

UNIVERSIDADE TIRADENTES

ANGÉLICA TELES DE BRITO

JAINARA SANTOS OLIVEIRA

JÉSSICA PRISCILA BARRETO MENDONÇA CHAGAS

ASPECTOS NUTRICIONAIS DE MULHERES

MASTECTOMIZADAS

ARACAJU

2014

ANGÉLICA TELES DE BRITO

JAINARA SANTOS OLIVEIRA

JÉSSICA PRISCILA BARRETO MENDONÇA CHAGAS

**ASPECTOS NUTRICIONAIS DE MULHERES
MASTECTOMIZADAS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade
Tiradentes como um dos pré-
requisitos para obtenção do grau
de Bacharel em Nutrição

ORIENTADOR: Prof^o Msc. Hugo José Xavier Santos

COORIENTADORA: Prof^a Esp. Sandra Cristina da Cruz Maia

ARACAJU

2014

ANGÉLICA TELES DE BRITO

JAINARA SANTOS OLIVEIRA

JÉSSICA PRISCILA BARRETO MENDONÇA CHAGAS

**ASPECTOS NUTRICIONAIS DE MULHERES
MASTECTOMIZADAS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade
Tiradentes como um dos pré-
requisitos para obtenção do grau
de Bacharel em nutrição

Aprovada em: ____/____/____
Banca Examinadora

Orientador: Prof^o Msc. Hugo José Xavier Santos – UNIT

Prof^a Esp. Sandra Cristina da Cruz Maia – UNIT

Prof^a Esp. Isis Caroline Barros Rios – UNIT

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por nos ter dado o dom da vida e nos permitir a realização de mais este sonho. A nós mesmas pela força, perseverança e apoio umas as outras quando os obstáculos foram surgindo nesta trajetória. A nossa coorientadora Sandra Maia por nos ter aberto as portas da instituição sem a qual este trabalho não se realizaria a contento e por nos ter acolhido de modo tão especial. À AMO e toda a sua equipe que sempre procurou facilitar nosso contato com suas assistidas. A todas as mulheres que se dispuseram a participar desta pesquisa, material humano precioso que nos fez crescer como profissionais. Ao nosso orientador Hugo Xavier, que, mesmo com tantas atribuições, esteve a nossa disposição sempre que se fez necessário com paciência e presteza. Aos familiares pelas palavras de incentivo e atitudes de apoio e de compreensão. Aos amigos que fomos agregando ao longo desta jornada, que mesmo sem conhecer todos ou mesmo nenhum dos membros deste trio, não mediram esforços para nos ajudar: Marcos Chagas, Aline Carara, Josué Azevedo, Maria Rosilda Deodório. A todos, o nosso muito obrigado!

“Que seu remédio seja seu alimento, e que seu alimento seja seu remédio.”

(Hipócrates)

RESUMO

O câncer de mama é a principal causa de morte de mulheres em todo o mundo. O aumento da massa corporal e hábitos alimentares inadequados levam a uma maior incidência deste tipo de câncer. A mastectomia processo cirúrgico de remoção da mama e o tratamento quimioterápico elevam o índice de ganho de peso em mulheres com este diagnóstico. A nutrição tem a finalidade de adequar a massa corporal, por meio de hábitos alimentares saudáveis melhorando assim a qualidade de vida destas mulheres. O projeto desenvolvido tem como objetivo relacionar os aspectos nutricionais de mulheres mastectomizadas através da antropometria e do conhecimento nutricional em mulheres cadastradas na Associação dos Amigos da Oncologia-AMO na cidade de Aracaju, através, da avaliação do perfil nutricional e do consumo alimentar. Participaram do estudo 21 mulheres entre 18 e 70 anos de idade submetidas ao processo de mastectomia parcial ou radical. Esta avaliação se deu por métodos conservadores, baseados nas fórmulas já existentes de determinação de estado nutricional: Índice de Massa Corpórea, Circunferência do Braço, Circunferência da Cintura, Circunferência Abdominal, Circunferência do Quadril e Relação Cintura Quadril. O dimensionamento dos hábitos alimentares e o conhecimento nutricional dessas mulheres foram mensurados através do Recordatório de 24hs e aplicação de um questionário de conhecimento nutricional. A antropometria e a coleta dos dados complementares foram realizadas por meio de uma entrevista individual. Com base nos resultados encontrados destacamos um Índice de Massa Corpórea elevado nestas mulheres, um moderado a alto conhecimento nutricional, bem como um consumo inadequado de macro e micronutrientes, dos quais destacamos, alto consumo de zinco, vit. A e C, e um baixo consumo em fibras, folato e vit. E.

Palavra chave: Aspectos nutricionais; Câncer; Mastectomia; Mulheres.

ABSTRACT

The breast cancer is the main cause of death in women in the world. Increased body mass and inappropriate eating habits lead to a higher incidence of this cancer. The process of surgical mastectomy breast removal and chemotherapy increase the weight gain rate in women with this diagnosis. The nutrition has the purpose of adapting the body mass, through healthy eating habits, thus improving the quality of life of these women. The developed project has the purpose to list the nutritional aspects of women with mastectomies by anthropometry and nutritional knowledge in women enrolled in the Association of Friends of Oncology (OFA) in the city of Aracaju-Sergipe, through the assessment of nutritional status and dietary intake. The participants were 21 women between 18 and 70 years of age, who were submitted to the partial or radical mastectomy process. This evaluation was made by conservative methods which were based on existing formulas, through the determination of nutritional status: the body mass index, the arm circumference, the waist circumference, the abdominal circumference, the hip circumference and the waist to hip ratio. The sizing of the eating habits and the nutritional knowledge of these women were measured by the Recall of 24 hours and a nutritional knowledge questionnaire. The anthropometry and the collection of additional data were conducted through individual interviews, which were based on the results in which we found a body mass index higher in these women, a moderate to high nutritional knowledge as well as an inadequate intake of macro and micronutrients, of which we highlight, high intake of zinc, vit. A and C, and a low consumption of fiber, folate and vit. E.

