

Perfil nutricional de mulheres com câncer de mama

Nutritional profile of women with breast cancer

Janaina Cristina Puhl¹
Thaís Rodrigues Moreira²

Unitermos:

Neoplasias da mama. Estado nutricional. Consumo de alimentos.

Keywords:

Breast neoplasms. Nutritional status. Food consumption.

Endereço para correspondência:

Thaís Rodrigues Moreira
Rua Avelino Tallini, 171 – prédio 11 – sala 216 –
Universitário – Lajeado, RS, Brasil – CEP 95900-000.
E-mail: th_rodrigues@ibest.com.br

Submissão:

4 de dezembro de 2012

Aceito para publicação:

21 de fevereiro de 2013

RESUMO

Introdução: Dentre os vários tipos de câncer, o câncer de mama destaca-se no gênero feminino, pois é o segundo mais prevalente no mundo. O crescimento desta patologia é rápido e progressivo, tendo como grupo de risco mulheres com idade superior a 35 anos. O objetivo deste estudo é avaliar o perfil antropométrico e comportamento alimentar de mulheres com câncer de mama. **Método:** Estudo transversal, com mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento ou não. Foi realizada avaliação antropométrica e aplicado questionário de frequência alimentar e recordatório alimentar de 24 horas. **Resultados:** Foram estudadas 21 mulheres, com média de idade de $55 \pm 11,5$ anos, 85,7% (n=18) eram casadas e 71,4% (n=15) haviam amamentado seus filhos. O tempo médio de diagnóstico da doença foi de um ano, a maioria das pacientes 57% (n=12) não praticava nenhum exercício físico. A média do IMC foi $26,5 \pm 3,9$ kg/m² e houve associação positiva entre o IMC pré-diagnóstico de câncer e mudança de peso ($r=-0,517$; $p=0,016$). Houve consumo excessivo de carboidratos e colesterol dietético, já os lipídeos e as fibras foram consumidos abaixo da recomendação. **Conclusão:** Conclui-se que o IMC médio estava acima do parâmetro de normalidade e alguns nutrientes não foram consumidos conforme a recomendação, evidenciando a necessidade de acompanhamento nutricional contínuo para essas pacientes.

ABSTRACT

Introduction: Among several types of cancer, the breast cancer stands out in females, because it's the second most prevalent in the world. The growth of this pathology is fast and progressive, being women with age 35 and above the risk group. The purpose of this study is to evaluate anthropometric status and eating behavior of women diagnosed with breast cancer. **Methods:** Cross sectional study, with 21 women diagnosed with breast cancer under treatment or not. Anthropometric assessment was done, applied food frequency questionnaire and 24 hour food recall. **Results:** Twenty-one women were studied. Mean age was 55 ± 11.5 years, 85.7% (n=18) were married and 71.4% (n=15) have breastfed their children. The mean time of the diagnose was one year. Most patients 57% (n=12) did not practice physical activity. The mean BMI was 26.5 ± 3.9 kg/m² and there was a positive association between BMI pre positive breast cancer diagnose and weight change ($r=-0.517$; $p=0.016$). There was an excessive consumption of carbohydrates and dietetic cholesterol, while fat and fiber were consumed under the recommendations. **Conclusion:** The mean BMI is over the parameters of normality and some nutrients were not consumed according the recommendation, evidencing the need of a continuous nutritional follow up to these patients.

1. Discente do Curso de Nutrição do Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, RS, Brasil.
2. Nutricionista pelo Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), especialista em Nutrição Clínica pela Universidade Gama Filho (UGF); mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); docente do Curso de Nutrição do Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer é definido como uma patologia crônica, marcado pelo crescimento descontrolado, rápido e invasivo de células com alteração em seu material genético¹. Dentre os vários tipos de câncer, destaca-se o câncer de mama (CM) no gênero feminino que é o segundo mais prevalente no mundo. O CM é a principal causa de morte entre as mulheres, podendo provocar desequilíbrio psicossocial nesses indivíduos acometidos pela doença, pois afeta diretamente a imagem pessoal da mulher².

