

Perfil Antropométrico e Conhecimento Nutricional de Mulheres Sobreviventes de Câncer de Mama do Sul do Brasil

Antropometric Profile and Nutritional Knowledge of Women who Survived Breast Cancer in the South of Brazil

El Perfil Antropométrico y Conocimiento Nutricional de Mujeres Sobrevivientes del Cáncer de Mama del Sur de Brasil

Bibiana de Almeida Rubin¹, Airton Tetelbom Stein², Alice de Medeiros Zelmanowicz³, Daniela Dornelles Rosa⁴

Resumo

A importância da dieta no controle do câncer de mama é bastante reconhecida. O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de sobrepeso e obesidade e o conhecimento nutricional das mulheres sobreviventes de câncer de mama. A amostra foi composta por 175 mulheres sobreviventes de câncer de mama em acompanhamento em dois hospitais públicos federais do Rio Grande do Sul, 105 da capital e 70 do interior, no entanto, os resultados permitiram unificar a amostra ($p > 0,05$). As mulheres adultas (≤ 59 anos) encontram-se com sobrepeso e obesidade em 57,13% dos casos, e as idosas (≥ 60 anos), com sobrepeso em 63,4%. A maioria (71,43%) aumentou o peso após o diagnóstico, em média 6,46 Kg ($\pm 4,9$). O conhecimento nutricional foi moderado (61,7%), e não houve diferença no conhecimento nutricional entre as mulheres que receberam e não receberam orientações nutricionais ($p = 0,276$). Houve predomínio de mulheres sobreviventes de câncer de mama com sobrepeso/obesidade na amostra e expressivo aumento de peso após o diagnóstico, mesmo em mulheres que receberam orientações nutricionais. Após regressão linear multivariada, verificou-se que o conhecimento nutricional associou-se somente à escolaridade ($p = 0,00$), e não houve associação com o índice de massa corpórea ($p = 0,85$). Concluiu-se que, apesar das evidências científicas, ainda não se faz uma abordagem nutricional individualizada e efetiva para a adequação dos hábitos de vida que possam diminuir o risco de recidiva do câncer de mama e de segundo tumor primário.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Obesidade; Informação Nutricional; Sobreviventes; Antropometria; Prevalência

¹Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)/Canoas (RS). Nutricionista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

²Médico. Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da ULBRA/Canoas (RS).

³Médica oncologista. Doutora em Epidemiologia pela UFRGS.

⁴Médica Oncologista. Doutora em Ciências Médicas pela UFRGS.

Endereço para correspondência: Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Serviço de Nutrição e Dietética. Rua Ramiro Barcelos, 2.350. Porto Alegre (RS), Brasil. CEP: 90035-903. E-mail: brubin@hcpa.ufrgs.br.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. No Brasil, a cada ano, cerca de 22% dos novos casos de câncer em mulheres são de mama. Na região sul do país, sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer é o mais frequente¹.

A etiologia do câncer de mama é multifatorial. Os fatores de risco incluem aspectos hereditários, relacionados à vida reprodutiva, assim como aspectos ambientais². Fatores ambientais como a nutrição, a atividade física e a composição corporal desempenham importante papel na prevenção do câncer de mama e outros^{2,3}. No Brasil, 28% dos cânceres de mama poderiam ser prevenidos com dieta saudável, atividade física regular e peso adequado³.

Estudos clínicos e epidemiológicos investigaram a relação entre a composição corporal e o câncer de mama. Há evidências de que a obesidade nas mulheres na pós-menopausa está entre os fatores de risco¹. O aumento do índice de massa corpórea (IMC)^{4,5}, assim como o sobrepeso⁶ e o ganho de peso durante a vida^{7,8}, aumenta a incidência do câncer de mama, e o elevado IMC é considerado um dos preditores de câncer de mama nas mulheres na pós-menopausa⁸. Em mulheres na pré-menopausa, estudos mostram uma associação menos consistente entre a obesidade e o câncer de mama^{6,9}.

A obesidade também é tida como um importante fator prognóstico negativo para a sobrevida em mulheres com câncer de mama e tem sido relacionada com a progressão ou recidiva da doença^{2,4}. Estudos com mulheres que tiveram câncer de mama mostraram que o peso e o ganho de peso após o diagnóstico também estão relacionados com a recidiva e o aumento da mortalidade, mesmo quando ajustado para o peso antes do diagnóstico^{10,11}, e observou-se que o aumento do IMC está associado a um pior prognóstico¹¹.