Keywords : Nutritional aspects; Cancer; Mastectomy; Women

LISTAS

LISTA DE GRÁFICOS

Figura 1. Classificação de índice de massa corpórea.....	23
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Média de consumo de macronutrientes e fibras.....	24
---	----

Tabela 2: Média de consumo de micronutrientes.....	25
--	----

ANEXOS

ANEXO A – - Protocolos de aprovação do Comitê de Ética da Universidade Tiradentes e da Associação dos Amigos da Oncologia, Aracaju-se.....	37
ANEXO B – Índice de performance de Karnofsky.....	38
ANEXO C – Termo de consentimento Livre e Esclarecido.....	39
ANEXO D. – Protocolo de avaliação Socioeconômica CCEB.....	41
ANEXO E- Modelo do Recordatório de 24 hs.....	42
ANEXO F – Aplicação do Recordatório de 24 hs.....	43
ANEXO G – Escala de Conhecimentos Nutricionais.....	45

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	12
2-OBJETIVOS.....	15
2.1-Objetivo geral	15
2.2-Objetivo específico	15
3- METODOLOGIA.....	16
3.1-Delineamento.....	16
3.2- População	16
3.3- Amostra	17
3.4- Critérios de inclusão e exclusão	17
3.5-Perfil sócio econômico e cultural	18
3.6-Coleta de Dados	18
3.6.1-Consumo alimentar	18
3.6.2-Dados antropométricos	20
3.7-Análise de dados	21
3.8-Aspectos éticos	21
4-RESULTADOS.....	22
5-DISCUSSÃO	26
6-CONCLUSÃO	32

REFERÊNCIAS	33
-------------------	----

ANEXOS	37
--------------	----

1 INTRODUÇÃO

O nome Câncer está associado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm como característica o crescimento desordenado de células invasivas que se difundem nos tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Multiplicando-se de forma rápida, essas células são muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos. Os fatores que causam o câncer são variados, podendo ser externos ou internos ao organismo, estando interrelacionados. Os fatores externos referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma sociedade (INCA, 2014).

O câncer de mama é o mais comum entre as mulheres e é o segundo tipo mais frequente no mundo, respondendo por 22% dos novos casos a cada ano. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama permanecem elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estados avançados. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que em 2014, 57.120 novos casos de câncer de mama para 100 mil habitantes nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes (INCA, 2014). Sendo que no Nordeste do país, estima-se para este ano 10.490 novos casos, e em Sergipe 440 (INCA, 2014).

Segundo Lahoz et al (2010), a mama apresenta importância para o corpo da mulher como parte simbólica e característica da imagem feminina; faz relação com a sexualidade e também com a função de mulher e, por essa razão, o câncer de mama talvez represente o câncer mais temido entre a população feminina pelo trauma psicológico quanto à

doença; ao tratamento e ao medo da mutilação e à distorção da autoimagem, comprometendo o aspecto físico, psicológico e social.

A neoplasia mamária é uma patologia heterogênea e complexa que engloba muitos fatores com diferentes níveis de agressividade tumoral e potencial metastático, criando reflexos nas funções biológicas, fisiológicas e psicológicas individuais na vida das mulheres. Tais reflexos surgem em diferentes momentos e são vivenciados por estas na hora do diagnóstico que, geralmente, desencadeia grande sobrecarga emocional entremeada de incertezas, medos e tabus. (AZEVEDO, 2009; apud SILVA, 2012)

Não existem medidas práticas específicas de prevenção primária do câncer de mama aplicável à população, embora estudos observacionais tenham sugerido que a prevenção do tabagismo, do alcoolismo, da obesidade e do sedentarismo reduza o risco de câncer da mama (MORAES et al, 2008).

O tratamento de câncer é complexo e o trabalho exige uma equipe multidisciplinar. A cada dia, procuram-se novas formas de tratamento antineoplásico que sejam mais efetivas, menos mutiladoras e, portanto, mais sociais. Os tratamentos disponíveis continuam sendo a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, a hormonioterapia e, mais recentemente, a imunoterapia, cujos estudos apresentam resultados promissores. (VERDE, 2007). Independentemente da técnica radical ou conservadora, a mastectomia consiste em um método mutilador e tem sido um tratamento cirúrgico padrão para o câncer de mama, que leva

a uma série de alterações físicas e psicológicas na vida da mulher (AZEVEDO, 2009; LAHOZ et al, 2010).

Modificações no estado nutricional e no padrão da alimentação são frequentemente relatados em pacientes com câncer, tais modificações podem ocorrer pelo uso de agentes químicos ou medicamentos utilizados no tratamento de tumores identificados, sendo, entre outras causas, motivados pelos incômodos e alterações fisiológicas do tratamento. O comprometimento do estado nutricional está associado ao aumento de morbimortalidade no câncer. (AZEVEDO, 2009; apud MOREIRA, 2013)

Sabe-se que uma má alimentação aliada ao sedentarismo aumenta o percentual de gordura corporal. Contudo, no caso do tratamento do câncer, é preciso levar em consideração também todo o processo de tratamento e medicação que a paciente toma. A alimentação é de extrema importância durante o tratamento do câncer, pois contribui para um melhor bem estar da paciente, mantendo ou recuperando o estado nutricional e minimizando os efeitos colaterais dos medicamentos. A terapia utilizada deve ser individualizada de acordo com as necessidades energéticas da paciente, aceitação, tolerância e aversões alimentares, visando uma melhor qualidade de vida (NOGUEIRA et al., 2013; BRASIL, 2009).

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 observou-se que, isoladamente, o conhecimento não é capaz de promover mudanças no comportamento alimentar, provavelmente por este ser influenciado por diversos fatores. acredita-se que a melhora do conhecimento nutricional seja o início para uma posterior melhora nas escolhas alimentares (ALBUQUERQUE et al. 2013).

Obs.: Este artigo segue as normas do caderno de Graduação da UNIT

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Relacionar os aspectos nutricionais de mulheres mastectomizadas através da antropometria e do conhecimento nutricional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o estado nutricional das pacientes mastectomizadas através de dados antropométricos: peso, altura, circunferência abdominal, do braço, da cintura, do quadril e da relação cintura-quadril;
- Mensurar a qualidade de ingestão alimentar dessas mulheres através dos hábitos alimentares e do conhecimento nutricional;
- Identificar hábitos e comportamentos alimentares;
- Comparar e relacionar os aspectos nutricionais dessas mulheres;

3 METODOLOGIA

Fundada em 21 de novembro de 1996, a Associação de Amigos da Oncologia (AMO) presta assistência social a pacientes de baixa renda com câncer. A instituição não governamental possui, em seu quadro técnico, uma equipe multidisciplinar composta por nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, dentre outros que visam uma melhoria na qualidade de vida desses pacientes.

3.1 Delineamento

Trata-se de um estudo longitudinal com abordagem quantitativa e qualitativa, o qual foi avaliado: dados antropométricos das pacientes, o conhecimento nutricional e ingestão alimentar com o objetivo de relacionar os aspectos nutricionais dessas mulheres.

3.2 População

Segundo dados da AMO, em Aracaju-Sergipe, existem atualmente 544 mulheres cadastradas com câncer de mama, sendo que 323 residem em Aracaju e que 154 delas são mastectomizadas e elegíveis para a pesquisa.

3.3 Amostra

Participaram da pesquisa 21 mulheres das 154 elegíveis à pesquisa, pois 31 delas tinham outras patologias associadas; 13 possuíam idade acima de 70 anos; 22 se recusaram a participar; 17 não compareceram a consulta; 14 não estavam aptas segundo o índice de karnofsky (Puiggròs, et al, 2009) (ANEXO B). Tivemos, durante a pesquisa, 2 óbitos e 34 delas não foram localizadas. Sendo assim a amostra total foi de 21 pacientes

3.4 Critérios De Inclusão E Exclusão

Participaram do estudo somente as mulheres submetidas ao processo cirúrgico de mastectomia com idade entre 18 a 70 anos e com índice de karnofsky a partir de 70, residentes em Aracaju e cadastradas na base de da AMO, onde realizam acompanhamento. Elas foram avaliadas pelo entrevistador que, por sua vez, fez as observações necessárias de acordo com o relatado de cada paciente sobre sua rotina e, em seguida, assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO C).