Destaca-se, na fisiopatologia, o crescimento rápido e progressivo do tumor, tendo como grupo de risco mulheres com idade superior a 35 anos. Diante dessa realidade, as estimativas do Instituto Nacional do Câncer, para o ano de 2012, é que ocorrerão 52.680 novos casos de CM³. A etiologia do CM é multifatorial, além de fator reprodutivo, sedentarismo associado a obesidade e hábitos alimentares inadequados podem aumentar significativamente o risco de desenvolvimento desse tipo de tumor⁴.

No Brasil, observa-se que os tipos de câncer relacionados com os hábitos alimentares estão entre as seis primeiras causas de mortalidade por câncer. Estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em 2010, verificou que o padrão alimentar do brasileiro apresentou mudanças. O consumo de carnes gordurosas e de alimentos industrializados de fácil acesso no cotidiano das pessoas tem aumentado gradativamente³.

Sabe-se que a obesidade está relacionada com o CM há mais de 40 anos e desde então, estudos vêm sendo realizados para examinar essa associação⁵. O acúmulo de gordura abdominal também vem sendo apontado como um fator de risco para ocorrência de doenças cardiovasculares e metabólicas. Além disso, o aumento da adiposidade abdominal está relacionado com a elevação da pressão arterial e maior concentração de triglicerídeos⁶. Estudar a relação entre excesso de peso e CM poderá contribuir para a prevenção dessa doença.

Durante o tratamento, algumas pacientes conseguem manter o peso, porém a tendência é o aumento do peso corpóreo durante o tratamento e/ou nos anos posteriores ao diagnóstico. A manutenção ou o aumento do peso ocasionam mudanças na composição corporal dessas pacientes, sendo estas o aumento de massa gorda e diminuição da massa magra, podendo causar complicações na sobrevivência da paciente em longo prazo⁷.

Assim, reconhecendo a grande associação entre sobrepeso e obesidade no CM, torna-se relevante conhecer o perfil antropométrico e o comportamento alimentar de pacientes diagnosticadas com CM. O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil antropométrico e o comportamento alimentar de pacientes diagnosticadas com CM e associar com sobrepeso e obesidade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal prospectivo, no qual foram entrevistadas pacientes que estavam ou tinham terminado o tratamento de CM, sendo desenvolvido com participantes de um grupo de pacientes com esse tipo de câncer, em um hospital do interior do Rio Grande do Sul, no período de setembro a outubro de 2012. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Univates, com protocolo nº 99.607.

Os critérios de inclusão foram: mulheres com idade superior a 30 anos em tratamento oncológico ou com diagnóstico de CM e que consentiram em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para caracterização da amostra, foi aplicado um questionário estruturado com dados referentes a: idade, idade da descoberta da doença, estado civil, número de filhos, amamentação, prática de atividade física, número de sessões de quimioterapia e radioterapia realizadas.

As pacientes foram submetidas à avaliação antropométrica, por meio da aferição do peso e altura, após foi calculado o índice de massa corporal (IMC) e classificado conforme os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde⁸. O peso corporal das pacientes foi aferido por meio de uma balança digital da marca Plenna®, com capacidade de 150 kg e precisão de 100 gramas, posicionando a paciente em pé no centro da balança e para a aferição da altura foi utilizado estadiômetro portátil da marca Caumaq®, colocando a paciente ereta e com os braços estendidos ao lado do corpo. A taxa de metabolismo basal foi calculada a partir da fórmula de gasto energético basal por Harris Benedict. Avaliou-se a frequência alimentar, por meio de um questionário de frequência alimentar (QFA), validado para doenças crônicas não-transmissíveis, dividido em oito grupos: leites e produtos lácteos, carnes/pescados e ovos, verduras e legumes, frutas e sucos naturais, pães/cereais/tubérculos e leguminosas, óleos e gorduras, doces e guloseimas e bebidas⁹.

