

DANIELA NOGUEIRA

**CÂNCER DE MAMA, IMAGEM CORPORAL E
GANHO DE PESO: ESTUDO DE CASO**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2009**

DANIELA NOGUEIRA

**CÂNCER DE MAMA, IMAGEM CORPORAL E
GANHO DE PESO: ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire.

CAMPO GRANDE-MS
2009

Ficha Catalográfica

Nogueira, Daniela

N778c Câncer de mama, imagem corporal e ganho de peso: estudo de caso / Daniela Nogueira; orientação Heloisa Bruna Grubits Freire. 2009.

86 f. + anexos

Dissertação(Mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, 2009

1. Imagem corporal 2. Mamas - Câncer 3. Mastectomia
4. Obesidade I. Freire, Heloisa Bruna Grubits II. Título

CDD – 616.99449 5

A dissertação apresentada por DANIELA NOGUEIRA, intitulada “CÂNCER DE MAMA: IMAGEM CORPORAL E GANHO DE PESO: ESTUDO DE CASO”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire
(orientadora/UCDB)

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza (UCDB)

Profa. Dra. Sonia Grubits G. de Oliveira (UCDB)

Profa. Dra. Morgana de Fátima Agostini Martins (UFGD)

À minha família pelo apoio, carinho e torcida durante esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela conquista deste sonho.

Ao meu pai pelo enorme apoio incondicional e incentivo, pelos quais jamais serei suficientemente grata.

À minha mãe e ao meu irmão que compreenderam minha irritabilidade e me deram carinho e atenção sempre que precisei, além do importante apoio “técnico”.

À minha orientadora Heloisa Bruna G. Freire pela enorme paciência e incentivo.

À minha amiga Raquel I. Almirão pela compreensão e apoio ao longo desta caminhada.

Aos meus amigos, Roberson G. Casarin, Paula A. Fialho e Yvelize Wielewicky pelos favores concedidos durante o percurso.

À minha tia, Débora, “guerreira”: obrigada por estar sempre comigo.

À tia Ieve, pela ajuda carinhosa e pelas palavras de conforto.

À Neoclin – Grupo de Oncologia, na pessoa do Dr. Eulálio A. Corrêa da Costa, por permitir conciliar minha função de nutricionista com a realização desta pesquisa.

À Equipe da Merenda Escolar de Nioaque, MS, na pessoa da Profa. Celeste Vieira Pinto, pela compreensão e companheirismo durante este trabalho.

À participante da pesquisa, que, de forma acolhedora, se dispôs a colaborar com o meu trabalho.

À Marta, eficiente secretária do CEP – UCDB, obrigada pela atenção, pelas palavras de incentivo e prontidão com que me auxiliava na resolução dos problemas burocráticos.

*Penso que cumprir a vida seja simplesmente
Compreender a marcha e ir tocando em frente
Como um velho boiadeiro levando a boiada
Eu vou tocando os dias pela longa estrada eu vou
Estrada eu sou*

Almir Sater e Renato Teixeira,
Tocando em Frente (1990)

RESUMO

Em países ocidentais, o câncer de mama é visto como uma das principais causas de morte em mulheres. Este tipo de câncer é o mais frequente por volta dos 30 anos de idade tem aumentado a cada década subsequente. Qualquer mulher pode desenvolver esse tipo de câncer. O presente estudo objetivou verificar a relação entre imagem corporal e ganho de peso, pós-quimioterapia, em uma paciente submetida à mastectomia. O método utilizado foi um estudo de caso, realizado por meio de entrevista. Participou deste estudo uma mulher, com idade de 57 anos, que, após o diagnóstico de câncer, passou por mastectomia unilateral e não fez cirurgia de reconstrução da mama. Com essa finalidade foi utilizada a ficha de anamnese, semanário e entrevista. Foram avaliados os seguintes itens imagem corporal, ganho de peso e mastectomia, chegando-se às seguintes conclusões: a paciente passou por todo o processo de sofrimento comum à mulher com câncer de mama, que tem que se submeter à mastectomia; a paciente sofre com o preconceito em relação à sua doença; a autoimagem corporal é negativa, ou seja, insatisfatória e tem como possível causa a medicação, pois, dentre outros, colaborou para o aumento de peso; a alimentação se apresenta de forma satisfatória, demonstrando que a paciente possui bons hábitos alimentares; a gordura corporal se apresenta, sob o ponto de vista da paciente, como sendo o aspecto mais difícil de ser superado.

Palavras-chave: Câncer de mama. Mastectomia. Aumento de peso. Imagem corporal.

ABSTRACT

In western countries, breast cancer has been considered as one of the main causes of mortality in women. This kind of cancer is the most frequent in women in their thirties and it increases every following decade. Any woman can develop this kind of cancer. The present study aims to examine the connection between post-chemotherapy body image and weight gain in a patient submitted to a mastectomy surgery. The method used was a case study conducted through an open and semi-structured interview. The patient who took part in this study was a 57-year-old woman who, after a cancer diagnosis, was submitted to an unilateral mastectomy and has not gone through a breast reconstruction surgery. An anamnesis form, a weekly report and an interview were used for this purpose. Possible connections were evaluated between body image, weight gain and mastectomy, coming to the following conclusions: the patient has gone through all the usual suffering process any patient with breast cancer who had to be submitted to a mastectomy is used to; the patient is discriminated because of her disease; she has a negative body image of herself, that is, she is unhappy about it and the possible reason is the medication, which is one of the many factors that leads to weight gain; her diet is satisfactory, showing that the patient has good eating habits; and lastly, from the patient's point of view, body fat is the most difficult aspect to be overcome.

Keywords: Breast cancer. Mastectomy. Weight gain. Body image.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	CÂNCER DE MAMA	15
2.1	A MAMA.....	16
2.1.1	Fisiologia	17
2.2	CÂNCER	17
2.2.1	Conceito.....	19
2.3	CÂNCER DE MAMA.....	20
2.3.1	Patologia	21
2.3.2	Classificação	21
2.3.3	Tratamentos e conseqüências	22
2.3.4	Tratamento e aspectos psicológicos.....	24
3	IMAGEM CORPORAL	27
3.1	O DESENVOLVIMENTO DA IMAGEM CORPORAL	29
3.2	MASTECTOMIA, QUIMIOTERAPIA E IMAGEM CORPORAL	30
4	ESTADO NUTRICIONAL	32
4.1	ASPECTOS PSICOLÓGICOS E ALIMENTAÇÃO	33
4.2	AVALIAÇÃO.....	35
5	OBJETIVOS	37
5.1	OBJETIVO GERAL.....	38
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
6	A PESQUISA	39
6.1	LÓCUS DA PESQUISA	40
6.2	MÉTODO	40
6.2.1	Participantes.....	45
6.2.2	Recursos humanos e materiais	45

6.2.3	Instrumentos	45
6.2.4	Procedimentos.....	46
6.2.5	Análise de dados	42
6.2.6	Aspectos éticos	42
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
8	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICES	59
	APÊNDICE A - Entrevista	60
	APÊNDICE B - Ficha de Anamnese	65
	APÊNDICE C - Semanário Alimentar	66
	APÊNDICE D - Medicação Consumida.....	70
	APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	72
	APÊNDICE F - Termo de compromisso do Pesquisador.....	73
	APÊNDICE G - Declaração	74
	ANEXO	84
	ANEXO A - Autorização para a realização da Pesquisa	76
	ANEXO B - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	77

1 INTRODUÇÃO

A minha experiência clínica, como nutricionista, é exercida desde 1998, sendo os últimos cinco anos atuados na área da oncologia, inserida na equipe multiprofissional, de uma clínica específica em tratamento oncológico. Nesse contexto profissional a sua função é avaliar o estado nutricional dos pacientes, orientar uma alimentação adequada e acompanhar a evolução da dieta. Assim, os atendimentos são desenvolvidos junto às pessoas que buscam os serviços ou são encaminhadas pela equipe médica e de apoio.

A princípio a demanda pelo o serviço de Nutrição da Clínica partia de pessoas com caquexia devido aos efeitos colaterais da quimioterapia, sendo que os mais comuns eram a inapetência, náuseas, vômitos, diarréias, constipação, mucosite entre outros. Nos últimos três anos dos cinco que prestei serviços de nutrição clínica em oncologia, observei uma alteração nas buscas pelo atendimento nutricional. A procura ocorreu por aumento de peso, em mulheres acometidas pelo câncer de mama, após quimioterapia, independente de operadas ou não. Nesse momento, elas encontram dificuldade em falar sobre o assunto, demonstrando angústia e sofrimento. A mulher com diagnóstico de câncer de mama pode desencadear desequilíbrio emocional, devido à representação que a mama tem para ela. Pode-se dizer que é um fato ameaçador. A vida da paciente passa a correr riscos não só pela doença, mas pela intervenção que virá a ser adotada. Este trabalho buscou entender a relação entre imagem corporal, ganho de peso e mastectomia.