Ainda não é totalmente possível a prevenção primária devido à variação dos fatores de risco e genéticos envolvidos na etiologia, e são poucas as medidas práticas aplicáveis à população¹. No entanto, um pequeno número de fatores de risco, entre eles a obesidade, poderá ser importante alvo de estratégia de prevenção primária para o câncer de mama¹².

Para a aquisição de hábitos alimentares mais saudáveis, que possibilitem diminuir índices de obesidade e sobrepeso, é importante ter conhecimentos sobre alimentação e nutrição¹³. O conhecimento nutricional representa o processo cognitivo individual relacionado à informação sobre alimentação e nutrição e, ao ser avaliado, permite mensurar a aquisição de informações, possibilitando a elaboração de intervenções que visam

a melhorar os conhecimentos e, conseqüentemente, os hábitos alimentares e atitudes^{13,14}.

Assim, reconhecendo-se a associação entre a composição corporal, particularmente o sobrepeso e a obesidade e o câncer de mama, a oportunidade da prevenção, do aumento da sobrevida e da diminuição do risco de recidivas, a realização do presente estudo tem como objetivo verificar a prevalência de sobrepeso e obesidade e o conhecimento nutricional de mulheres sobreviventes de câncer de mama.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, multicêntrico, realizado em dois hospitais públicos federais de alta complexidade, que atendem exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), referências no atendimento à paciente com câncer de mama, um localizado no interior e outro na capital do Rio Grande do Sul. A coleta dos dados ocorreu no interior no período de Julho a Novembro de 2008 e, na capital, de Outubro de 2008 a Janeiro de 2009 e foi realizada na sala de espera das unidades de oncoginecologia dos hospitais.

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a variabilidade de dados obtidos no projeto-piloto. Neste, a aplicação da Escala de Conhecimento Nutricional¹⁵ desenvolvida para o *National Health Interview Survey Cancer Epidemiology*, traduzida, adaptada e validada para o Brasil¹⁶ possibilitou verificar que 16% das mulheres estudadas mostraram que possuíam alto conhecimento. Assim, para um nível de confiança de 95%, e um erro aceitável de 3%, o cálculo amostral foi de 169 pacientes. Além disso, foi planejado acrescentar 5% a este número, prevendo-se possíveis perdas.

A seleção da amostra foi consecutiva no período da coleta, sendo selecionadas 175 mulheres, 70 do hospital do interior e 105 do hospital da capital. Os critérios de inclusão foram ser sobreviventes de câncer de mama (mulheres que estão vivendo com o diagnóstico, em remissão completa²) sem recidivas prévias, com diagnóstico nos últimos seis anos, em seguimento ambulatorial, que não estavam fazendo tratamento com quimioterapia e radioterapia, com ou sem uso de hormonioterapia adjuvante, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi submetido e aprovado pelos comitês de Ética em Pesquisa dos hospitais onde ocorreu o estudo, em obediência à resolução CNS 196/96 sobre "Pesquisa envolvendo Seres Humanos".

A coleta dos dados foi realizada por alunos de graduação de Nutrição, após treinamento para uniformizar a coleta. Aplicou-se um questionário, elaborado para a obtenção de dados sociodemográficos, como raça, idade atual, da menarca e menopausa, escolaridade, estado civil e

número de gestações. Também foram questionadas sobre uso de terapia de reposição hormonal e hábitos de vida como prática e frequência de exercícios físicos regulares, considerando no estudo mulheres com atividade física com frequência mínima de três vezes por semana e duração não inferior a 30 minutos, consumo regular de bebidas alcoólicas e tabagismo antes do diagnóstico, além da prática de dietas alimentares restritivas e questionamento quanto a dados antropométricos prévios.

Para avaliar o conhecimento nutricional, foi aplicada a escala de conhecimento nutricional, composta por 12 questões e pontuação máxima de 14 pontos. Para a classificação do conhecimento nutricional, utilizou-se o seguinte critério: pontuações totais entre 0 e 6 indicam baixo conhecimento nutricional; entre 7 e 10 moderado conhecimento nutricional; acima de 10, alto conhecimento nutricional. A escala compreende questionamentos específicos a respeito da relação entre alimentação, câncer e outras doenças, composição de alimentos ricos em fibras, gorduras e recomendações de frutas e hortaliças.