Para avaliação do consumo atual de alimentos, utilizou-se o recordatório alimentar 24 horas, onde a paciente relatou cada alimento que havia consumido no dia anterior, e aplicação do software Avanutri®, na versão 4.0. Avaliaram-se, no cálculo dietético, foi aferida a quantidade de carboidrato, proteína, lipídeo, colesterol e fibras que cada paciente consumiu, que foi comparado às necessidades desses nutrientes. Os parâmetros de consumo ideal foram baseados de acordo com as *Dietary Reference Intakes* (DRIs)¹⁰.

Na análise estatística, as variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão. Na comparação do peso e IMC pré e atual, o teste t de Student para amostras pareadas foi aplicado. Na comparação da classificação do IMC pré e atual, o teste qui-quadrado de McNemar foi utilizado. Para verificar a adequação do consumo alimentar conforme as DRIs, o teste qui-quadrado de ajustamento foi utilizado. A

associação entre as variáveis foi avaliada pelos coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman. Os dados foram avaliados com auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na versão 17.0. Para a determinação da significância estatística foi considerado o valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 21 integrantes do grupo, sendo todas do gênero feminino. A idade média entre as participantes foi de $55 \pm 11,5$ anos, sendo que a idade variou de 37 anos a 74 anos. Em relação ao estado civil, a maioria 85,7% (n=18) era casada, 71,4% (n=15) das mulheres estudadas amamentaram seus filhos e a média do número de filhos foi de dois filhos. O tempo médio de diagnóstico da doença observado foi de um ano, 30% (n=25) das pacientes já haviam realizado sessões de radioterapia e somente 15% (n=6) realizaram sessões de quimioterapia. Em relação à prática de atividade física, a maioria das pacientes 57% (n=12) não praticava nenhum tipo de exercício físico.

Na Figura 1, analisou-se a classificação de IMC pré e pós-diagnóstico de CM. Verifica-se que não houve

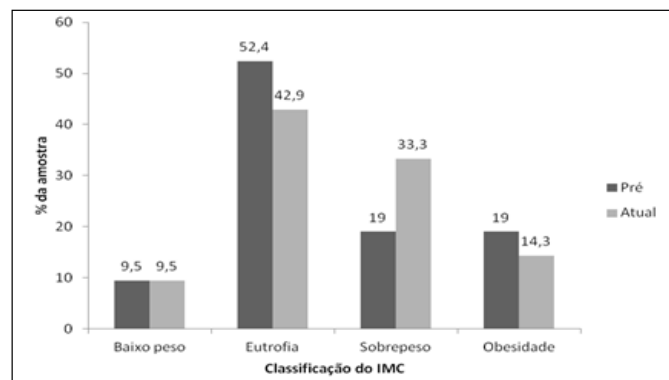


Figura 1 – Comparação entre as classificações de IMC pré e atual de pacientes com câncer de mama, Lajeado – Brasil, 2012.

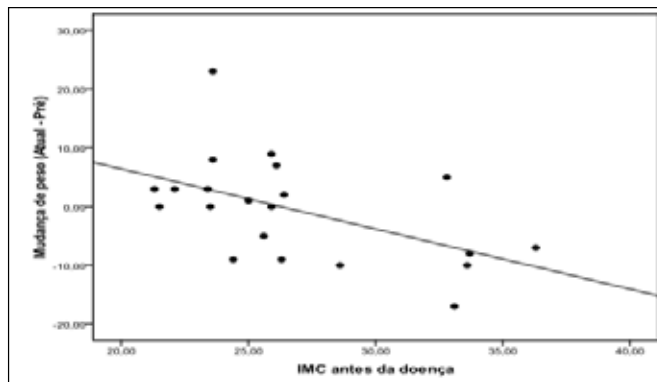


Figura 2 – Associação entre IMC pré-câncer de mama e mudança de peso de pacientes com câncer de mama, Lajeado – Brasil, 2012.

diferença estatisticamente significativa entre a classificação do IMC pré e atual ($p=0,525$). A avaliação antropométrica demonstrou, segundo o IMC atual, que a maioria das pacientes 52,4% (n=11) era eutrófica e o IMC médio foi de $26,5 \pm 3,9$ kg/m².