O diagnóstico de câncer é impactante na vida da pessoa que o recebe, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas perdas, nas esferas emocional, social e financeira, que quase sempre ocorrem. A mama é a metonímia do feminino, e, dentro de uma espiral de complexidade, o seu acometimento expõe as pacientes a uma série de questões: o seu posicionamento como mulher, atraente e feminina. Dentro de todo esse contexto está inserida a imagem corporal que a paciente tem de si, lembrando que ela passou por um processo de cirurgia para retirada da mama e também pela quimioterapia que a fez engordar.

É sabido 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 a medicação que a paciente toma. A imagem corporal tem uma dimensão importante na sociedade brasileira. Então, estar fora do padrão estabelecido

socialmente pode ocasionar sofrimento à pessoa, não importando por qual motivo a imagem corporal foi modificada.

Este trabalho foi dividido em 8 (oito) capítulos assim distribuídos. O primeiro capítulo situa a pesquisadora dentro do contexto do estudo em questão, o segundo, o terceiro e o quarto capítulos apresentam o embasamento teórico sobre câncer de mama, Imagem Corporal e Estado Nutricional, respectivamente.

O quinto capítulo define os objetivos geral e específicos, para no sexto serem apresentados a pesquisa, o local da coleta de dados, o método utilizado no estudo, a participante, os recursos humanos e materiais, os instrumentos, os procedimentos, a análise dos dados e os aspectos éticos.

Finalizando, o sétimo capítulo apresenta o resultado e as discussões da pesquisa. O oitavo capítulo apresenta as conclusões e considerações finais

2 CÂNCER DE MAMA

2.1 A MAMA

De acordo com Ribas e Melo (2006), a mama está localizada entre as camadas superficial e profunda da tela subcutânea, superiormente na parede torácica, na qual está ventralmente situada aos músculos peitoral maior, serrátil anterior e oblíquo externo do abdome. Ela se encontra acomodada entre a camada profunda da aponeurose superficial e o revestimento aponeurótico do músculo peitoral maior, sobre uma fina camada de tecido frouxo, denominado espaço retromamário ou espaço de Chassaignac, que contém linfáticos e pequenos vasos. Elas se estendem, verticalmente, da segunda até a sexta costela e, transversalmente, do esterno à linha axilar média (FIGURA 1).

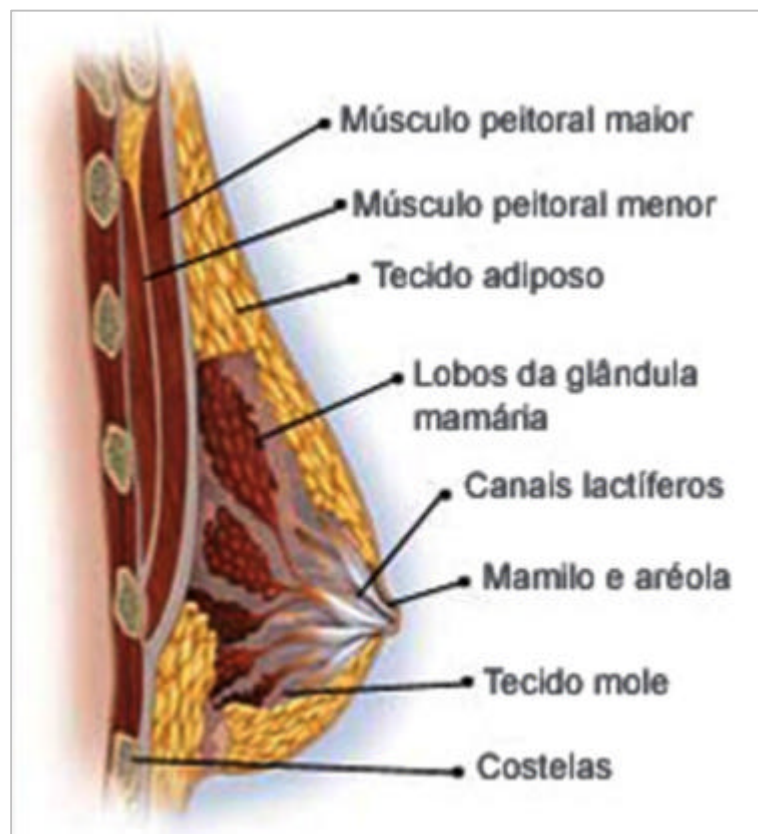


FIGURA 1 - Estrutura anatômica da mama.

Fonte: Mentor (2009).

As mamas são estruturas consideradas como anexas da pele, pois sua parte funcional – parênquima – é formada por glândulas cutâneas que se modificaram. As glândulas mamárias ou unidades lobulares são formadas de ductulos ou ácinos e seu agrupamento origina os lobos ou lóbulos. Cada uma é composta por cerca de 15 a 20 lobos, as unidades funcionais do parênquima mamário, ou seja, os produtores do leite. Dos lobos partem os ductos terminais, que irão dar nos ductos segmentares. Cada ducto terminal e seus ductulos compõem a unidade lobular ductal terminal. Os ductos terminais e segmentares fazem parte dos ductos lactíferos. Os ductos lactíferos são os canais responsáveis pela condução do leite. O sistema ductal é circundado por células mioepiteliais especializadas, que possuem propriedades contráteis que auxiliam na condução da secreção láctea no sentido do mamilo. No ápice do sistema de arborização dos ductos, estes se alargam formando os seios lactíferos, que irão desembocar na papila mamária (mamilo), através de 15 a 20 orifícios. (DUMARD, 2005)

A papila mamária e a aréola da mama são exteriorizadas e recobertas por uma pele mais escamosa. A papila mamária está situada na altura do quarto espaço intercostal e é altamente innervada. A pele da aréola é pigmentada e sua sustentação se dá por músculo liso. As glândulas areolares – de Montgomery – são mais pronunciadas na gestação e sua função é a lubrificação do mamilo. A parte estrutural da mama – estroma – é constituída basicamente de tecido conjuntivo e tecido adiposo; o estroma interlobular. O tecido conjuntivo constitui-se de faixas densas que se alongam por toda a extensão da gordura da mama; os ligamentos suspensores da mama – ligamentos de Cooper. A constituição do estroma mamário é variável. Com o passar dos anos aumenta a quantidade de tecido adiposo e diminui a quantidade de tecido conjuntivo. (RIBAS e MELO, 2006)

No período final da gestação, a mama é constituída basicamente de lobos separados por uma quantidade pequena de estroma. A mama é uma estrutura que tem sua innervação originada dos ramos cutâneos anterior e lateral do quarto, quinto e sexto nervos torácicos. Os nervos intercostais enviam fibras sensitivas para a pele da mama e ramos autônomos para os músculos lisos e vasos sanguíneos. Os segmentos superiores da mama são innervados pelos ramos supraclaviculares (C3 e C4) do plexo cervical e os mediais são innervados pelos ramos cutâneos dos nervos que innervam o músculo peitoral maior (DUMARD, 2005).

A drenagem linfática da mama é complexa e de particular interesse devido ao seu potencial de disseminação a distância. Uma rede linfática é formada sobre a superfície inteira do tórax, pescoço e abdômen e se torna densa sob a aréola. Os linfáticos da glândula têm origem nos espaços interlobulares e pré-lobulares, seguindo ao longo dos ductos e terminando em uma rede subareolar de linfáticos da pele. Há três padrões de drenagem linfática na base da mama, a drenagem principal ou axilar (ou retropeitoral), a drenagem traspeitoral e a drenagem da mamária interna (VIÉGA, 2001).

O tecido glandular e o tecido ductal constituem o "parênquima mamário". A gordura e o tecido fibrótico, que envolvem e se estendem aos lóbulos, constituem o "estroma mamário". Ambos (parênquima e estroma) estão contidos em um saco formado a partir de uma fenda na fáscia peitoral que forma duas pregas de tecido de sustentação: uma anterior (superficial) e outra posterior (profunda) (RIBAS; MELO, 2006).

2.1.1 Fisiologia

Na infância as meninas apresentam discreta elevação na região mamária, decorrente da presença de tecido mamário rudimentar. Na puberdade, a hipófise produz os hormônios folículo-estimulante e luteinizante, que controlam a produção hormonal de estrogênios pelos ovários. A progesterona, que passa a ser produzida quando os ciclos menstruais tornam-se ovulatórios, depende da atuação prévia do estrogênio e é diferenciadora da árvore ducto-lobular mamário. Na vida adulta, o estímulo cíclico de estrogênios e progesterona faz com que as mamas fiquem mais túrgidas no período pré-menstrual, por retenção de líquido. Depois da menopausa, devido à carência hormonal, ocorre atrofia glandular e tendência à substituição do tecido parenquimatoso por gordura. (RIBAS e MELO, 2006)

Nos primeiros dias da fase estrogênica inicia-se a proliferação de ductos e de alvéolos. Não há formação de lúmens intra-alveolares e o estroma conjuntivo se adensa. O estradiol exerce ação vaso-dilatadora, parecido com a da histamina sobre a microcirculação do parênquima. A progesterona aumenta a permeabilidade vascular, facilitando a passagem de líquido para o espaço intersticial. Dependendo da quantidade do acúmulo de líquido intersticial, pode surgir desconforto acompanhado de sensação

de peso ou de distensão das mamas (DE LUCA, GONÇALVES e CARVALHO, 2006).