Foram excluídas pacientes que possuem doenças transmissíveis; doenças neurológicas e psiquiátricas com patologias crônicas que interferem no estado nutricional; que não concordaram em participar da pesquisa e que estiveram com índice de karnofsky abaixo de 70. Esse índice de karnofsky classifica pacientes de acordo com suas deficiências funcionais e inaptidões: com índice entre 80 a 100, estão aptas para realizar atividades normais e trabalho sem nenhum cuidado especial; entre 70 a 50, inaptas para realizar trabalho,

ou seja, apenas cuidar das suas necessidades; de 40 a 10, inaptas até para cuidar de si, requerendo auxílio especializado e 0 óbito .

3.5 Perfil Socioeconômico e Cultural

O perfil econômico foi traçado pelo Critério Classificação Econômica Brasil-CCEB (ANEXO D), que avalia a quantidade de eletrodoméstico por residência, grau de instrução do chefe da família por meio de uma pontuação pré-estabelecida e classificado pela tabela de pontos de corte do critério Brasil da classe A à E.

3.6 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada na sede da AMO através de uma entrevista realizada pelas próprias pesquisadoras. 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 às recomendações da Resolução nº196/96 (BRASIL, 1996).

3.6.1 Consumo Alimentar

Para avaliar o consumo alimentar das pesquisadas, aplicamos um Recordatório de 24 horas junto a um Questionário de Conhecimento Nutricional (Anexo IV). Esse instrumento foi desenvolvido para testar e avaliar o conhecimento nutricional. As questões foram elaboradas por um conjunto de especialistas, cumprindo os critérios para a validação do

Obs.: Este artigo segue as normas do caderno de Graduação da UNIT

conteúdo. O instrumento compreende três partes: a primeira contém quatro questões sobre relação entre dieta e doenças, sendo que duas se referem ao câncer. A segunda parte tem sete questões sobre o conteúdo de fibras e lipídeos nos alimentos. E a terceira parte consiste em uma questão sobre a quantidade de porções de frutas e hortaliças que uma pessoa deve consumir diariamente (SCAGLIUSI et al,2006). Mensurando o conhecimento delas na relação do alimento com a doença, ou seja, questionando-as sobre quais alimentos causam ou curam doenças, qual a ingestão adequada e o que pode ou não ser ingerido.

Sobre o Recordatório de 24hs, podemos descrevê-lo como um tipo de inquérito alimentar, no qual o indivíduo relata detalhadamente os alimentos consumidos no dia anterior à entrevista, começando pelo primeiro alimento consumido após acordar até o último alimento consumido antes de dormir, incluindo os alimentos dentro e fora do domicílio. O sucesso desse inquérito depende da memória e cooperação do entrevistado, assim como da habilidade do entrevistador em estabelecer um bom canal de comunicação com o entrevistado. Os dados foram coletados em medidas caseiras e inseridos no software DietWin® Profissional 2.0 para determinar a composição dessas dietas. Foram analisados: proteínas, hidratos de carbono, lipídeos, fibras, vitaminas A,C e E, ácido fólico e zinco.

A aplicação do Recordatório de 24 horas obedeceu a uma técnica detalhada no ANEXO E.

3.6.2 Dados Antropométricos

Para a determinação do estado nutricional, foram mensurados peso e altura na balança mecânica com estadiômetro de marca Welmy®, com capacidade para 150,0kg e precisão de 100,0g. A partir desses dados, foi calculado o índice de massa corpórea (IMC) ou índice de Quelet das pacientes pela fórmula: peso dividido pela altura ao quadrado, classificado pela OMS, seguido pelas medidas em centímetros da circunferência do braço (CB), que representa a soma das áreas constituídas pelos tecidos ósseos, muscular e gorduroso. Para sua obtenção, devemos localizar e marcar o ponto médio entre o acrômio e olecrano com o braço a ser medido flexionado em direção ao tórax; depois a paciente estende o braço na altura do corpo com a palma da mão voltada para coxa com uma fita métrica inelástica milimétrica de marca Sanny Medical/Starrett® com 2 metros e referência SN-4010. Em seguida, contorna-se o braço no ponto marcado, ajustando para evitar folga ou compressão, e os resultados obtidos deverão ser confrontados com os valores referentes ao sexo e à idade preconizados por Frisancho (1990 apud CUPPARI, 2005).

Na circunferência abdominal (CA), deve-se posicionar uma fita métrica inelástica milimétrica sob a cicatriz umbilical, contornando o abdômen de forma ajustada e sem compressão. O resultado obtido deverá ser comparado com o ponto de corte estabelecido para avaliar riscos cardiovasculares. Na circunferência da cintura (CC), com a paciente em pé, a fita métrica inelástica milimétrica deverá contornar a linha natural da cintura de forma ajustada e sem compressão no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. Em relação à circunferência do quadril (CQ), deve-se contornar a região do quadril de maior perímetro (da cintura até a coxa) com uma fita métrica inelástica milimétrica de forma ajustada e sem

compressão para o cálculo da relação cintura-quadril (RCQ). Relação esta utilizada para classificar risco para o desenvolvimento de doenças relacionadas à obesidade.

3.7 Análise de Dados

A estatística descritiva compreenderá o cálculo através do programa Microsoft Excel starter 2010 das médias (\bar{x}), desvio padrão (dp) e frequência percentual (%), assim como a sua posterior apresentação por meio de tabelas e gráficos como forma de possibilitar a comparação entre os resultados médios obtidos das variáveis a serem analisadas.

3.8 Aspectos Éticos

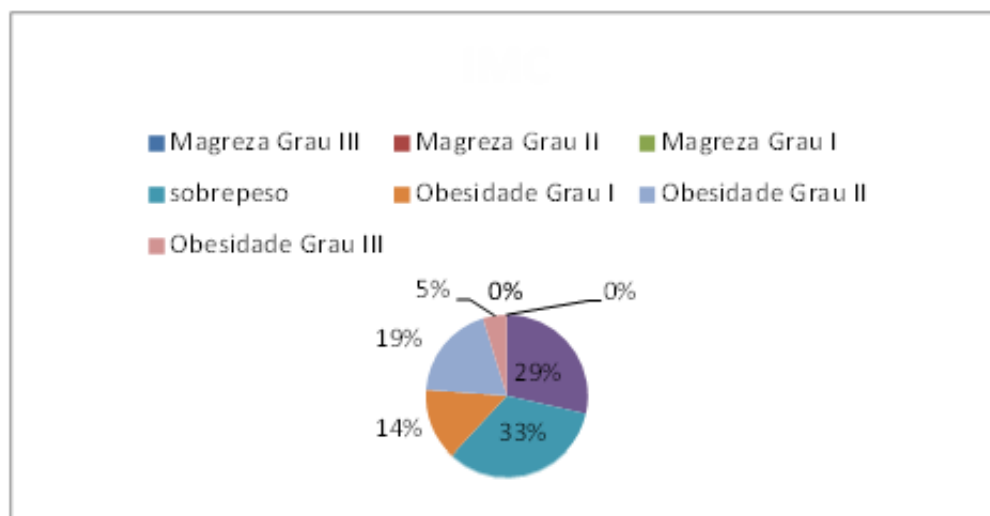
Todo o estudo segue às Diretrizes e Normas Regulamentares de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas nas Resoluções: de nº. 196, de 10 de outubro de 1996 e também de nº. 251, de 07 de agosto de 1997, ambas do Conselho Nacional de Saúde. Adicionalmente, todos os participantes preencherão e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi feito pelo Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos da Universidade Tiradentes sob registro nº 26691914.6.0000.5371 (ANEXO A)