No que se diz respeito às mudanças de peso e IMC pré e pós-diagnóstico de CM, não foram estatisticamente significativas com $p=0,729$ e $p=0,789$, respectivamente (Figura 2). Porém, houve associação significativa entre o IMC pré e mudança de peso, ou seja, quanto maior o IMC pré, maior foi a perda de peso após diagnóstico de CM ($r=-0,517$; $p=0,016$).

Na Tabela 1, analisou-se o consumo alimentar das pacientes com o consumo adequado de macronutrientes e micronutrientes. Pode-se afirmar estatisticamente que o consumo de carboidratos estava excessivo, sendo que 61,9% (n=13) estavam consumindo excesso de carboidrato, totalizando um consumo de 1.083 ± 248 kcal/dia. O consumo de lipídeos estava inadequado, sendo que 61,9% (n=13) não estavam consumindo as quantidades recomendadas pelas DRIs. Em relação à ingestão de fibras, 85,7% (n=18) estavam consumindo pequena

Tabela 1 – Correlação de Pearson entre a espessura do músculo adutor do polegar e força de preensão do polegar da mão não-dominante com parâmetros antropométricos controlado pela idade.

Nutrientes	Consumido	Recomendado DRIs	% de adequação	Classificação			P*
	Média ± DP		Média ± DP	Inadequado	Adequado	Excessivo	
Calorias (kcal)	1.751±381	1.692±166,5	104,3±23,8	6 (28,6)	7 (33,3)	8 (38,1)	0,867
CHO (%)	61,9±6,5	50%-60%	—	1 (4,8)	7 (33,3)	13 (61,9)	0,006
PTN (%)	15,8±5,0	10%-15%	—	3 (14,3)	9 (42,9)	9 (42,9)	0,180
Lipídeos (%)	22,2±4,5	25%-30%	—	13 (61,9)	7 (33,3)	1 (4,8)	0,006
Colesterol	262±225,4	200	131,1±112,7	10 (47,6)	—	11 (52,4)	0,827
Fibras	14,1±6,32	20-30	—	18 (85,7)	3 (14,3)	—	0,001

*Teste Qui-quadrado de ajustamento.

quantidade de fibras em sua alimentação. Consumo de colesterol também estava acima do recomendado, em 52,4% (n=11) da amostra.

Quanto à análise do QFA, 95,2% (n=20) das pacientes consumiam diariamente verduras e legumes, 90,5% (n=19), frutas ou sucos e 76,2% (n=16), óleos vegetais nas preparações (Figura 3).

A partir do QFA, 95,2% (n=20) dos indivíduos do estudo relataram nunca terem consumido “salgados de bar”, 85,7% (n=18), “doces de bar” ou hambúrguer (Figura 4).

DISCUSSÃO

No presente estudo, os achados importantes foram o aumento significativo no consumo energético e na ingestão de macronutrientes e micronutrientes. Houve predominância de eutrofia, apesar da média de IMC indicar sobrepeso. Não houve associação significativa entre sessões de radioterapia e quimioterapia com o estado nutricional, nem com alteração de peso. Houve predominância de mulheres acima de 50 anos, casadas, sedentárias e com média de dois filhos.

Em estudo realizado por Paiva et al.¹¹, com delineamento de caso-controle, os autores observaram que as pacientes

que não tinham filhos estavam mais presentes no grupo de casos de CM, e o fato de terem tido quatro ou mais gestações tornou-se um fator de proteção na amostra estudada. Segundo Lima et al.¹², a nuliparidade, bem como a gravidez tardia, são fatores de risco para o CM. O fator reprodutivo pode ser um tipo de proteção contra o tumor, assim como a amamentação¹³. Resultados contrários aos obtidos neste estudo, onde a maioria das pacientes tinha dois filhos. As mulheres com um maior número de filhos têm menor probabilidade de desenvolver a doença¹³. Esses fatos poderiam explicar os casos das pacientes que não tiveram filhos, mas neste estudo somente uma pessoa não teve filhos, porém quase 30% não amamentaram. A amamentação reduz o risco do desenvolvimento do CM, pois atua como fator protetor para a mulher. Circunstâncias demonstram inúmeros benefícios da amamentação em relação à saúde da mulher¹⁴⁻¹⁶.