2.2 CÂNCER

Hipócrates (460-377 a.C.), no século V, utilizou o termo *Karcinos*, que significa caranguejo, em decorrência da observação de um mal que se caracterizou pelas dores, que se assemelhavam às ferroadas do caranguejo, e também pelo desenho que se formava com a dilatação de vasos sanguíneos que alimentam o nódulo. O filósofo pertencia a uma escola cuja idéia principal era a de que a saúde era decorrente do equilíbrio entre os fluidos orgânicos, os conhecidos como os quatro “humores”: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra. Assim, nessa época acreditava-se que o câncer era resultado de um desequilíbrio humoral, neste caso, especificamente, bile negra ou melancólica, como era também conhecida (BARRETO, 2005).

Na metade do século passado surgiram os primeiros estudos epidemiológicos que procuravam relacionar o desenvolvimento de tumores com algumas características da personalidade e/ou com a presença de antecedentes estressantes. Contudo, havia ainda muitas confusões dada a inexistência de uma associação estatisticamente significativa entre personalidade, eventos estressantes e tumores. Essas confusões foram esclarecidas com a chegada dos estudos prospectivos e da análise multivariada, que consideravam ao mesmo tempo vários fatores de risco (ZECCHIN, 2004).

No século XVIII, cientistas observaram que a doença se restringia a um determinado tecido do organismo, ainda que se estendesse a diferentes órgãos, surgindo o conceito de disseminação a distância, ou seja, o termo, metástase, que significa “mudança de lugar”. É esse caráter migratório que propiciou a sensação de impotência diante da doença. O câncer ocupou, dessa forma, o lugar do mal absoluto, da degradação e da condenação a uma morte sofrida. No plano do convívio social, a doença passou a ser ocultada, em meio a sentimentos de vergonha e medo, o que levou muitos médicos a ocultar o diagnóstico de seus pacientes e, por vezes, da família (BIZZARRI, 2001; CARVALHO, 2008, ZECCHIN, 2004;).

Deve-se lembrar que a Oncologia, desde fins do século XIX, vem experimentando progressos consideráveis. A primeira área a viver avanços importantes foi a da cirurgia. O advento da anestesia e o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas

possibilitaram a realização de extensas cirurgias nas quais tumores passaram a ser extirpados, tendo como resultado a possibilidade de cura. Isso fez surgir a noção de que o diagnóstico precoce e a intervenção rápida são elementos importantes, já que possibilitavam a extirpação do câncer antes da formação de metástases. Criava-se assim a necessidade de que essas noções fossem divulgadas para a população (VEIT e CARVALHO, 2008).

Entre as décadas de 1930 e 1950, com o aumento do número de sobreviventes que não, devido ao uso da associação de quimioterapia, radioterapia e cirurgia, ajudou a ampliar o número de casos tratados com sucesso quanto ao aumento da sobrevida dos pacientes. Ainda assim, não se falava sobre a doença; aumentando o número de avaliações psiquiátricas em hospitais gerais, somadas a pesquisas que formulavam a possibilidade de que o câncer pudesse ter sua gênese também nos aspectos psicológicos. Em função disto, iniciaram-se debates sobre o fato de revelar ou não o diagnóstico (RABIN, 2004).

A partir da metade do século XX, à medida que o diagnóstico foi deixando de ser considerado uma sentença de morte, a informação podia ser dada sem que o médico tivesse de retê-la ou informar apenas a família. Hoje em dia o câncer é considerado uma doença crônica, o que resulta em grande número de pacientes vivendo muitos anos com a doença, controlando-a e tratando de seus sintomas (VEIT e CARVALHO, 2008).

2.2.1 Conceito

Câncer é uma palavra isolada e usada para descrever cerca de 200 doenças diferentes que afetam os órgãos ou sistemas pelo corpo todo. Cada forma é única no seu desenvolvimento, no comportamento e nas suas possíveis causas (SPEECHLEY, 2000).

Os cânceres ou neoplasias malignas vêm assumindo um papel cada vez mais importante entre as doenças que acometem a população feminina, representando, no Brasil e no mundo, importante causa de morte entre as mulheres adultas. O câncer de mama é o tipo mais freqüente entre as mulheres e o segundo no mundo (BRASIL, 2005).

É considerada uma doença multifatorial, provocada por mutações, mudanças nos genes, formando células atípicas, podendo ser adquirida no decorrer da vida e/ou por transmissão genética. Em tecidos normais, as taxas de crescimento e de morte celular estão em equilíbrio. No câncer, esse equilíbrio é rompido por perda no controle de crescimento celular e/ou dos mecanismos de apoptose, também chamada de morte celular programada. Generalizando essa conta, tem-se que 85% das causas de doenças crônicas estão no ambiente. Este pode ser entendido tanto as situações reais e objetivas quanto pelas percepções subjetivas e ideais, por exemplo: tabagismo, radiação ionizante, álcool, administração de hormônios, envelhecimento, obesidade, alterações hormonais, entre outros, e herança genética, em proporções variadas (ROCHA e KAGOHARA, 2006).

Segundo Souza e Abrão (2006) para que se possa entender a oncogênese, costuma-se dividi-la em três etapas: iniciação, promoção e progressão. A iniciação depende da exposição a diversos agentes, como os carcinogênicos químicos, radiações e vírus oncogênicos, culminando com as alterações do DNA. Uma vez ocorrida a alteração do genoma, o processo torna-se irreversível. A promoção leva à proliferação das células já iniciadas e, da mesma forma que na etapa anterior, depende da exposição a outros agentes. Na progressão, tem-se a passagem do estado hiperplásico anterior para o francamente maligno, sendo caracterizado pelo aumento da massa tumoral inicial, destacamento de células neoplásicas a partir desta massa e disseminação das mesmas para tecidos e órgãos adjacentes, processo denominado de metástase.

2.3 CÂNCER DE MAMA

A mama tem importância como nutriz, além de acrescentar um complemento essencial à imagem corporal e identidade feminina. Dessa forma, a extirpação desse órgão, comumente, traz para a mulher dor física e psicológica. Essa neoplasia é considerada de bom prognóstico se diagnosticada e tratada oportunamente. No entanto, o principal fator que dificulta o tratamento é, justamente, a descoberta tardia. No Brasil, a maioria dos casos é diagnosticada em estágio avançado (III e IV), correspondendo a cerca de 60% deles, o que faz com que o número de mastectomias realizadas no país seja elevado (FERNANDES, 1997; PRILL e LANGEN, 1985; SILVA, L., 2008).

O câncer de mama é o mais freqüente em incidência e mortalidade no sexo feminino, apresentando uma curva ascendente a partir dos 25 anos de idade e concentrando a maioria dos casos entre os 45 e 50 anos. Representa, aproximadamente, 20% do total de casos diagnosticados e 15%, em média, das mortes por câncer (SIUFI, 2002).

Estudos epidemiológicos mostram vários fatores de risco para o desenvolvimento do carcinoma de mama, salientando o histórico familiar. Estudos evidenciam um risco relativo de duas a quatro vezes nas mulheres com um ou mais parentes de primeiro grau que desenvolveram a neoplasia, ocorrendo um aumento progressivo do risco com o aumento do número de familiares afetados (PARRA, 2005).

Silva (2008) afirma que desde a década de 1970 a medicina vem se dedicando mais à compreensão do impacto psicossocial da doença. Estudos dessa época delinearam que as mulheres podem estar mais propensas a sofrerem desconforto psicológico, como ansiedade, depressão e raiva, e que há ainda mudanças no padrão de vida cotidiana, e também medos e preocupações concernentes à mastectomia, recorrência da doença, e à morte.

Hoje, a detecção precoce do nódulo mamário é significativa para a obtenção de tratamento e prognóstico satisfatórios. A prática do auto-exame é fundamental para a detecção, sendo de fácil compreensão e acessível à mulher, tornando, muitas vezes, uma forte arma contra a doença, impedindo a mutilação das mamas, através da mastectomia, e, até mesmo, a morte da paciente (BOFF, 2005).

2.3.1 Patologia

Segundo Boyd (1999), exames macro e microscópicos de peças de mama têm provado que o câncer começa na unidade terminal ducto-alveolar, a unidade secretora da mama. A aparência histológica do câncer de mama pode conter estruturas com aparência, predominantemente, lobular ou ductal. Acredita-se que esta aparência reflete o tipo de diferenciação que as células do tumor seguem. Entre os maiores tipos histológicos de câncer de mama nas populações do Ocidente, tumores com elementos de mais de um tipo são freqüentes.

