa de Alimentação do Trabalhador. *Cad Saúde Pública*, v. 22, n. 9, p. 1915-1924. 2006. PMID:16917589. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900023>

TREDAN, O.; BAJARD, A.; MEUNIER, A.; ROUX, P.; FIORLETTA, I.; GARGI, T.; BACHELOT, T.;

GUASTALLA, J. P.; LALLEMAND, Y.; FAURE, C.; PÉROL, D.; BACHMANN, P. Body weight change in women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer: a French prospective study. *Clin Nutr.*, v. 29, n. 2, p. 187-191. 2010. PMID:19713014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2009.08.003>

TRICHES, R. M.; GIUGLIANI, E. R. J. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. *Rev Saude Publica*, v. 39, n. 4, p. 541-547. 2005. PMID:16113901. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000400004>

VERDE, S. M. M. L. *Impacto do tratamento quimioterápico no estado nutricional e no comportamento alimentar de pacientes com neoplasia mamária e suas consequências na qualidade de vida*. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

WEITZEN, R.; TICHLER, T.; KAUFMAN, B.; CATANE, R.; SHPATZ, Y. Body weight, nutritional factors and physical activity--their influence on prognosis after breast cancer diagnosis. *Harefuah*, v. 145, n. 11, p. 820-825, nov. 2006. PMID:17183955.

ZAPPELINI, S. E. M. *Aspectos relevantes para formação do estudante de nutrição: a dietoterapia na neurotransmissão*. 2002. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

Recebido para publicação em 05/09/12.

Aprovado em 18/04/13.