4 RESULTADOS

As pacientes entrevistadas apresentaram idade entre 27 a 70 anos, sendo que a média foi de 50 anos. Possuem o primário incompleto 43% (9) da amostra; 0 fundamental 10% (2); ensino médio incompleto e completo respectivamente 33% (7) e 14% (3), não obtivemos analfabetos e nem graduados.

Os dados antropométricos encontrados apresentaram um IMC médio de 20, os quais 29% delas encontram-se eutróficas (6); sobrepeso 33% (7) com obesidade grau I, 14% (3); obesidade grau II, 19% (4) e obesidade grau III, 5% (1). Na amostra, não encontramos nenhuma mulher classificada com magreza grau I, II e III. No que diz respeito à relação cintura-quadril (RCQ), obtivemos os resultados: 24% (5) estão dentro dos valores da normalidade e 76% (16) têm risco de desenvolver doenças metabólicas segundo dados da OMS ($< 0,8$).

Figura 1. CLASSIFICAÇÃO DE ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA



Fonte: Organização Mundial de Saúde (OMS), 1995 e 1997.

Em relação à escala de conhecimento nutricional, pontuações totais entre zero e seis indicam baixo conhecimento nutricional; pontuações entre sete e dez indicam moderado conhecimento nutricional e acima de dez indicam alto conhecimento nutricional. Foram encontrados na nossa amostra: 19% (4) das mulheres com baixo conhecimento nutricional; 57% (12) com moderado conhecimento nutricional e 24% (5) fizeram pontuação acima de dez, indicando alto conhecimento nutricional. Das 21 mulheres, 57% (12) erraram as questões da primeira parte do questionário que correlaciona dieta – doença; 76% (16) erraram as questões referentes ao conhecimento em fibras e 67% (14) erraram as questões de conhecimento referente ao consumo de frutas e hortaliças.

A análise do Recordatório de 24hs foi baseada nos parâmetros da EAR dentro das faixas etárias correspondentes obtivemos os seguintes resultados: (19- 30 anos) Cho: 311,03g, Ptn: 69,25g, Lip: 27,30g, fibra: 18,99g, folato: 251,50mg, zinco: 4,84mg, vitamina A: 5320,76, vitamina C: 93,27mg, vitamina E: 5mg. (31-50 anos) Cho: 196,47g, Ptn: 56,37g, Lip: 30,48, fibra: 18,63g, folato: 222,40mg, zinco: 5,55mg, vitamina A: 3748,90mg, vitamina C: 136,34mg, vitamina E: 4,46mg. (51 -70 anos) Cho: 196,85g, Ptn: 69,13g, Lip:42,83g,

Obs.: Este artigo segue as normas do caderno de Graduação da UNIT

fibra: 15,96g, folato:221,23mg, zinco: 7,64mg, vitamina A: 1849,58 mg, vitamina C: 93,27mg, vitamina E: 4,26mg.

A Food and Nutrition Board (FNB) confeccionou tabelas com pontos de corte para RDA, EAR, AI e UL, validadas pela OMS e aplicadas em todo o mundo. Dentro desse contexto, utilizamos a EAR, que trabalha com indivíduos por grupo, dando uma média de consumo alimentar diário por faixas etárias variadas. Segue abaixo o comparativo da EAR com a média de macro, micronutrientes e fibras encontrados no Recordatório de 24hs das mulheres pesquisadas.

Tabela 1: MÉDIA DE CONSUMO DE MACRONUTRIENTES E FIBRAS

Grupo	Recomendação o EAR	Faixas Etárias		
		19 - 30	31- 50	51 – 70
Macronutrientes				
Carboidrato (g)	100	196,86	196,86	196,47
Proteína	0,66	0,92	0,92	0,80
(g/kg/d)				
Lipídeo (g)	-	42,83	42,83	30,48
Fibras (g)	20 – 30	15,96	15,96	18,63

Fonte: Alunos de graduação da UNIT (2014/2) e OMS.

Tabela 2: MÉDIA DE CONSUMO DE MICRONUTRIENTES

Faixa Etária	Vit A	Vit C	Vit E	Fe	Zn
(anos)	(µg/dia)	(mg/dia)	(mg/dia)	(µg/dia)	(mg/dia)
19 + 30					
EAR	500,0	60,0	12,0	320,0	6,8
Média ± DP	5.320,0	189,0	5,0	251,5	4,8
31 + 50					
EAR	500,0	60,0	12,0	320,0	6,8
Média ± DP	3.748,9	136,3	4,5	222,4	5,6
51 + 70					
EAR	500,0	60,0	12,0	320,0	6,8
Média ± DP	1.846,6	93,3	4,3	221,2	7,7

Fonte: Alunos de graduação da UNIT (2014/2) e OMS.

5 DISCUSSÃO

Rubin et al. (2010), ao avaliar o conhecimento nutricional pela ECN, em 175 mulheres sobreviventes do câncer de mama, detectou que a maioria delas possuía moderado conhecimento nutricional, resultado que também foi encontrado na nossa pesquisa (57% (12). Além disso, identificou uma associação positiva entre conhecimento e grau de escolaridade, diferente do nosso resultado em que 43% (9) possuem apenas o primário incompleto. O IMC, em ambos os estudos, não se mostrou associado ao conhecimento nutricional, alertando que o conhecimento parece não ser suficiente para modificar os hábitos alimentares e, conseqüentemente, o IMC.

Os resultados encontrados em nossa amostra constataam um predomínio do excesso de peso ponderal 33% (7) e a relação cintura-quadril (RCQ) 76% (16) acima da normalidade pelos parâmetros da OMS, que classifica como alto risco para distúrbios metabólicos.

Kroenke et al. (2005), em seu trabalho, buscou avaliar o IMC de mulheres com câncer de mama; relacionar 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.