Para avaliação antropométrica, utilizaram-se medidas de peso, altura e circunferência da cintura. O peso corporal foi mensurado em balança plataforma, com capacidade para 150 kg. A altura foi medida com estadiômetro de 2 m acoplado à balança, com o mínimo de roupas possível e descalças. A circunferência da cintura foi medida com fita métrica inelástica e flexível padrão. Para a aferição¹ dessas medidas, foram seguidas

as recomendações do Ministério da Saúde¹⁷. O IMC foi calculado pelo peso em kg dividido pela altura em metros ao quadrado, categorizado pelos pontos de corte ($IMC=P/E^2$). A classificação do IMC variou conforme a faixa etária. Para adultos de 19 a 59 anos foram utilizados os pontos de corte: peso normal: $IMC < 25$; sobrepeso: $25 < IMC \leq 30$; obesidade: $IMC > 30$, e para idosos com idade ≥ 60 anos, foram utilizados os pontos de corte: $IMC \leq 22$ baixo peso; > 22 e < 27 adequado ou eutrófico e ≥ 27 sobrepeso¹⁷. Para a classificação da circunferência, uma medida igual ou acima de 80 cm foi considerada elevada¹⁷.

Os dados obtidos foram categorizados e procedeu-se à dupla digitação. As análises estatísticas foram conduzidas pelo SPSS versão 13.0 e WIN PEPI versão 5.9. Foram calculados as frequências, média e desvio-padrão das variáveis contínuas. Para análise dos diferentes locais de coleta, foram utilizadas análises bivariadas e realizados os testes *t* de Student e qui-quadrado. Para análise multivariada, foi realizada regressão linear.

RESULTADOS

As características das mulheres sobreviventes de câncer de mama, os valores médios e o desvio-padrão encontram-se na Tabela 1. Nenhuma dessas variáveis apresentou diferença significativa entre os dois hospitais participantes do estudo ($p < 0,05$), o que possibilitou analisar os dados de forma conjunta.

Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres sobreviventes de câncer de mama de dois hospitais federais do RS, 2008

	n	(%)	Média	(DP)
Idade (anos)	175		54,98	(11,62)
Idade menarca (anos)	175		13,06	(2,62)
Idade menopausa (anos)	120		49,00	(3,38)
Raça				
Branca	155	(88,6)		
Não branca	20	(11,4)		
Escolaridade				
Analfab/Fund. incompleto	101	(57,7)		
Fund. comp./Médio incomp.	69	(39,3)		
Médio completo ou mais	5	(2,9)		
Nº gestação				
Nenhuma	21	(12,0)		
Uma ou mais	154	(88,0)		
Diagnóstico câncer de mama				
Pós-menopausa	120	(68,6)		
Pré-menopausa	55	(31,4)		
Estado civil				
Casadas	99	(56,57)		
Não casadas	76	(43,43)		

DP=desvio-padrão. Analfab/Fund. incompleto=Analfabeta ou ensino fundamental incompleto. Fund. com./Médio incomp.=Ensino fundamental incompleto ou ensino médio incompleto

O perfil antropométrico, avaliado através do indicador de IMC, foi classificado conforme a faixa etária das mulheres em estudo em adultas e idosas, conforme as Figuras 1 e 2.

A média do IMC da amostra foi 27,68 kg/m² (± 5,10). Apresentaram ganho de peso após o diagnóstico 71,43% das mulheres estudadas, e o ganho de peso médio foi de 6,46 kg (±4,9). A circunferência média da cintura foi de 87,3 cm (± 11,82). Somente 32% das pacientes praticavam exercícios físicos regulares e 53,1% relataram nunca ter feito dieta alimentar restritiva. A maioria (89,1%) não fez uso de terapia de reposição hormonal; 33,7% fumavam antes do diagnóstico; e 13,1% consumiam bebidas alcoólicas regularmente, pelo menos um drinque por dia, antes do diagnóstico.