O tipo mais comum, 78%, o carcinoma ductal infiltrativo é frequentemente acompanhado por uma marcada reação de tecido fibroso, responsável pela dureza na palpação e no corte; estes tumores são chamados de esquirroso. O carcinoma lobular invasivo, 9%, é menos definido que o carcinoma ductal infiltrativo e é mais contínuo, multicêntrico. O carcinoma medular, 4%, pode atingir um grande tamanho, com pouca tendência para a infiltração; o prognóstico é geralmente melhor do que do carcinoma ductal infiltrativo. O quarto tipo mais comum é o colóide ou mucinoso, 3%, e outros tipos em miscelânea, 6%. Nos casos com câncer invasivo de mama, a seleção do tratamento primário e adjuvante, normalmente, não é influenciado pelo tipo histológico do tumor. (BOYD, 1999)

O carcinoma de Paget constitui uma evolução peculiar de um carcinoma intraductal não-infiltrante, que se dissemina muito lentamente na epiderme do mamilo, aréola e pele adjacente; num estágio mais adiantado, o tumor, ao tornar-se invasivo, desenvolve-se como um carcinoma mamário comum (SHERMAN JÚNIOR e HOSSFELD, 1991).

2.3.2 Classificação

Os órgãos mais comumente envolvidos pelas metástases são: linfonodos regionais, pele, osso, fígado, pulmão e cérebro. As lesões neoplásicas da mama podem se originar em qualquer uma das estruturas que a compõem: epitélio glandular, mesênquima e epiderme.

Dessa forma, os carcinomas podem ser:

- a) Não invasivos: pode ser detectado acidentalmente pela presença de massa palpável na mama, ou, na ausência de qualquer normalidade na palpação, por uma série de microcalcificações, vistas na mamografia (BOYD, 1999);
- b) Invasivos: têm a possibilidade de metastisar, isto é, as células cancerígenas podem perfurar a parede do ducto e invadir os tecidos vizinhos. A partir desse momento, essas células tendem a invadir os canais linfáticos e a progredir pelo seu interior até serem interceptadas pelos gânglios axilares (DUARTE, 2005).

2.3.3 Tratamentos e conseqüências

O tratamento utilizado dependerá da extensão da doença e das suas características. Assim, após a classificação do câncer de mama, define-se a forma de tratamento a ser desenvolvido de acordo com a idade da paciente, do estadio da doença, das características do tumor primário, dos níveis de receptores de estrógeno e de progesterona, das medidas de capacidade proliferativa do tumor, da situação da menopausa e da saúde geral da mulher (MALZYNER; CAPONERO e DONATO, 2000).

Dentre os tipos de tratamento disponíveis, encontram-se a quimioterapia, a radioterapia, a terapia hormonal e a cirurgia, que podem ser indicados individualmente ou concomitantemente. A cirurgia tem como objetivo extirpar o tumor maligno e se divide em dois tipos: a quadrantectomia, que preserva a mama da paciente retirando apenas o nódulo, e a mastectomia que faz a retirada total do seio. A quimioterapia, que é um tratamento sistêmico, normalmente provoca efeitos colaterais, tais como náusea, vômito, diarreia, constipação, mucosite, anemia, xerostomia, alopecia, anorexia, dentre outros.

A cirurgia indicada para o câncer de mama requer a excisão de qualquer tumor invasivo com margens negativas. O tumor deve ser excisado em bloco, com alguns centímetros de tecido normal. As indicações são para pacientes com dois ou mais focos de tumores primários em áreas diferentes da mama, e tumor grande em uma mama pequena. A mais freqüente das intervenções realizadas é a mastectomia radical modificada, aquela que remove toda a mama juntamente com os linfonodos axilares. Tratamentos complementares geralmente são necessários, como a radioterapia, a quimioterapia e a hormonioterapia (CANTINELLI, 2006; MALZYNER, CAPONERO e DONATO, 2000).

A radioterapia é o uso clínico de radiação ionizante com o objetivo de induzir danos letais a células cancerosas com a preocupação de causar mínimo efeito sobre o tecido normal ao redor do tumor. Consiste num tratamento local, que afeta apenas o tumor e a área adjacente, e provoca reações adversas. Embora algumas células normais possam ser lesadas pela radiação, a maioria delas repara-se sozinha e recupera-se totalmente dos efeitos do tratamento. Existe também uma indicação formal desse

tratamento como adjuvante para as pacientes com tumores de mama que se submeteram à mastectomia e que têm alta chance de recidiva locorregional, principalmente naquelas pacientes com alguns linfonodos axilares acometidos. (ANDRADE, KALNICKI e HERON, 2006; SALVAJOLI e SILVA, 2008; e STRAUB, 2005)

A quimioterapia consiste no uso de medicamentos que destroem as células cancerígenas, seja por toxicidade direta dos remédios, seja por indução da morte programada da célula cancerosa. Vários remédios quimioterápicos apresentam diferentes mecanismos de ação sobre o DNA da célula tumoral, levando geralmente a um objetivo comum: bloquear a divisão celular, impedindo a proliferação contínua do câncer. Essa pode ser utilizada em combinação com a cirurgia e a radioterapia. (CANTINELLI, 2006; INCA, 2008; MACHADO e SAWADA, 2008 e YOUNES, 2001)

A quimioterapia é mais usada em pacientes com alta chance de recidiva, seja pelo tamanho do tumor ou pelo número de linfonodos acometidos, e principalmente nas pacientes com receptores hormonais negativos. De acordo com as suas finalidades, a quimioterapia é classificada em:

- a) Curativa – quando é usada com o objetivo de se conseguir o controle completo do tumor;
- b) Adjuvante – quando se segue à cirurgia curativa, com o objetivo de esterilizar as células residuais locais ou circulantes, diminuindo a incidência de metástases à distância;
- c) Neoadjuvante ou prévia – quando indicada para se obter a redução parcial do tumor, visando a permitir uma complementação terapêutica com a cirurgia e/ou radioterapia;
- d) Paliativa – não tem finalidade curativa. Usada com a finalidade de melhorar a qualidade da sobrevivência do paciente.

A hormonioterapia é um dos tratamentos sistêmicos adjuvantes mais eficazes no combate ao tumor de mama, mas funciona somente nas pacientes que têm tumores que expressam os receptores hormonais de estrógeno e/ou progesterona. Esse tratamento é

usado para bloquear o efeito do estrogênio ou para diminuir as concentrações do mesmo. O objetivo é evitar que o estrogênio chegue até as células cancerígenas. O tratamento hormonal não substitui a cirurgia e /ou a radiação, pois é utilizado antes ou depois desses tratamentos. Deve ser mantida no período de 5 anos, sendo bem tolerada. As respostas a esse tratamento são correlacionadas com um bom prognóstico. (SOUZA, CUNHA, M. e CUNHA, F. M., 2005)

2.3.4 Tratamento e aspectos psicológicos

O diagnóstico de câncer de mama pode provocar um desequilíbrio emocional em razão daquilo que as mamas sempre representaram para uma mulher.

Uma série de preocupações passa a tomar conta do pensamento dessa mulher: o medo de ser estigmatizada e rejeitada ao tomarem conhecimento de sua doença, a possibilidade de disseminação da doença pelo seu corpo, a queda do cabelo e o efeito disso sobre sua autoestima, a incerteza quanto ao futuro, sua sexualidade e o seu relacionamento com o parceiro e com os filhos e principalmente o medo da recidiva (BRENELLI e SHINZATO, 1994; FARINA, 2002).

Desde a descoberta da doença e durante o tratamento, as pacientes acometidas com câncer de mama lidam com perdas significativas, o que impõe sobre elas a elaboração do luto e desapego. A aceitação e convivência com um corpo marcado por uma nova imagem, normalmente são marcadas por conflitos e insatisfação com a autoimagem. Ocorrem alterações significativas em diversas esferas de sua vida, tais como: atividades sexuais, vida social e até, em alguns casos, vida laborativa. Para Vieira, Lopes e Shimo, (2007, p. 314) “O câncer de mama destrutura a mulher no sentido de trazer para a sua convivência a incerteza da vida, a possibilidade de recorrência da doença e a incerteza do sucesso do tratamento.”

E quanto a estigmatização que frequentemente ainda incorre sobre o câncer, Ramos e Lustosa (2009) conceituam

As representações associadas ao câncer são, em sua grande maioria , negativas, pois é uma doença vista como destruidora e geralmente sentida como um castigo, uma punição, uma vez que o câncer está

associado ao estigma social da morte. O preconceito da sociedade em relação ao câncer de mama faz com que muitas pacientes procurem manter segredo sobre sua doença, por medo tanto do estigma quanto da rejeição.