O excesso de peso em mulheres mastectomizadas é um achado comum. Segundo Amaral et al. (2010), ao avaliar o IMC de 71 mulheres com neoplasia mamária, evidenciou-se que uma maior parcela 48% (34) apresentava sobrepeso, seguida de obesidade grau I 34% (24). A literatura aponta vários fatores para o ganho de peso pós-cirurgia. Sampaio et al.

(2011) e Viana (2010) encontraram em seus estudos, resultados semelhantes e correlacionaram esse excesso de peso à falta de atividades físicas regulares; a hábitos alimentares desregrados e a uma possível falta de conhecimento nutricional. Aliados a esses fatores fisiológicos, a modalidade do tratamento também é um fator adjuvante que contribui para esse estado nutricional.

Observou-se nesse estudo que apesar de se ter a prevalência de moderado a alto conhecimento nutricional entre essas mulheres, a maior parte encontra-se acima do peso corporal adequado 33% (7). Porém, é importante ressaltar que o tratamento quimioterápico leva a consequências 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. (VERDE, 2007).

Albuquerque et al. (2013), em seu estudo, que teve como objetivo verificar a influência de atividades educativas no conhecimento sobre nutrição e câncer, realizado com 11 mulheres mastectomizadas atendidas no Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO), no Estado do Ceará, a maioria das pacientes (n=8; 72,7%) revelou alto conhecimento, porém 54,5% da amostra (n=6) apresentou diagnóstico nutricional de sobrepeso.

Segundo Viana (2010), em sua pesquisa bibliográfica sobre a incidência de fatores de risco em mulheres com câncer de mama, suspeita-se de uma possível ação carcinogênica no consumo de gordura animal durante a infância e, principalmente, na adolescência, quando se acentua o processo de divisão celular na mama e que um outro estudo afirma necessitar de mais pesquisas para esclarecer completamente a relação entre risco e ingestão de gorduras. Obs.: Este artigo segue as normas do caderno de Graduação da UNIT

Entretanto, Kolling e Santos (2009) observaram que estudos de caso-controle mostram uma forte associação positiva entre dieta rica em lipídios e taxas de incidência de câncer de mama. Em nosso estudo, as mulheres apresentaram um alto consumo de lipídios, o que pode corroborar com o excesso de peso presente na maioria delas.

Um dos objetivos do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) é orientar o consumo de alimentos ricos em carboidratos complexos (amido), como cereais de preferência: integrais, tubérculos e raízes para garantir 45% a 65% da energia total diária de alimentação e proteger as pessoas contra alguns tipos de câncer; o excesso de peso e obesidade, pois uma alimentação rica em carboidratos possivelmente terá menor quantidade de gorduras e menos açúcar (BRASIL, 2014).

Observou-se também, através do Recordatório de 24hs, um alto consumo de carboidrato simples, que pode justificar os achados nos dados antropométricos coletados. Segundo Albuquerque et al. (2013), o comportamento alimentar de uma mulher sobrevivente de câncer de mama é influenciado pelo desejo de consumir algo “gostoso” pela vontade de consumir algo saudável e ultrapassa o ato de consumir o que tem disponível.

Apesar do moderado conhecimento nutricional encontrado, 63% (16) da nossa amostra não soube responder às questões referentes ao conhecimento em fibras e de seus benefícios, o que pode justificar a baixa ingestão encontrada na dieta. Estudos mostram que a ingestão de fibras pode inibir a absorção intestinal de estrogênio, hormônio diretamente ligado ao câncer de mama e aumenta sua excreção nas fezes, além de reduzir o risco de sobrepeso e

obesidade. Portanto, sua baixa ingestão pode alterar o perfil nutricional e facilitar a recorrência do câncer (SHILS et al, 1998).

Antioxidantes são responsáveis pela inibição e redução das lesões causadas pelos radicais livres nas células, capaz de inibir ou atrasar a oxidação de um substrato oxidável tais como: proteínas, lipídios, carboidratos e DNA de maneira eficaz. Evidências indicam que uma maior ingestão de vitamina C e outros antioxidantes estão associados à redução dos riscos de doenças cardiovasculares, neurodegenerativas e vários tipos de câncer (FERRAZ et al., 2010).

Uma dieta rica em vitamina C compreende uma dieta rica em frutas e verduras. Na nossa amostra, foi encontrado elevado consumo em vitamina C e A o que pode ser justificado pelo consumo de alimentos ricos nesses micronutrientes, como: goiaba, mamão, cenoura e tomate.

Segundo Ferraz et al. (2010) a pesquisa bibliográfica sobre as vitaminas e minerais relacionados à estabilidade genômica e à proteção ao câncer, cita que a propriedade antioxidante da vitamina E tem como papel principal proteger os substratos oxidáveis das células. Seus alvos são os ácidos graxos poliinsaturados (PUFAs) e outros componentes da membrana celular. Atualmente, estudos envolvendo a vitamina E e a prevenção de câncer vêm sendo explorados. Porém, em outro estudo apresentado no trabalho, avaliando a ingestão de antioxidantes, inclusive vitamina E e o risco de câncer esofágico, não encontrou diferença estatística significativa. Kolling e Santos (2009) quando revisaram o consumo das vitaminas

antioxidantes A, C e E, não encontraram consistente associação entre qualquer um desses antioxidantes e a incidência do câncer de mama.

A obtenção da vitamina E é dada, exclusivamente, a partir de óleos vegetais, castanhas e nozes, cereais e grãos. Nesse estudo, como observado na tabela 2, há um baixo consumo desse micronutriente justificado pela não ingestão de alimentos dessa classe.

Consumo de folato nos grupos estudados foi abaixo do consumo recomendado pela EAR (tabela 2). A deficiência dessa vitamina está relacionada com a baixa ingestão de frutas e verduras. Em estudos epidemiológicos, a baixa ingestão de folato está ligada ao aumento dos riscos de câncer de mama, ovário, esôfago, estômago, pâncreas, tecidos linfoides e cólon retal, sendo o ácido fólico uma vitamina envolvida em um grande número de processos bioquímicos. Essa vitamina tem também importante papel na oncologia, principalmente a partir da sua ação na metilação do DNA e na síntese de purinas e pirimidinas. As causas genéticas ou de deficiência dessa vitamina têm sido relacionadas ao câncer em vários estudos. Seu papel se estende e se prolonga desde a prevenção até o tratamento do câncer, prejudicando o desenvolvimento do tumor e levando à sua subsequente erradicação (BALUZ, et al. 2008; FERRAZ, 2010; ZIEGLER; LIM, 2007).

No entanto, Ebbing (2009), em estudo observacional com o objetivo inicial de estudar se a redução da homocisteína com ácido fólico e vitamina B12 poderia melhorar a mortalidade cardiovascular e global em pacientes com homocisteína elevada, o que não foi verificado e sim os desfechos analisados foram incidência de câncer, mortalidade por câncer e

mortalidade geral. O que nos faz perceber que a suplementação não deve ser feita indiscriminadamente a indivíduos saudáveis, mas somente nos casos de deficiência estabelecida ou pacientes com motivos clínicos.