Quando avaliada a idade, houve predomínio de mulheres acima de 50 anos, sendo consideradas idosas as mulheres com idade igual ou acima de 60 anos. De acordo com Lima et al.¹² e Thuler¹⁴, o envelhecimento da população é considerado um fator de risco para o desenvolvimento e aumento da incidência de CM, no entanto, o presente estudo nos sugere que outras variáveis podem também ter um impacto no desenvolvimento da doença, do que apenas a idade, como o consumo alimentar e o número de filhos.

Apesar da maioria das pacientes ter apresentado diagnóstico de eutrofia na avaliação do IMC, pode-se verificar que esse índice se apresentou elevado; dado semelhante ao do estudo de Rubin et al.¹⁷, que observou aumento de peso desde o diagnóstico de CM em 71,43% (n=175) das pacientes.

Na análise do consumo e frequência alimentar, observou-se frequência de consumo diário de frutas, verduras e legumes. Baixo consumo de fibras foi observado, assemelhando-se com o estudo de Fortes et al.¹⁸, que acompanharam 70 pacientes, e desses 91,4% consumiam menos que 25 gramas/dia e 8,6% atingiram 25 gramas/dia. Segundo Gomes¹⁹, alimentos como verduras, frutas e legumes devem fazer parte da alimentação do indivíduo diariamente, por serem considerados antioxidantes, podendo produzir uma ação protetora contra os processos oxidativos que ocorrem no organismo. Dentre os antioxidantes naturais, as frutas e os vegetais são alimentos que têm maior contribuição para o suprimento dietético desses compostos.

Quanto ao consumo de calorias, foi verificado um consumo médio de 1.751 kcal/dia. Com relação aos macronutrientes carboidratos, proteínas e lipídeos, classificaram-se as dietas em hiperglicídicas, normoprotéicas e hipolipídicas. O padrão alimentar ficou mais direcionado aos carboidratos, ou seja, aumento da densidade energética que, com a diminuição da atividade física, é determinante para a elevação da obesidade²⁰.

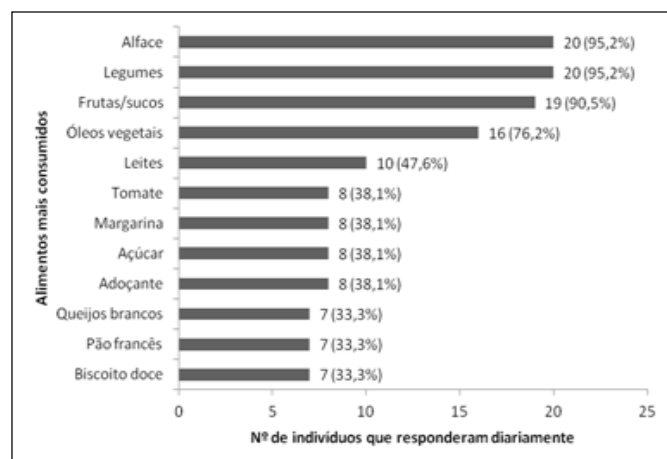


Figura 3 – Análise do questionário de frequência alimentar quanto aos alimentos mais consumidos por pacientes com câncer de mama, Lajeado – Brasil, 2012.