A rede de apoio social tem sido referida como importante fator protetor e recuperador da saúde da mulher com câncer, porque a impede de desistir de lidar com as diferentes fases do tratamento, fazendo com que o enfrentamento da doença torne-se menos desgastante. O apoio social exerce efeitos sobre o sistema imunológico, fortalece a autoconfiança, aumenta a capacidade das pessoas de enfrentarem situações adversas, podendo vir da família, dos amigos, do trabalho e dos serviços de saúde. (HOFFMANN, MULLER E FRASSON, 2006 apud RAMOS e LUSTOSA, 2009),

Com base na experiência em equipe interdisciplinar de saúde, fez com que se compreendesse o papel da Psicologia no atendimento a pacientes com doenças crônicas, no caso desta dissertação, pessoas em tratamento oncológico. Somado ao conhecimento fornecido pela Psico-oncologia, que é uma ciência notadamente interdisciplinar, fica simples perceber que o atendimento oferecido pela Psicologia a esta clientela tem como função avaliar, orientar e acompanhar as reações psicológicas e emocionais que pacientes e familiares vivenciam no decorrer do tratamento.

Quem frequenta um serviço de oncologia no hospital pode verificar afirmações sobre a evolução e prognósticos, que têm origem ou que atingem o “psicológico” dos pacientes. As neoplasias estão frequentemente associadas a pessoas que apresentam estados depressivos (SOUZA e ABRÃO, 2006).

Conforme Zecchin (2004), a mulher quando recebe o diagnóstico de câncer de mama é tomada de súbito por um estranho sentimento, algo inexplicável, dando início a um processo de dúvidas e questionamentos, devido ao estigma de doença terminal e que leva a muito sofrimento e morte; a sensação que se tem é de perda da soberania imaginária. Se o corpo vive a ameaça de perder a vida, a sensação provocada por essa ameaça faz com que se perca a referência e a identidade.

De acordo com Ferreira e Mamede (2003), a mutilação da mama favorece o surgimento de questões na vida das mulheres, especialmente aquelas relacionadas à imagem corporal. A amputação de qualquer parte externa ou mesmo interna do corpo é traumática, podendo produzir mudança radical na aparência, e, assim, a autoimagem corporal deve ser ajustada a essa nova situação. Os autores demonstram essa relação

psicossocial da seguinte maneira: o mesmo corpo que passará pela cirurgia terá a função de intérprete ativo ou passivo da sua própria imagem, no sentido de permitir a objetivação de uma intersubjetividade, nas cirurgias, há uma alteração importante no esquema corporal, que é a abstração de uma vivência do corpo e estrutura-se na aprendizagem pela experiência. A intimidade com o próprio corpo passa pela possibilidade de se construir a história vivida, a qual será constantemente refeita por novas representações. A relação da mulher com seu corpo e com o corpo do outro são aspectos que estão dinamicamente vivos e ativamente presentes na experiência da perda parcial ou total do seio.

Duarte e Andrade (2003) ressaltam que após a cirurgia para retirada do seio, a mulher pode vir a ter dificuldades para reassumir a sua vida como um todo, no aspecto profissional, social, familiar e sexual, ou seja, a recuperação psíquica pode demorar algum tempo. Para as autoras, há dois grandes momentos para a paciente, o diagnóstico que traz consigo toda a carga emocional de uma doença crônica e o pós-cirúrgico com a retomada da vida cotidiana da paciente.

Para Silva e Santos (2008), a mastectomia não afeta somente a imagem corporal da mulher, mas, sobretudo, a autoimagem, pois ela deixa uma marca visível no corpo, o que remete imediatamente à situação de perda. Dessa forma, quanto mais invasivo for o tratamento, maior será o impacto na autoimagem. Há ainda mudanças no cotidiano, como a exposição ao sol, a alimentação que deve ser modificada, entre outras. Os autores defendem a idéia de que há necessidade de espaços de reabilitação física e psicossocial para as mulheres mastectomizadas.

Verde (2007) salienta que em geral as pacientes submetidas à quimioterapia engordam, elevando o índice de gordura corpórea entre o antes e o depois do tratamento. As pacientes podem apresentar hiperfagia, o que faz com que a ingestão de alimentos seja maior para diminuir as náuseas, aumentando, dessa forma, o peso. De acordo com a autora, é comum durante o processo quimioterápico a diminuição do consumo de frutas e sucos naturais, o que pode agravar o estado clínico da paciente, pois uma dieta rica em fibras melhora a sobrevida. Para a autora, qualidade de vida e alimentação estão relacionadas intimamente.

De acordo com Melo et al. (2002), o tratamento quimioterápico provoca na mulher já mastectomizada uma ansiedade ainda maior, pois além de ter sofrido uma mutilação, ela ainda passará por um processo que envolve efeitos colaterais diversos:

A mastectomia costuma causar impacto à mulher, pois abala a sua auto-estima. Quando associada à quimioterapia, esse impacto aumenta ainda mais em função dos efeitos colaterais decorrentes, especialmente a queda de cabelo. [...] a mulher, frente ao tratamento quimioterápico, apresenta respostas ineficazes que se refletem em medo, depressão, angústia e tristeza.

Cantinelli et al. (2006) afirmam que o diagnóstico de câncer traz para a mulher uma sobrecarga psicológica impactante para sua saúde, podendo provocar algumas patologias, como depressão ou até mesmo ser o desencadeador de um surto. Dessa forma, a estrutura da personalidade e a capacidade de enfrentamento é que vão permitir enfrentar essa nova situação. Há situações que deixam a paciente imunodeprimida colaborando para o surgimento ou até mesmo o agravamento da doença. Os autores explicam que a enfermidade tem a dimensão que o paciente e aqueles que o cercam avaliam de forma individual e subjetiva; assim, uma doença atinge maior ou menor grau, conforme a compreensão que se tem dela.

Schávelzon (1992) ressalta que cada paciente tem sua história de vida, seus componentes egóicos próprios, que não podem ser deixados de lado ao se trabalhar pacientes com câncer, ou seja, cada um terá uma forma de interagir com sua doença.

As diferentes estruturas orgânicas do homem, suas funções reais e seus significados sócio-culturais cumprem um papel básico e decisivo na integração física e psicológica. São chamados de imagem e esquema corporal. Ambos são representações psíquicas relacionados com a organização do ego. Cada órgão ou segmento do ser humano tem assim na conformação anatômica e uma função real e fisiológica inter-relacionada com a totalidade (SCHÁVELZON, 1992, p. 221).

Para Silva (2005), a pessoa vai dar significado ao câncer, conforme a cultura em que ela está inserida, agregando o conhecimento popular ao científico. A autora ressalta que não é possível entender a doença sem saber o significado que ela toma para o paciente.

Segundo Barros, A. (2008) é preciso analisar caso a caso do câncer de mama, ou seja, analisar as necessidades físicas e psicológicas da paciente. É necessário o apoio dos diversos profissionais para que a qualidade de vida da paciente seja restabelecida.

A percepção e vivência da sexualidade são comumente reavaliadas no período do tratamento, tanto por causa dos medicamentos quanto por causa da autoimagem.

3 IMAGEM CORPORAL

O reconhecimento dos valores dado ao corpo tanto cultural como individualmente é o que Schávelzon (1992) denomina de imagem corporal. Quando há, então, uma agressão a essa imagem, isso implica num desprezo não só real, mas também psicológico para o indivíduo e seu ambiente. Do ponto de vista do paciente, toda alteração anatômica vai influenciar o surgimento de diferentes sentimentos de culpa, depressão, ou até mesmo agressão,

O corpo humano representa, para todas as pessoas, além do organismo físico que oscila entre a saúde e a doença, um foco de um conjunto de crenças, mediado pelo seu significado social e psicológico, sua estrutura e função e, sob este aspecto, pode ser utilizado para descrever as formas como um indivíduo conceitua ou experimenta o seu corpo, de modo consciente ou não (SILVA, 2005, p. 137).

Como pontua Becker (1999), o corpo é uma criação sociocultural, nele se inscrevem idéias, crenças e as imagens que se fazem dele, ou seja, a imagem dominante é que será valorizada socialmente. Aqueles que não estão no padrão socialmente elaborado acabam por sofrer uma rejeição social e também uma autodiscriminação, e esse processo tem um impacto negativo sobre a autoimagem; esta imagem corporal negativa pode determinar o aparecimento de baixa autoestima e de depressão e sofrimento. Os corpos, principalmente os femininos, são vitimizados por políticas de saberes e poderes que identificam, classificam, recalcam, estigmatizam, enfim, formam e deformam as imagens que se tem de si.

Entende-se por imagem corporal a forma como o indivíduo se percebe e se sente em relação ao seu próprio corpo. Essa imagem remete de algum modo ao sentido das imagens corporais que circulam na comunidade e se constroem a partir de diversos relacionamentos que ali se estabelecem. Isto significa que em qualquer grupo sempre existe uma imagem social do corpo que é, portanto, um símbolo que provoca sentimentos de identificação ou rejeição dos sujeitos em relação a determinadas imagens (TAVARES, 2003).

Para Silva (2005), o câncer produz a modificação da imagem e ameaça a identidade corporal e a própria existência do indivíduo. O ser humano possui, segundo a autora, simbolicamente dois corpos: um individual e um corpo social. O corpo individual é como a pessoa se percebe, e o social é como esse corpo se insere na sociedade em que ela vive. É importante ressaltar que as mulheres na sociedade

ocidental são mais zelosas pelo seu corpo em comparação com os homens. A imagem corporal faz parte da individualidade do sujeito e o câncer faz a ruptura da imagem do sadio com a sociedade, demonstrando que aquele sujeito está doente.