De acordo com os princípios de uma alimentação saudável, todos os grupos de alimentos devem compor a dieta diária. A alimentação saudável deve fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais, os quais são insubstituíveis e indispensáveis ao bom funcionamento do organismo. A diversidade dietética que fundamenta o conceito de alimentação saudável pressupõe que nenhum alimento específico, ou grupo deles isoladamente, é suficiente para fornecer todos os nutrientes necessários a uma boa nutrição e consequente manutenção da saúde (STRINGHETA et al, 2007).

6 CONCLUSÃO

Acredita-se que novas pesquisas devam ser realizadas com o objetivo de avaliar o impacto dos aspectos nutricionais a longo prazo, também com o intuito de desmistificar os trabalhos realizados na instituição, tendo em vista a falta de adesão dessas mulheres ao projeto, pois muitas delas ainda sentem dificuldade em relacionar-se, falar da doença e talvez vergonha da sua autoimagem.

Os resultados encontrados nesta pesquisa indicaram que apesar do conhecimento nutricional das pesquisadas ter sido classificado como moderado a alto, há uma prevalência de sobrepeso e ingestão inadequada de micronutrientes importantes para a melhora do prognóstico e que o controle de peso saudável, associado a uma dieta rica em fibras, frutas, legumes e laticínios, e pobre em gordura e açúcares simples, parece ajudar a diminuir o risco global da doença nessa população.

Conclui-se que medidas de promoção de saúde devem ser incentivadas com foco na prevenção da doença. Acredita-se que um maior conhecimento nutricional seja o início para uma futura melhora nas escolhas alimentares, melhora da qualidade de vida e do prognóstico dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

ABEP. Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil. Jan. 2003. Disponível em: <www.abep.org/novo/FileGenerate.ashx?id=303> Acesso em: 29/11/14

ALBUQUERQUE, L. S.; CARNEIRO, P. C. P. D. M.; OLIVEIRA, M. R.; VERDE, S. M. M. L. Influência da educação nutricional no conhecimento sobre a relação dieta-doença de mulheres mastectomizadas. *Nutrire. rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. = J. Brazilian Soc. Food Nutr.*, São Paulo, SP, v. 38, n. 2, p. 97-114, ago. 2013. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:EwOmZ8Moa8QJ:www.revistanutrire.org.br/files/v38n2/v38n2a01.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso 21/11/2014

AMARAL, P. et al. Body fat and poor diet in breast cancer women. *Nutr Hosp.*, v. 25, n. 3, p. 456-461. mai/jun 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20593130>> Acesso 21/11/2014

AZEVEDO, Rosana Freitas. A cotidianidade do ser-mulher-mastectomizada-com-reconstrução-mamária. 2009. 173f. [Tese de Doutorado]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12922/1/6%C2%AA%20def.%20de%20Tese%20-%20Rosana%20Azevedo%20-%202011-09-09.pdf>> Acesso em: 21/11/2014.

BALUZ K. ; CARMO, Maria das Graças Tavares do ; ROSAS, Glorimar - O papel do ácido fólico na prevenção e na terapêutica oncológica: revisão- *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(4), 597-607 nov./dez 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v04/pdf/revisao5.pdf.> Acesso em: 14/11/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira : promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_conteudo.pdf . Acesso em: 16/08/2014.

BRASIL, Ministério da Saúde; Consenso nacional de nutrição oncológica. Rio de Janeiro: Inca, 2009. Disponível em: <http://followscience.com/content/84932/consenso-nacional-de-nutricao-oncologica-inca> Acesso em 20/08/14

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96: Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF; 1996. Disponível em:< <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>. Acesso em: 23/11/14

CUPPARI, L. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. 2. ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.

EBBING M et al. Cancer Incidence and Mortality After Treatment With Folic Acid and vitamin B12. JAMA. 2009;302(19):2119-2126. Disponível em: < http://www.medicinanet.com.br/conteudos/artigos/3136/suplementacao_de_acido_folico_aumenta_a_incidencia_de_cancer_e_mortalidade.htm. > Acesso em: 22/11/14

FERRAZ, C. M.; STELUTI, J.; MARCHIONI, D. M. L. As vitaminas e minerais relacionados à estabilidade genômica e à proteção ao câncer. Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.: J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 35, n. 2, p. 181-199, ago. 2010 Disponível em:< <http://www.revistanutrire.org.br/files/v35n2/v35n2a13.pdf>> Acesso em: 22/11/14

INCA, Instituto Nacional de Câncer. O que é câncer?, 2014. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322> Acesso em: 23/11/14

KOLLING FL, SANTOS JS- A influência dos fatores de risco nutricionais no desenvolvimento de câncer de mama em pacientes ambulatoriais do interior do Rio Grande do Sul, Brasil Scientia Medica, Porto Alegre,v.19,n.3,p.115-121,jul./set.2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/4562%20/4264> . Acesso em: 14/11/14.

KROENKE,CH et al.Dietary patterns and survival after breast cancer diagnosis.J.Clin. Oncol. 20; 23 (36) : 9295 – 303, Dez/2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361628> > Acesso em: 23/11/14

LAHOZ, MA; et al. Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em Mulheres Pós-Mastectomizadas, Revista Brasileira de Cancerologia. 56(4): 423-430, ago/ 2010. Disponível em: < <http://www.hospitalhelioangotti.com/enviados/2011124163726.pdf> > Acesso em: 23/11/14

MORAES, Livia Martins Scianni et al. Características Mamográficas do Câncer de mama associadas ao polimorfismo gstm1 e gsth1. Rev Assoc Med Bras 2008; 54(1): 61- Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/22.pdf>. Acesso em 10/08/2014.

MOREIRA, Laila Fernanda Costa. Impacto do Tratamento Quimioterápico no Estado Nutricional e no Comportamento Alimentar de Pacientes com Neoplasia Mamária. 2013, 44fls pg. 19, TCC Bacharel em Nutrição – Centro Universitário de Brasília, Brasília DF. Disponível em: < <http://www.repositorio.uniceub.br/bitstream/235/3942/1/monog1.pdf> > Acesso em: 23/11/2014

NOGUEIRA, Daniela; Jadson Justi; FREIRE, Heloisa Bruna Grubits. Correlação Entre Imagem Corporal, Mastectomia E Aumento De Peso: Um Estudo De Caso. RIES, ISSN 2238-832X, Caçador, v.2, n.2, p. 25-36, 2013. Disponível em: <<http://www.uniarp.edu.br/periodicos/index.php/ries/article/view/152>> Acesso em: 21/11/2014.

PUIGGRÓS, C. et al. El índice de Karnofsky como predictor de mortalidaden pacientes com nutrición enteral domiciliaria. Nutr Hosp. 2009 Barcelona. España p. 2009; 24(2): 156-160 Disponível em: < <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v24n2/original5.pdf>.> Acesso em: 21/11/2014.