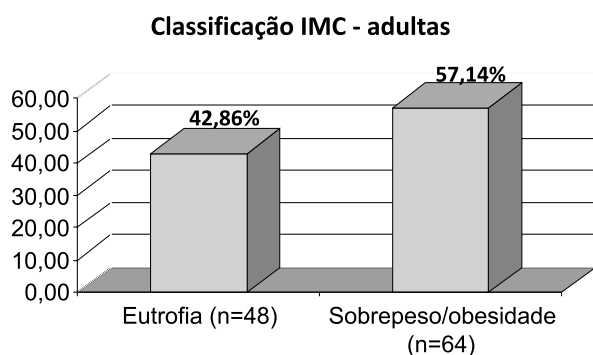


Figura 1. Classificação do IMC das mulheres adultas sobreviventes de câncer de mama de dois hospitais federais do RS, 2008

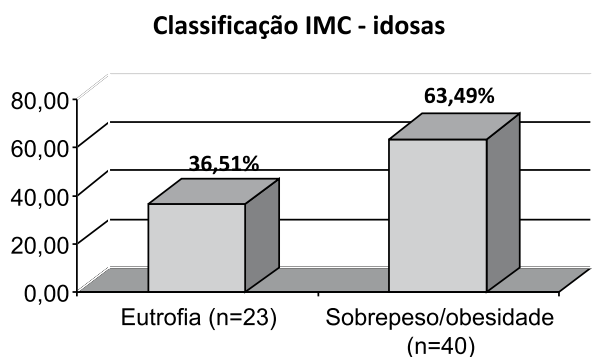


Figura 2. Classificação do IMC das mulheres idosas sobreviventes de câncer de mama de dois hospitais federais do RS, 2008

Com relação ao conhecimento nutricional verificado através da aplicação da escala, as mulheres apresentaram moderado conhecimento nutricional, com acertos entre 7 e 10. A média de acertos foi de 9,24 (± 2,23), o mínimo de acertos foi 3 e o máximo 14 (Figura 3). Através da escala de conhecimento nutricional, também foi possível verificar o conhecimento específico quanto à relação entre alimentação, doenças e câncer, composição de fibras e

gorduras nos alimentos, e recomendação para consumo adequado de frutas e hortaliças (Tabela 2).

Quando questionadas sobre orientações dietéticas recebidas por parte da equipe assistencial, 37,1% das mulheres entrevistadas relataram que receberam orientações dietéticas; não houve, no entanto, diferença significativa (p=0,276) no conhecimento nutricional das mulheres que receberam e as que não receberam orientações nutricionais por parte da equipe assistencial. Quanto ao tipo de orientações recebidas, 97,1 % relataram que receberam somente orientações gerais.

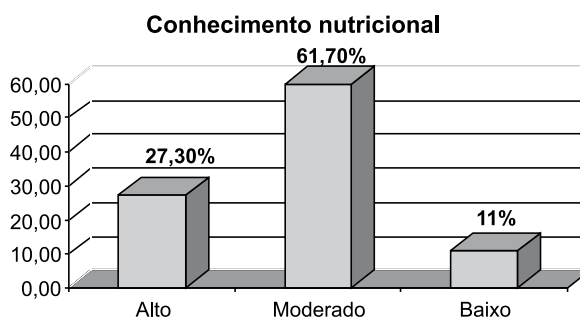


Figura 3. Conhecimento nutricional das mulheres sobreviventes de câncer de mama de dois hospitais federais do RS, 2008

Tabela 2. Porcentagem média de acertos das mulheres sobreviventes de câncer de mama de dois hospitais públicos federais do RS, 2008

Questões	Média de acertos (%)	IC 95%
Relação entre alimentação, doenças e câncer	64,51	61,3 – 67,8
Fibras alimentares	68,55	64,6 – 72,5
Gorduras	76,96	73,5 – 80,3
Consumo de frutas e hortaliças	48,0	40,7 – 55,7

IC=Intervalo de confiança de 95%. Calculado pelo programa WIN PEPI 5.9

Para análise das variáveis que estão associadas ao baixo conhecimento nutricional, foi realizada a regressão linear multivariada (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Estudos recentes têm sido realizados para identificar o conhecimento nutricional através de ferramentas específicas que permitam avaliar os determinantes do consumo. No entanto, ainda são escassos e têm demonstrado que há controvérsias na associação entre o conhecimento e as escolhas alimentares^{13,14,15,16,18}.