3.1 O DESENVOLVIMENTO DA IMAGEM CORPORAL

A Imagem Corporal desenvolve-se desde o nascimento até a morte dentro de uma estrutura complexa e subjetiva, sofrendo modificações que implicam a construção contínua e a reconstrução incessante da imagem corporal. Durante os anos pré-escolares, a criança desenvolve de forma acentuada o seu conceito a respeito da imagem corporal. Com um pensamento e uma linguagem mais abrangente, começa a reconhecer que a aparência das pessoas pode ser mais ou menos desejável e as diferenças de cor ou raça. Ela conhece o significado das palavras bonito e feio e reflete a opinião que os outros têm a respeito de sua aparência. Apesar de seus progressos no desenvolvimento da imagem corporal, o pré-escolar ainda tem uma noção pouco definida a respeito dos limites do seu corpo, além de possuir escassos conhecimentos de sua anatomia interna (MONTARDO, 2002 apud MATARUNA, 2004).

O conhecimento sobre imagem corporal e o contentamento do indivíduo com esta são de suma importância para a saúde integral do homem, pois o descontentamento com a imagem corporal pode refletir-se como favorecimento do início de novas patologias. (COOPER, 1995 apud NUÑEZ, 2007)

É comum participar de diálogos e perceber que os pacientes desenvolvem diferentes maneiras de superar problemas, dores e dissabores. É uma forma, que exemplifica a questão da distorção da imagem corporal através do ganho de peso após mastectomia, chama a atenção.

Em acompanhamento dietético, uma paciente comentou que ao iniciar a quimioterapia, percebeu-se com um pensamento que para ela era motivador: “[] pelo menos agora vou emagrecer []”(SIC), a partir do tratamento quimioterápico não sentiu a confirmação do seu pensamento e completa []“além de ter câncer e estar sem peito eu ainda engordei[]”(SIC).

Este comentário marcou uma fase que provocou desconforto, já que o

sentimento de limitação e impotência se fizeram presentes. Nas reuniões em equipe aprende-se que poder expressar percepções sobre os casos, aliado à compreensão teórica, proporciona maior confiança em conduzir os atendimentos, e que os profissionais, envolvidos com os pacientes conscientes das queixas, permanecem mais atentos em oferecer atendimentos integralizados.

3.2 MASTECTOMIA, QUIMIOTERAPIA E IMAGEM CORPORAL

O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama não se restringem à mama, a mulher sente-se afetada física, emocional e socialmente, podendo apresentar alterações na imagem corporal, sendo sua recuperação dependente de como ela percebe seu corpo, do apoio familiar e de amigos, e das idéias construídas sobre a doença. (GRADIN, 2005 apud KEBBE, 2006)

KEBBE (2006) reflete sobre as estratégias de mercado na publicidade, que, ao valorizar as mamas grandes e firmes, tornam-se alvos de *marketing* para a venda de produtos, assim,

[] diante essa valorização social e cultural atribuída às mamas, é possível compreender que a realização de cirurgia para a retirada total ou parcial deste órgão provoca impacto psicológico relevante na mulher em decorrência de suas repercussões neste complexo universo de significados. KEBBE (2006, p.20).

Negrini (1994) corrobora com a impressão de que a mulher com câncer de mama pode se tornar uma pessoa atingida física, psicológica e socialmente, tanto pela doença como pelo tratamento. Aceitar sua nova condição, adaptar-se a nova imagem de seu corpo exige um esforço, para o qual não está preparada.

Embora o prognóstico para o câncer de mama tenha mudado gradualmente devido aos avanços no diagnóstico e tratamento, as respostas das mulheres à possível doença incluem o medo da desfiguração, a perda da atividade sexual e o medo da morte, assim descritos: (REGIS; SIMÕES, 2005).

- a) Medo: quando a mulher realiza um autoexame e detecta algum nódulo ou alguma alteração, o sentimento de medo torna-se presente. Ela toma consciência

de dois aspectos simultâneos: pode não ser nada grave ou significar um câncer. Normalmente, ela pensa o pior;

- b) Aceitação da doença: nesse sentido, a mulher reconhece a necessidade de aceitar sua nova condição de portadora de câncer de mama e de reorganização de papéis decorrentes dessa experiência, submetendo-se assim ao tratamento, pois deseja alcançar a cura. A aceitação da doença torna-se mais fácil quando as pacientes comparam-se com outras mulheres em piores situações ou quando minimizam as consequências do tratamento;
- c) Negação: esta se manifesta como uma forma de “defesa aparente” e é empregada quando se encontra em situações de dificuldade. Na mulher o câncer de mama não poderia ser diferente e este sentimento surge com intensidade, visto que ela se encontra vulnerável. A negação é um mecanismo de defesa muito utilizada em doenças crônicas e, principalmente, naquelas estigmatizantes e com forte caráter de desesperança, como é o caso do câncer;
- d) Constrangimento: a palavra câncer traz um estigma muito forte. O fato de estar com essa doença é para a mulher um grande constrangimento, pois as repercussões decorrentes do tratamento abalam a imagem corporal repercutindo assim no seu convívio social. A aparência, o visual, nos é repassado, em nossa cultura, como o belo, o estar bonito, elegante e sentir-se bem. Percebe-se nas mulheres uma preocupação com a sua imagem; algumas delas deixam de se olhar no espelho, de se tocar, ficando muitas vezes com vergonha das outras pessoas.

Segundo Silva (2005), o ganho de peso não é muito comum nos pacientes submetidas à quimioterapia, mas algumas medicações podem aumentar o apetite e favorecer a retenção hídrica, levando ao aumento do peso corporal.

4 ESTADO NUTRICIONAL

4.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS E ALIMENTAÇÃO

Desde a antiguidade, o homem sabe que a saúde e o bem estar físico dependem da alimentação saudável, e que nutrientes específicos apresentam o mérito de prevenir e curar doenças. A alimentação saudável é aquela planejada com alimentos de diferentes grupos, de procedência conhecida, de preferência que sejam naturais e preparados de forma a preservar o valor nutritivo e os aspectos sensoriais. Os alimentos devem ser qualitativa e quantitativamente adequados e escolhidos de acordo com a forma de vida e os hábitos dos indivíduos ou da população, de maneira a satisfazer as necessidades nutricionais, emocionais e sociais e a promover a qualidade de vida saudável. (JESUS; SANTANA; CONCEIÇÃO e ALVES, 2006)

Para Souza e Hardt (2002), os hábitos alimentares são as formas como os indivíduos ou grupos selecionam, consomem e utilizam os alimentos disponíveis, incluindo sistemas de produção, armazenamento, elaboração, distribuição e consumo. O comportamento alimentar é controlado pelas sensações de fome, apetite e saciedade, que são decorrentes da interação de diversos fatores: hábitos, disponibilidade de alimentos, fatores sociais e culturais, ritmo circadiano e interação de diversos sinais fisiológicos de regulação. A descrição das inúmeras substâncias envolvidas na regulação do apetite e no controle do peso, a identificação dos centros envolvidos e as evidências de suas inter-relações demonstram a complexidade do comportamento alimentar e da homeostase energética. Mudanças nos hábitos alimentares muitas vezes, são inevitáveis em decorrência de determinadas condições clínicas.

Uma alimentação saudável é favorecida não apenas por uma informação nutricional adequada.

A selecção de alimentos tem a ver com as preferências desenvolvidas relacionadas com o prazer associado ao sabor dos alimentos, as atitudes aprendidas desde muito cedo na família, e a outros factores psicológicos e sociais. É necessário, portanto, compreender o processo de ingestão do ponto de vista psicológico e sociocultural e conhecer as atitudes, crenças e outros factores psicossociais que influenciam este processo de decisão com o objectivo de se tornarem mais eficazes as medidas de educação para a saúde e de se melhorarem os hábitos e os comportamentos. (VIANA, 2002, p. 611):

Lima, Fisberg e Slater (2003) lembram que os nutrientes tanto podem ajudar na prevenção como colaborar para o surgimento de doença, ou seja, os padrões dietéticos adotados irão ajudar na determinação do estado de saúde do indivíduo.

O estado nutricional influencia o tratamento do câncer. Distúrbios do estado nutricional contribuem para maior incidência e gravidade dos efeitos colaterais do tratamento da moléstia cancerosa, o aumento do risco de infecções e a redução da sobrevivência. (ALVES, 2008, p. 443)

4.2 AVALIAÇÃO

A associação de práticas alimentares inadequadas e a ocorrência de diversas doenças é bem estabelecida na literatura atual. Sabe-se que a dieta com características do padrão ocidental, isto é, rica em gorduras saturadas e açúcares, pobre em vitaminas, minerais e fibras e de alta densidade energética está envolvida no surgimento de doenças crônicas não degenerativas no futuro, como a obesidade, problemas cardiovasculares, hipertensão, diabetes e alguns tipos de câncer. (SANTOS; TORAL; CINTRA, 2008).