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. Abr 2010. Disponível em: <<http://hospitalhelioangotti.org/enviados/201010520265.pdf>.> Acesso em: 21/11/2014

SAMPAIO, et al. Influência do tipo de terapia antineoplásica sobre marcadores antropométricos e dietéticos em mulheres portadoras de câncer de mama. Revista Brasileira de Cancerologia, Fortaleza, v. 58, n. 2, p. 223-230, out/jan. 2011. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v02/pdf/12_artigo_influencia_tipo_terapia_antineoplasica_sobre_marcadores_antropometricos_dieteticos_mulheres_portadoras_cancer_mama.pdf> Acesso em: 21/11/2014

SCAGLIUSI, F. B.; et al. Tradução, adaptação e avaliação psicométrica da escala de conhecimento nutricional do National Health Interview Survey Cancer Epidemiology. Rev Nutr., Campinas v. 19, n. 4, p. 425-436, jul./ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732006000400002&script=sci_arttext > Acesso em: 21/11/2014.

SHILS, M. E., OLSON, J. A., SHIKE, M., ROSS, A. C. Modern Nutrition in Health and Disease: Implicações nutricionais de dietas vegetarianas 9th ed. Philadelphia, Lippincott

Williams & Wilkins, 1998. 1951p. Cap. 106, pág. 8-9,12. Disponível em: Google Acadêmico. Acesso em 22/11/2014

SILVA, Ingrid Schierholt da. Qualificação do manual do “Cancer de Mama: Orientações para Pacientes e Familiares”. 2012. Trabalho de conclusão de graduação - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem, Porto Alegre. Disponível em:< <http://hdl.handle.net/10183/55294>> Acesso em: 22/11/14

STRINGHETA, Paulo César ; et al - Políticas de saúde e alegações de propriedades funcionais e de saúde para alimentos no Brasil - Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences. vol. 43, n. 2,p.181-194. abr./jun., 2007 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v43n2/03.pdf>>. Acesso em: 14/11/2014.


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. Disponível em : <<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/quimioterapia-e-quali-vida.pdf>> Acesso em: 21/11/2014.

VIANA, A. C.; MONTANHA, D. Incidência de Fatores de Risco Em Mulheres Com Câncer de Mama. Revista UNILLUS Ensino e Pesquisa ISSN 1807-8850. v. 7, n. 12 p. 17-25, jan/jun. 2010. Disponível em: <<http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/49/u2010v7n12e49>> Acesso em: 15/10/2014.

ZIEGLER, R. G.; LIM, U. One-carbon metabolism, colorectal carcinogenesis, chemoprevention - with caution. J. Natl. Cancer Inst., v. 99, n. 16, p. 1214-1215, 2007. Disponível em: <<http://www.revistanutrire.org.br/files/v35n2/v35n2a13.pdf>> Acesso em: 14/11/2014.

ANEXOS

ANEXO A - PROTOCOLOS DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE TIRADENTES E DA ASSOCIAÇÃO DOS AMIGOS DA ONCOLOGIA, ARACAJU-SE

COORDENAÇÃO DE NUTRIÇÃO 

Aracaju, 24 de novembro de 2014.

Ilmo^(a) Srs^(a).
Conceição Balbino
Presidente da AMO

Nós que fazemos o curso de Nutrição da Universidade Tiradentes, vimos por meio desta solicitar autorização para que as discentes possam colher informações para a execução de uma pesquisa intitulada: **ASPECTOS NUTRICIONAIS DE MULHERES MASTECTOMIZADAS**

Essa pesquisa será realizada no próprio estabelecimento de saúde com realização de coleta de dados, aplicação de questionário e elaboração de oficinas, estando sob a responsabilidade da Prof^a. Sandra Cruz Maia e das discentes abaixo descritas. Conforme aprovação do CEP/UNIT nº26691914.6.0000.5371

Angelica Teles de Brito
Jainara Santos Oliveira
Jessica Priscila Barreto Mendonça Chagas

Cientes de contarmos com seu apoio.

Atenciosamente,
Prof. M.Sc. Hugo Xavier
Coordenador do Curso de Nutrição
e-mail: nutricao@unit.br
Fone: (79) 3218 2683


AMO - Associação dos Amigos da Oncologia
Sistema de Coerência do Prossocial
2ª Secretária

ANEXO B - ÍNDICE DE PERFORMANCE DE KARNOFSKY

- 100% - normal, sem queixas, sem sinais de doença.
- 90% - capaz de atividade normal, poucos sinais ou sintomas de doença.
- 80% - atividade normal com alguma dificuldade, alguns sinais e sintomas.
- 70% - capaz de cuidar de si próprio, incapaz de atividade normal ou trabalho.
- 60% - necessidade de alguma ajuda, capaz de cuidar da maioria das necessidades próprias.
- 50% - frequentemente necessita de ajuda, necessita de atenção médica frequente.
- 40% - incapaz, necessita de cuidado especial e ajuda.
- 30% - gravemente incapaz, admissão hospitalar indicada mas sem risco de morte.
- 20% - muito doente, necessidade de admissão imediata e medidas de suporte ou tratamento.
- 10% - moribundo, rápida progressão para doença fatal.
- 0% - morte.

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, responsável pelo menor _____, autorizo a (*Instituição de ensino*), por intermédio do(a)s aluno(a)s, _____ devidamente assistid(o)as pela seu(u) orientador(a) _____, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título da pesquisa:

2-Objetivos Primários e secundários: _____

3-Descrição de procedimentos:

4-Justificativa para a realização da pesquisa:

5-Desconfortos e riscos esperados: _____. Fui devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

6-Benefícios _____ esperados:

7-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

8-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

10-Confabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

Obs.: Este artigo segue as normas do caderno de Graduação da UNIT

11-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12-Os participantes receberão uma cópia deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

13-Dados do pesquisador responsável:

Nome:

Endereço profissional/telefone/e-mail:

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes.

CEP/Unit - DPE

Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE.

Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br.

Aracaju, ____ de ____ de 201_.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

O pesquisador responsável, o sujeito da pesquisa ou seu representante legal e, quando for o caso, devem rubricar todas as folhas do TCLE, apondo também suas assinaturas na última página do referido Termo.

ANEXO D – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA CCEB.