	β	IC 95%	p
IMC	0,014	-0,05 – 0,07	0,853
Escolaridade	0,344	0,32 – 0,79	<0,001
Estado civil	0,044	-0,44 – 0,83	0,542
Idade	-0,032	-0,35 – 0,23	0,676
Local	0,072	-0,32 – 0,97	0,323

β =coeficiente linear IC=Intervalo de confiança de 95% p=Nível de significância 5%

Tabela 3. Análise por regressão linear multivariada dos fatores associados ao baixo conhecimento nutricional em mulheres sobreviventes de câncer de mama de dois hospitais públicos do RS, 2008

Estudos com adultos, ocorridos nos EUA e Inglaterra, demonstraram que o conhecimento nutricional foi um dos preditores do comportamento alimentar, juntamente com as crenças, e que o conhecimento nutricional foi um importante fator para explicar as variações nas escolhas alimentares^{15,19}, porém há estudos que relatam haver correlações muito fracas, e inexistentes, em que o conhecimento nutricional por si só não é determinante do comportamento, pois há influência de fatores educacionais, culturais e econômicos²⁰.

Os dados encontrados neste estudo mostram que as mulheres sobreviventes de câncer de mama apresentaram moderado conhecimento nutricional. Somente na questão que aborda o número adequado de porções de frutas e hortaliças que uma pessoa deve consumir por dia, menos da metade das pacientes acertou o questionamento, nas demais questões a maioria das mulheres respondeu corretamente.

Quanto ao perfil antropométrico, a média do IMC revelou excesso de peso, independente da faixa etária das mulheres em estudo. No entanto, sabe-se que mulheres que apresentam aumento do IMC têm uma maior probabilidade de recidiva quando comparadas às mulheres que não apresentaram ganho de peso, e que minimizando o ganho de peso durante a vida adulta irá reduzir risco de mulheres pós-menopausa de desenvolver câncer de mama^{7,8}.

No presente estudo, foi expressivo o número de mulheres que tiveram seu peso aumentado desde o diagnóstico comparado ao peso atual. De acordo com a literatura, o ganho de peso e a obesidade são ocorrências comuns em mulheres com câncer de mama, cujo ganho de peso usualmente varia entre 2 a 6 kg durante o primeiro ano do diagnóstico²¹, no entanto, a média de ganho de peso do estudo foi superior. A circunferência da cintura da maioria das mulheres foi considerada elevada¹⁷.

Entre as importantes recomendações para prevenção de câncer, consta que deve assegurar-se que o peso corporal durante o crescimento na infância e na adolescência projete na direção dos limites inferiores de normalidade do IMC aos 21 anos de idade. E ressalta-se a necessidade de manter o peso corporal dentro dos limites normais a

partir dos 21 anos, e de evitar o ganho de peso e o aumento da circunferência da cintura ao longo da vida adulta².

Quando questionadas sobre a orientação nutricional oferecida pela equipe assistencial, observou-se que mais da metade das mulheres pesquisadas não receberam orientações nutricionais durante o tempo de tratamento, e que o tipo de orientação oferecida às pacientes na maioria foi geral e não individualizado e monitorado. Ressalta-se que, entre as mulheres que receberam orientações nutricionais, estas foram somente gerais, não sendo possível verificar diferenças quanto ao tipo de intervenção nutricional no acompanhamento destas mulheres.

No que concerne aos fatores que podem estar associados ao conhecimento nutricional, após regressão linear multivariada, para verificar os possíveis fatores de confusão, verificou-se que somente a escolaridade apresentou associação positiva com o conhecimento nutricional, controlados os fatores de confusão, como estado civil, idade e local do estudo. Estudos realizados nos EUA¹⁸ e Bélgica²², que buscaram investigar os determinantes do consumo alimentar, corroboram os achados do presente estudo, pois o maior grau de instrução foi determinante no conhecimento nutricional.

O conhecimento parece não ser suficiente para modificar os hábitos alimentares e conseqüentemente o IMC. No presente estudo, o IMC não apresentou associação com o conhecimento nutricional, como na maioria dos estudos em que a associação entre conhecimento nutricional e IMC foi analisada^{22,23,24}.

Entre as limitações desse estudo, salientam-se o viés de memória em algumas questões retrospectivas e o tamanho da amostra em estudo para análise do conhecimento nutricional específico dos grupos de alimentos. O estudo não foi controlado para uso de hormonioterapia adjuvante.

CONCLUSÃO

Segundo o presente estudo, a maioria das mulheres sobreviventes de câncer de mama não recebe orientações nutricionais, principalmente orientações individualizadas efetivas por parte da equipe assistencial. Isso se dá apesar de, no período estudado, já haver evidências científicas suficientes de que a manutenção do peso saudável ao longo da vida diminui o risco associado ao câncer de mama e previne recidivas para as sobreviventes.