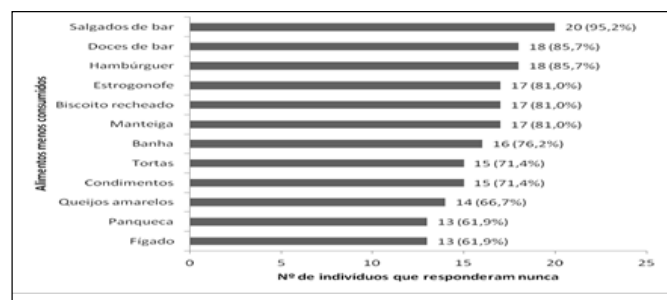


Figura 4 – Análise do questionário de frequência alimentar quanto aos alimentos menos consumidos por pacientes com câncer de mama, Lajeado – Brasil, 2012.

CONCLUSÃO

A prevalência de sobrepeso observada pela média de IMC está acima do parâmetro de normalidade e alguns nutrientes não foram consumidos conforme a recomendação. Podemos ressaltar que pacientes com CM necessitam ter acompanhamento nutricional contínuo, a fim de manter uma dieta equilibrada e completa de vitaminas e sais minerais, para assim contribuir com a melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Garófolo A, Avesani CM, Camargo KG, Barros ME, Silva SRJ, Taddei JAAC, et al. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. *Rev Nutr.* 2004;17(4):491-505.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil – 2011. Rio de Janeiro: INCA; 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf> Acesso em: 7/12/2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas 2012: incidência do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
4. Lima FEL, Latorre MRDO, Costa MJC, Fisberg RM. Dieta e câncer no Nordeste do Brasil: avaliação da relação entre alimentação e consumo de grupos de alimentos e câncer de mama. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(4):820-8.
5. Goodwin PJ. Commentary on: "Effect of obesity on survival in women with breast cancer: systematic review and meta-analysis". *Breast Cancer Res Treat.* 2010;123(3):637-40.
6. Cavalcanti CBS, Barros MVG, Meneses AL, Santos CM, Azevedo AMP, Guimarães FJSP. Obesidade abdominal em adolescentes: prevalência e associação com atividade física e hábitos alimentares. *Arq Bras Cardiol.* 2010;94(3):371-7.
7. Vance V, Mourtzakis M, McCargar L, Hanning R. Weight gain in breast cancer survivors: prevalence, pattern and health consequences. *Obes Rev.* 2011;12(4):282-94.
8. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.who.org/> Acesso em: 23/10/2012.
9. Furlan-Viebig R, Pastor-Valero M. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para o estudo de dieta e doenças não transmissíveis. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(4):581-4.
10. Padovani RM, Amaya-Farfán J, Colugnati FAB, Domene SMA. Dietary reference intakes: aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais. *Rev Nutr.* 2006;19(6):741-60.
11. Paiva CE, Ribeiro BS, Godinho AA, Meirelles RSP, Silva EVG, Marques GDA, et al. Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso-controle. *Rev Bras Cancerol.* 2002;48(2):231-7.
12. Lima MG, Koifman S, Scapulatempo IL, Peixoto M, Naomi S, Amaral MC. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Teréna de área rural, Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2001;17(6):1537-44.
13. Molina L, Dalben I, Luca LA. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(2):185-90.
14. Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Rev Bras Cancerol.* 2003;49(4):227-38.
15. Tessaro S, Béria JU, Tomasi E, Victora CG. Breastfeeding and breast cancer: case-control study in Southern Brazil. *Cad Saúde Publica.* 2003;19(6):1593-601.
16. Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *J Pediatr.* 2004;80(5 Supl):S142-6.
17. Rubin BA, Stein AT, Zelmanowicz AM, Rosa DD. Perfil antropométrico e conhecimento nutricional de mulheres sobreviventes de câncer de mama do sul do Brasil. *Rev Bras Cancerol.* 2010;56(3):303-9.
18. Fortes RC, Recôva VL, Melo AL, Novaes MRCG. Hábitos dietéticos de pacientes com câncer colorretal em fase pós-operatória. *Rev Bras Cancerol.* 2007;53(3):277-89.
19. Gomes FS. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas versus constructos sociais. *Rev Nutr.* 2007;20(6):669-80.
20. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(6):1792-800.

Local de realização do trabalho: Centro Universitário Univates, Lajeado, RS, Brasil.