CRITÉRIO CLASSIFICAÇÃO ECONOMICA BRASIL - CCEB					
SISTEMA DE PONTOS					
Posse de itens					
	QUANTIDADE DE ITENS				
	0	1	2	3	4 OU+
1 Televisão em cores	0	1	2	3	4
2 Rádio	0	1	2	3	4
3 Banheiro	0	4	5	6	7
4 Automóvel	0	4	7	9	9
5 Empregada mensalista	0	3	4	4	4
6 Máquina de lavar	0	2	2	2	2
7 Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
8 Geladeira	0	4	4	4	4
9 Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
10					

Grau de Instrução do chefe de família					
NOMENCLATURA ATUAL			NOMENCLATURA ANTIGA		
Analfabeto/ Primário Incompleto			Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto		0
Primário completo/ Incompleto	Ginásial		Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto		1
Ginásial completo/ Incompleto	Colegial		Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto		2
Colegial completo/ Incompleto	Superior		Médio Completo/ Superior Incompleto		4
Superior completo			Superior completo		8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL	
CLASSE	PONTOS
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

Classes	Renda média bruta familiar no mês em R\$
Classe A	9.263
Classe B1	5.241
Classe B2	2.654
Classe C1	1.685
Classe C2	1.147
Classe DE	776

Fonte: ABEP. Critério Padrão de classificação Econômica Brasil, Jan 2013

Obs.: Este artigo segue as normas do caderno de Graduação da UNIT

ANEXO E – MODELO DO RECORDATÓRIO DE 24 HS

Unit UNIVERSIDADE TIRADENTES		Nº
Recordatório 24hs (Rec 24hs)		
Dia da semana:		
REFEIÇÃO/ Horário	REC 24HS	
Café da Manhã	Horário:	
Colação	Horário:	
Almoço	Horário:	
Lanche	Horário:	
Jantar	Horário:	
Ceia	Horário:	

Obs.: Este artigo segue as normas do caderno de Graduação da UNIT

ANEXO F – APLICAÇÃO DO RECORDATÓRIO DE 24 HS

A aplicação do Recordatório de 24 horas obedeceu à seguinte técnica de aplicação:

Passo 1: Perguntar para o indivíduo:

“A Senhora pode, por favor, me dizer tudo o que comeu e bebeu ontem, o dia todo, começando pelo primeiro alimento ou pela bebida consumida?”

A entrevistadora transcreveu tudo o que foi dito, em preocupação com quantidade, por enquanto, não dizendo nada ou interrompendo a informante.

Passo 2: Perguntar o horário (mais ou menos) e em que lugar:

“A Senhora lembra o horário (mais ou menos) e em que lugar realizou a refeição?”

A entrevistadora anotou os horários e locais referidos.

Passo 3: Volte à descrição dos alimentos e pergunte as quantidades em medidas caseiras consumidas, de cada alimento ou preparação.

“Quanto que a Senhora comeu deste alimento?”

a. No caso de alimentos como frutas, pães, biscoito e ovos, perguntou-se quantas unidades foram consumidas. Exemplo: 1 fatia de pão de forma, 1 pão francês, 1 pão de queijo, 1 banana-nanica, 1 biscoito recheado, etc.

b. Se for possível, registre a marca comercial e a variedade dos alimentos.

Exemplo: banana-nanica, banana-prata, banana-maçã.

c. No caso específico de alimentos compostos, como por exemplo, café com leite, mingaus, mamadeiras, vitaminas, sopas, pergunte os ingredientes da preparação, as quantidades e as medidas utilizadas na composição.

d. Para alimentos como carnes (porco, frango, peixe, vaca) utilize unidades como fatia (pequena, média, grande), pedaço (pequeno, médio, grande), posta (pequena, média, grande).

e. Registre se a preparação da carne foi frita, cozida, assada, à milanesa ou grelhada.

f. No caso de verduras e legumes perguntar os ingredientes da salada. Exemplo: salada de alface (quantas folhas) com tomate (quantas rodela) com pepino (quantas fatias) e cebola (quantas rodela) e legumes (cenoura, abobrinha, berinjela, milho, etc.) registre em colheres de sopa ou de servir e pergunte o tipo de preparação, cozidos ou refogados.

g. Preparações habituais, como arroz, feijão e macarrão, utilizar as medidas caseiras de referência (colher de sopa, colher de servir, concha, pegador de macarrão).

h. Não faça perguntas tendenciosas. Exemplos: Você tomou café da manhã? Você come pouco?

As participantes do estudo foram informadas apenas no dia da entrevista que o Recordatório de 24 horas seria aplicado naquele momento/data.

ANEXO G - QUESTIONÁRIO DA ESCALA DE CONHECIMENTO NUTRICIONAL

1. Eu vou ler duas sentenças. Por favor, diga-me com qual delas você concorda mais:
 - a) O que as pessoas comem ou bebem têm pouca influência sobre o desenvolvimento das principais doenças;
 - b) Comendo os tipos certos de alimentos, as pessoas podem reduzir suas chances de desenvolver as principais doenças.
 - c) Não sei.
2. Na sua opinião, quais doenças podem estar relacionadas com o que as pessoas comem e bebem?^a
3. Você acha que o câncer pode estar relacionado com o que as pessoas comem e bebem?
 - a) Sim
 - b) Não
 - c) Provavelmente
 - d) Não sei
4. Quais dessas atitudes ajudariam se uma pessoa quisesse reduzir suas chances de ter certos tipos de câncer (assinale quantas alternativas quiser):
 - a) Comer mais fibras
 - b) Comer menos gordura
 - c) Comer mais frutas e hortaliças
 - d) Mudar o consumo de outros alimentos/nutrientes (por exemplo, sal e açúcar)
 - e) Nenhuma dessas mudanças ajudaria
 - f) Não sei
5. Alguns alimentos contêm fibras. Você já ouviu falar de fibras?
 - a) Sim
 - b) Não
 - c) Não sei
6. O que contém mais fibras: 1 tigela de farelo de trigo ou 1 tigela de cereal matinal?
 - a) Farelo de trigo
 - b) Cereal matinal
 - c) Ambos
 - d) Não sei/não tenho certeza
7. O que contém mais fibras: 1 xícara de alface ou 1 xícara de cenouras?
 - a) Alface
 - b) Cenoura
 - c) Ambos
 - d) Não sei/não tenho certeza
8. O que contém mais fibras: 1 xícara de espaguete com almôndegas ou 1 xícara de feijão?
 - a) Espaguete com almôndegas
 - b) Feijão
 - c) Ambos
 - d) Não sei/não tenho certeza
9. O que contém mais gordura: batatas chips ou biscoitos de polvilho?
 - a) Batatas chips
 - b) Biscoitos de polvilho
 - c) Ambos
 - d) Não sei/não tenho certeza
10. O que contém mais gordura: 1 copo de refrigerante ou 1 copo de leite integral?
 - a) Refrigerante

Obs.: Este artigo segue as normas do caderno de Graduação da UNIT

b) Leite integral

c) Ambos

d) Não sei/não tenho certeza.

11. O que contém mais gordura: 1 pedaço pequeno de bolo simples ou 1 fatia de pão integral?

a) Bolo simples

b) Pão integral

c) Ambos

d) Não sei/não tenho certeza

12. Quantas porções de frutas e hortaliças você acha que uma pessoa deve comer por dia para ter boa saúde?^b

* As respostas corretas estão sublinhadas e correspondem, cada uma, a um ponto. Os pontos devem ser somados para perfazer a pontuação total.

^a 1 ponto para a menção de três das seguintes doenças: obesidade, doenças carenciais, transtornos alimentares, cardiopatias, diabetes, hipertensão, doenças hepáticas, doenças renais, osteoporose, doenças gastrintestinais.

^b 1 ponto para resposta dentro do intervalo de 3 a 5 porções