Os resultados demonstraram alta prevalência de sobrepeso/obesidade nas mulheres participantes do estudo independente da faixa etária, apesar de apresentarem moderado conhecimento nutricional. O nível de escolaridade estava associado ao conhecimento nutricional, ou seja, quanto maior o grau de instrução das mulheres maior seu conhecimento nutricional. Além

disso, IMC não se mostrou associado com o conhecimento nutricional.

Destarte, recomenda-se a abordagem interdisciplinar e assistência nutricional para prevenção dos fatores de risco de desenvolvimento e recidiva de câncer de mama, inerentes à alimentação e nutrição. Acredita-se que estratégias efetivas de educação nutricional contribuam com a socialização e a transposição do conhecimento para real incorporação das recomendações nutricionais no comportamento alimentar.

AGRADECIMENTOS

À nutricionista Dra. Ingrid Dalira Schweigert e à estatística Vania Hirakata pelo auxílio.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
2. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Secretaria de Atenção Básica. Resumo – alimentos, nutrição, atividade física e prevenção de câncer: uma perspectiva global 2007. Rio de Janeiro: INCA, 2007.
3. American Institute for Cancer Research. Policy and Action for Cancer Prevention: Food, Nutrition and a Physical Activity – A Global Perspective. AIRC 2009.
4. Michels KB, Mhollajee AP, Roset-Bahmanyar E, Beehler GP, Moysich KB. Diet and breast cancer: a review of the prospective observational studies. *Cancer*. 2007 Jun 15;109(12 Suppl):2712-49.
5. Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun M. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N Engl J Med* 2003; 248 (17): 1625-38.
6. Reeves GK, Pirie K, Beral V, Green J, Spencer E, Bull D. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the million women study: cohort study. *BMJ*. 2007 Dec 1;335(7630):1134.
7. Eliassen AH, Colditz GA, Rosner B, Willet WC, Hankinson S. Adult weight change and risk of postmenopausal breast cancer. *JAMA* 2006; 296 (2): 193 -201.
8. Michaels KB, Willet W. The women's health initiative randomized controlled dietary modification trial: a post-mortem. *Breast Cancer Res Treat*. 2009 Mar;114(1):1-6.
9. Lahmann PH, Hoffmann K, Allen N, Van Gils CH, Khaw KT, Tehard B, et al. Body size and breast cancer risk: findings from the european prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC). *Int J Cancer* 2004 Sep 20;111(5):762-71.
10. Kroenke CH, Chen WY, Rosner B, Holmes MD. Weight, weight gain, and survival after Breast Cancer Diagnosis. *J Clin Oncol* 2005; 22(7), 1370-78.
11. Barnett GC, Shah M, Redman K, Easton DF, Ponder BAJ, Pharoah PDP. Risk factors for the incidence of breast cancer: do they affect survival from the disease? *J Clin Oncol* 2008; 26 (20): 3310- 16.
12. Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Revista brasileira de cancerologia* 2003; 49(1): 227-38.
13. Triches RM, Giugliani ERJ. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. *Rev Saude Publica* 2005; 39 (4): 541-7.
14. Nicastro H, Dattilo M, Santos TR, Padilha HVG, Zimberg IZ, Crispin CA, et al. Aplicação da escala de conhecimento nutricional em atletas profissionais e amadores de atletismo. *Revista brasileira de medicina do esporte* 2008; 14(3): 205-8.
15. Harnack L, Block G, Subar A, Lane S, Brand R. Association of cancer prevention – related nutrition knowledge, beliefs, and attitudes to cancer prevention dietary behavior. *J Am Diet Assoc* 1997; 97(9): 965-57.
16. Scagliusi FB, Polacow VO, Cordas TA, Coelho D, Alvarenga M, Phillippi ST, et al. Tradução, adaptação e avaliação psicométrica da escala de conhecimento nutricional do National health interview survey cancer epidemiology. *Revista de nutrição da PUCCAMP* 2006; 19 (4): 425-36.
17. Brasil. Ministério da Saúde. SISVAN. Sistema de vigilância alimentar e nutricional. Orientações para coleta e análise dos dados antropométricos em serviços de Saúde. Normas técnicas. Brasília: o Ministério, 2008.
18. Sullivan HW, Klassen AC. Nutrition-related cancer prevention attitudes in low-income women. *Prev Med* 2007, 45:139-45.
19. Wardle J, Parmenter K, Waller J. Nutrition knowledge and food intake. *Appetite* 2000 Jun; 34(3): 269-75.
20. Axelson M, Brinberg D. The measurement and conceptualization of nutrition knowledge. *J Nutr Educ* 1992; 24(5): 239-46.
21. Irwin ML, MCTiernan A, Baumgartner RN, Baumgartner KB, Bernstein L, Gilliland FD, et al. Changes in body fat and weight after a breast cancer diagnosis: Influence of demographic, prognostic and lifestyle factors. *J Clin Oncol* 2005, 23(4): 774-82.
22. De Vriendt T, Mathys C, Verbeke W, Pynaert I, De Henauw S. Determinants of nutrition knowledge in young middle-aged women and the association with their dietary behaviour. *Appetite* 2009, 52(3): 788-92.
23. Brien GO, Davies M. Nutrition knowledge and body mass index. *Health Educ Res* 2006; 22(4): 571-5.
24. Patterson RE, Kristal AR, White E. Do beliefs, knowledge, and perceive norms about diet and cancer predict dietary change? *Am J Public Health* 1996 Oct; 86 (10); 1394-400.