Para Santos et al (2008), a avaliação do consumo alimentar é uma etapa essencial na prática clínica, bem como em estudos epidemiológicos. A alimentação pode ser analisada por diversas perspectivas: econômica, social, cultural e nutricional. Ao se definirem métodos para a avaliação do estado nutricional de um indivíduo, devem-se eleger aqueles que melhor detectem o problema nutricional que se pretende corrigir em uma população. A avaliação do consumo alimentar requer a utilização dos seguintes instrumentos:

- a) Inquéritos alimentares: destinado a todos os estágios da vida, devendo ser consideradas as especificidades de cada paciente. Tendem a apresentar maior dificuldade para esta avaliação as crianças, os idosos e os analfabetos.
- b) Questionário de frequência alimentar: são utilizados quando se visa à avaliação da dieta habitual do indivíduo, isto é, a alimentação característica de um período de tempo de meses ou anos antes do tempo presente. Este questionário é considerado o instrumento mais adequado para estudos epidemiológicos que avaliam a associação entre dieta e doenças crônicas.
- c) Registro alimentar: é um instrumento de avaliação muito utilizado na prática clínica, tendo em vista a facilidade de sua aplicação e o baixo custo quando o paciente é o responsável pelas anotações relativas ao seu consumo alimentar.
- d) Recordatório de 24h: como indicado pelo nome, consiste na descrição dos alimentos e bebidas consumidos no dia anterior à entrevista ou nas 24 horas que a precedem.
- e) Diário habitual ou História alimentar: consiste na descrição de todas as

refeições e alimentos normalmente consumidos. É um método usual, sendo eliminadas as variações do dia-a-dia. É pouco difundido, mas tem uma boa utilização na prática clínica, permitindo conhecer o padrão alimentar do indivíduo e serve de base para a definição de planos de orientação dietética.

f) **Semanário alimentar:** é uma abordagem validada por estudos internacionais e consiste em um diário estruturado para o voluntário registrar seus eventos alimentares e as circunstâncias durante uma semana.

Para Fontoura et al. (2006), vários métodos podem ser utilizados na Avaliação Nutricional. Os mais efetivos, em geral, são os mais sofisticados, não são aplicáveis à beira de leito e são de alto custo, não fazendo parte da prática diária e estão presentes freqüentemente em centros de estudo e pesquisa. Tem-se como métodos de Avaliação Nutricional:

- a) **Avaliação nutricional subjetiva global:** consiste unicamente na prática de anamnese e exame físico;
- b) **Antropometria:** mede a massa corporal do paciente, massa magra e tecido adiposo (Índice de Massa Corporal, Circunferências e Dobras);
- c) **Avaliação laboratorial:** os exames bioquímicos são as medidas mais objetivas do estado nutricional;
- d) **Bioimpedância:** permite a avaliação da composição corporal através da estimativa da água corpórea total, da massa livre de gordura e da percentagem de gordura corpórea;
- e) **Calorimetria indireta:** mede o consumo de oxigênio e da produção de gás carbônico obtidos por análise do ar inspirado e expirado pelos pulmões.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a relação entre imagem corporal e ganho de peso, pós-quimioterapia, em uma paciente submetida à mastectomia.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Caracterizar a participante do ponto de vista sócio-demográfico e histórico da doença bem como as comorbidades.
- 2) Averiguar o possível impacto psicossocial causado pelo câncer na paciente estudada.
- 3) Identificar as dificuldades da participante em relação a sua imagem corporal.
- 4) Verificar se houve ganho de peso pós-tratamento quimioterápico e/ou cirúrgico e se estes estão relacionados aos hábitos alimentares da participante e/ou ao tratamento específico para o câncer.
- 6) Identificar, em relação ao próprio corpo, quais aspectos são considerados os mais difíceis de lidar ou superar no decorrer do tratamento.

6.1 LÓCUS DA PESQUISA

Os dados foram coletados na Oncoclínica S/S Ltda., conhecida pelo nome fantasia de NEOCLIN. Está situada em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, na Rua Rio Grande do Sul n. 1.421, Bairro Jardim dos Estados. A Neoclin foi idealizada no ano de 1997 e fundada no dia 28 de abril do mesmo ano, com o propósito de reunir ex-alunos da residência médica do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e seus preceptores. É empresa privada prestadora de serviços ambulatoriais em Oncologia, ramo até então inexplorado no Mato Grosso do Sul. O objetivo da empresa é prestar serviço com excelência primando por condutas atualizadas no atendimento multidisciplinar ao paciente oncológico. Possui uma Equipe Multidisciplinar, composta por médicos oncologistas, hematologistas, cirurgião-geral, radioterapeuta, enfermeira, farmacêuticos, auxiliares administrativos, técnicos de enfermagem, secretárias, copeira, serviços gerais, nutricionista, e fisioterapeuta para atender de maneira segura, eficiente e eficaz seus pacientes. Na época em que a paciente fez tratamento na Neoclin, havia psicólogo para atender os pacientes; a mesma fez acompanhamento por três anos.

6.2 MÉTODO

O método escolhido e empregado nesta pesquisa é o qualitativo. Esse método busca examinar as questões de pesquisa de forma mais aberta, profunda e abrangente. Permite apresentar de forma clara o que é típico e específico de um fenômeno, no tocante às origens, e pode oportunizar a apreensão de aspectos psicológicos reprimidos pelo indivíduo ou simplesmente não perceptíveis de forma mais fácil, como é o caso de atitudes, motivos, entre outros. Uma investigação que se apóia no modelo qualitativo, parte do pressuposto de que há uma relação entre o mundo real e o sujeito que percebe este mundo, uma interdependência entre o sujeito e suas mais variadas circunstâncias, um vínculo entre o mundo objetivo que o cerca e a sua subjetividade como indivíduo. O conhecimento não é o resultado de dados isolados conectados por uma teoria explicativa, mas o sujeito é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos atribuindo-lhes significados. (NUNES, 2004)

Martins e Bicudo (1994) afirmam que a pesquisa qualitativa busca um entendimento particular do fenômeno estudado e não a explicação. Segundo Grubits e Darrault-Harris (2004, p. 111), este tipo de estudo

“[...] pode identificar-se com algumas técnicas, tais como observação do participante, história ou relatos de vida, análise de conteúdo, entrevista não diretiva entre outros, que reúnem um corpus qualitativo de informações”.

6.2.1 Participantes

Participou deste estudo uma mulher, com idade de 57 anos, submetida à mastectomia unilateral, ou seja, retirada total de uma das mamas.

6.2.2 Recursos humanos e materiais

A coleta de dados foi realizada pela nutricionista, autora desta pesquisa que utilizou como recursos materiais: papel, caneta e gravador mp3.

6.2.3 Instrumentos

Os três instrumentos utilizados para a coleta de dados foram:

- a) Ficha de anamnese do paciente: contêm os dados sociodemográficos, os dados relacionados a possíveis patologias associadas e os dados antropométricos;
- b) Semanário Alimentar: consiste em um diário estruturado para o participante registrar todos os eventos alimentares e as circunstâncias durante uma semana;
- c) Entrevista semiestruturada com uma questão aberta, com roteiro com questões guia; nela a fala é gravada e transcrita na íntegra.

6.2.4 Procedimentos

O primeiro passo foi o contato com a diretoria da clínica Neoclin para que esta pudesse autorizar a pesquisa (ANEXO A). Após a autorização, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco e, após a aprovação, foi agendado com a clínica o dia para contato com a paciente.

Estabeleceu-se que a primeira paciente que chegasse à clínica e atendesse os requisitos de inclusão seria abordada para que, se concordasse, participasse do estudo. Foi realizado o agendamento com a paciente para a coleta dos dados. Os instrumentos desta pesquisa foram aplicados em um só momento.

Para a coleta de dados, a participante foi informada dos objetivos do estudo, além de devidamente esclarecida sobre um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando livre para retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum, resguardando a identidade e o sigilo da paciente. Todas as falas foram gravadas, mediante a autorização da participante, que foi esclarecida sobre o sigilo dos dados pessoais e sobre a possibilidade dos resultados serem divulgados em uma dissertação de Mestrado, em publicações científicas e apresentações em eventos científicos.

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista aberta que atende finalidades exploratórias e também é bastante utilizada para o detalhamento de questões e formulação mais precisa de conceito relacionado. O entrevistador introduziu o tema e o entrevistado teve liberdade para discorrer sobre o tema sugerido (MINAYO, 1996). Terminada a coleta, a análise das entrevistas foi realizada.

6.2.5 Análise de dados

Todas as falas foram transcritas na íntegra para posterior análise. Assim, buscou-se identificar as falas que caracterizaram os conflitos vividos pela paciente, bem como os aspectos positivos e negativos do tratamento.