Abstract

The importance of a diet in the control of breast cancer is quite recognized. The purpose of this study was to verify the prevalence of overweight and obesity as well as the nutritional knowledge of women who survived breast cancer. The sample was composed of 175 women, 105 from the capital and 70 from the countryside, who survived breast cancer and are under follow-up control in two public federal hospitals in Rio Grande do Sul. However, the results allowed the sample ($p>0.05$) to be unified. The adult women (≤ 59 years old), were overweight and obese in 57.13% of the cases, and the elderly (≥ 60 years old) were overweight in 63.4%. Most of them (71.43%) gained weight after the diagnosis, 6.46 Kg (± 4.9) in average. Their nutritional knowledge was moderate (61.7%) and there was no difference as to the nutritional knowledge between the women who have received nutritional orientation and those who have not received it ($p=0.276$). The sample showed prevalence of overweight/obesity in women who survived breast cancer and an expressive weight gain after the diagnosis, even in women who had received nutritional information. After multivariate linear regression, it was verified that their nutritional knowledge was associated only with their education level ($p=0.00$) and not with their body mass index ($p=0.85$). In conclusion, an individual and effective nutritional approach to improve life style has not been carried out yet despite scientific evidence that these actions would lessen the risk of either breast cancer recurrence or second primary tumor.

Key words: Breast Neoplasms; Obesity; Nutritional Facts; Survivors; Anthropometry; Prevalence

Resumen

La importancia de la dieta en el control del cáncer de mama es bastante reconocida. El objetivo de este estudio fue verificar la prevalencia de sobrepeso y obesidad y el conocimiento nutricional de las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. La muestra fue compuesta por 175 mujeres sobrevivientes de cáncer de mama acompañadas en dos hospitales públicos federales de Rio Grande do Sul, 105 de la capital y 70 del interior. Sin embargo, los resultados permitieron unificar la muestra ($p>0,05$). Las mujeres adultas (≤ 59 años), se encontraron en sobrepeso y obesidad un 57,13% de los casos, y las ancianas (≥ 60 años), en sobrepeso un 63,4%. La mayoría (71,43%) aumentó el peso tras el diagnóstico, en media 6,46 Kg ($\pm 4,9$). El conocimiento nutricional fue moderado (61,7%), y no hubo diferencia en el conocimiento nutricional entre las mujeres que recibieron y no recibieron orientaciones nutricionales ($p=0,276$). Hubo predominio de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama con sobrepeso/obesidad en la muestra y expresivo aumento de peso tras el diagnóstico, mismo en mujeres que recibieron orientaciones nutricionales. Después de la regresión lineal multivariada, se verificó que el conocimiento nutricional se asoció sólo con la escolaridad ($p=0,00$), y no hubo asociación con el índice de masa corporal ($p=0,85$). Se concluye que a pesar de las evidencias científicas, aún no se hace un abordaje nutricional individualizado y efectivo para la adecuación de los hábitos de vida que puedan disminuir el riesgo de recaída del cáncer de mama y de segundo tumor primario.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama; Obesidad; Información Nutricional; Sobrevivientes; Antropometría; Prevalência