6.2.6 Aspectos éticos

Foram atendidas todas as recomendações do Conselho Nacional de Saúde referente à pesquisa com seres humanos e a Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), assim como os códigos de ética do Conselho Federal de Nutrição, na sua Resolução n. 334 de 10 de maio de 2004 (BRASIL, 1996, 2004, 2000).

A participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o seu nome foi trocado nas descrições a seguir (APÊNDICE B).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Maria¹ nasceu no Rio Grande do Sul em 1952. Aos 30 anos mudou-se para Campo Grande-MS, por motivos familiares, à época tinha se formado em Letras e estava casada. Na capital relata que não teve dificuldade para encontrar emprego como professora contratada no Ensino Público; após 5 (cinco) anos, tornou-se efetiva no cargo, através de concurso público. O diagnóstico de câncer de mama veio em 2003; após dois anos de tratamento ininterruptos aposentou-se por invalidez. Atualmente está divorciada e não tem filhos. Reside em Campo Grande, MS, sozinha. Desde o dia 22 de agosto de 2003, um dia anterior à cirurgia, não fuma e não faz uso de bebida alcoólica. Sua cirurgia consistiu na mastectomia unilateral do lado direito, com duração de 5 horas. Em relação à quimioterapia, fez 4 sessões durante 2 meses, sendo uma sessão a cada 15 dias. Foram 35 sessões de radioterapia, durante a semana, ou seja, de segunda a sexta-feira. Fez acompanhamento psicológico no período de 2004 a 2007, atualmente, quanto à atividade física, faz caminhada diária de, em média, uma hora e trinta minutos.

Atualmente pesa 78 kg e sua altura 1,63 m, com Índice de Massa Corpórea 29,4, o que indica sobrepeso, conforme a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO).

Cálculo do índice de massa corpórea (IMC) de acordo com a equação:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso atual (kg)}}{\text{altura}^2 \text{ (m)}}$$

Categoria	IMC
Abaixo do peso	Abaixo de 18,5
Peso normal	18,5 - 24,9
Sobrepeso	25,0 - 29,9
Obesidade Grau I	30,0 - 34,9
Obesidade Grau II	35,0 - 39,9
Obesidade Grau III	40,0 e acima

Hoje em dia faz uso do medicamento Tamoxifeno, usado no tratamento paliativo e/ou adjuvante do carcinoma mamário hormoniodependente e de suas metástases. Como reação ao uso do medicamento, a paciente tem retenção de fluídos,

¹ O nome da paciente foi trocado para preservar sua identidade.

além de outras (APÊNDICE A). Sobre outras patologias, relatou ter prisão de ventre, rinite alérgica e sinusite.

A partir do semanário alimentar, constatou-se que sua alimentação está bem balanceada, contendo todos os grupos alimentares (APÊNDICE A).

Com relação ao diagnóstico, Maria descobriu que tinha nódulos no seio através de um exame de rotina numa consulta ao seu ginecologista, o qual a encaminhou ao mastologista. Foi feita uma punção e o resultado indicou positivo para a malignidade. A paciente relata esse momento impactante da seguinte maneira:

[...] um choque terrível porque eu antes de entregar para o médico eu abri o resultado e olhei. Quando eu olhei aquilo não sabia se... comecei tremer, eu tava dirigindo e parei, comecei a tremer, minha vida virou de perna pro ar e eu não sabia o que fazer. Corri pra casa de uma irmã minha e disse: e agora que tipo de especialista eu tenho que ir? Que eu nem sabia da existência de oncologista.

De acordo com Duarte e Andrade (2003), há dois grandes momentos para a paciente: o diagnóstico que traz consigo toda a carga emocional de uma doença fatal e o pós-cirúrgico com a retomada da vida cotidiana da paciente. Zecchin (2004) aponta que a paciente toma conhecimento de algo importante e grave que se passa com seu corpo do dia para a noite, o que pode causar uma certa alienação, além do choque causado pelo diagnóstico. No momento de recebimento da notícia, é comum notar um estado de estranhamento, demonstrando dificuldade de aceitação de estar doente.

O momento da descoberta do câncer foi, segundo Maria, o pior momento, pois evocou sentimentos de impotência e medo, o que confirma Regis e Simões (2005), quando diz que a mulher sente um pavor ao detectar que há algo de errado com sua mama. Zecchin (2004) diz que a mulher quando recebe o diagnóstico de câncer de mama é tomada de súbito por um estranho sentimento, algo inexplicável. De acordo com Ferreira e Mamede (2003), ao receber um diagnóstico de câncer de mama, a mulher passa a ter muitas dúvidas e questionamentos, devido ao estigma de doença terminal e que leva a muito sofrimento e morte. Percebe-se então que Maria vivenciou os sentimentos comuns, segundo a literatura, para esse difícil momento.

Após os exames, Maria foi encaminhada para a cirurgia, quando se certificou de

que o tumor era maligno, sendo necessária a mastectomia da mama direita. Após a cicatrização, a paciente submeteu-se à quimioterapia e radioterapia. Depois de todo o tratamento, foram diagnosticados nódulos no seio esquerdo, que foram retirados, juntamente com o útero e ovário. Faz acompanhamento a cada seis meses.

Em relação às dificuldades, Maria relata que a maior é o preconceito que as pessoas têm em relação ao câncer. Relata que acreditava que as pessoas do seu convívio (exceto familiares) não sabiam de sua doença, mas com os comentários, constatou que isso não era verdade:

Mas a maior dificuldade é assim, você pensa que ninguém tá sabendo [...] é enfrentar essas pessoas porque ainda existe um grande preconceito das pessoas, tanto que é tão, o preconceito é tão grande que eu viajo por exemplo, aqui e tem vizinhos que: 'Aí, tá doente de novo? Tá hospitalizada?' Só pensa nisso. É uma doença que assusta e depois você fica tachada. Parece que as pessoas não acreditam na cura dela. Então a maior dificuldade é essa, é o preconceito das pessoas mesmo, que a gente vai aceitando.

Não se pode esquecer que as pessoas estão inseridas numa determinada cultura e que, segundo Silva (2005), a pessoa vai dar significado ao câncer, conforme a cultura em que ela está inserida, agregando o conhecimento popular ao científico. A autora ressalta que não é possível entender a doença sem saber o significado que ela toma para o paciente.

Maria diz que o que mais a incomoda é o preconceito das outras pessoas. Traduzimos esse preconceito como um sentimento de pena que as pessoas têm dela. Isso é algo praticamente insuportável para a paciente. Contudo, sabemos que uma situação toma a dimensão que é dada para ela, o que corrobora Tavares e Trad (2005) quando explicam que a enfermidade toma a dimensão que o paciente e aqueles que o cercam dão a ela. Assim, uma doença atinge maior ou menor grau, conforme a compreensão que se tem dela. Ainda nos dias atuais é comum o entendimento de que o câncer é uma remissão dos pecados, ou seja, aquele que sofre da doença está pagando por algo que cometeu contra o ser supremo. Talvez essa seja a visão das pessoas que cercam Maria, segundo Tavares e Trad (2005).

Maria diz ainda que os pais no começo não conseguiram lidar bem com a

situação, tanto que não falavam a palavra câncer, falavam apenas “a doença”.

Ela relata que não se sente mal por não ter um seio, mas sim por causa do seu sobrepeso:

[...] ficou ruim eu engordei muito, engordei muito e sinto mal, isso é a maior diferença e isso me incomoda, porque eu engordei e também quando né... tira a roupa tem uma certa restrição para dormir com as pessoas, mostrar o corpo [...]. A gordura me preocupa por causa da saúde, isso sim eu gostaria de emagrecer mais.

A gordura corporal é uma grande fonte de incômodo para Maria, que ressalta que se não tivesse acompanhamento teria engordado ainda mais. Ela atribui o ganho de peso ao fato de não estar trabalhando, a ter parado de fumar e à medicação:

[...] mas após o tratamento engordei 12... 13 kg. Se não tivesse acompanhamento, acho que estaria com uns 100 kg. Eu teria engordado muito, mas eu tenho acompanhamento né! [...].

[...] ter engordado um pouco mais, era bem mais fácil... que eu era uma pessoa que nunca fui gorda, sempre fui média... sempre tive meu peso, nunca engordei, eu só engordei após essa cirurgia. Após essa cirurgia que eu engordei. Tive isso após a doença, é a primeira vez que eu estou com quase 80 kg. [...].

A paciente relata que teve um grande aumento de peso, o que a incomoda, pois sua imagem corporal não a satisfaz. Tavares (2003) diz que a imagem corporal é um símbolo que provoca sentimentos de identificação ou rejeição dos sujeitos em relação a determinadas imagens, que são estabelecidas pela sociedade na qual o indivíduo está inserido. Sabe-se que a cultura brasileira preza o corpo perfeito, retilíneo, e, no caso da mulher, com seios fartos. Maria não atende a esses padrões, o que, segundo Becker (1999), faz com que ela sofra uma rejeição social. Verde (2007) demonstra que em geral as paciente submetidas à quimioterapia engordam, aumentando o índice de gordura corpórea entre o antes e o depois do tratamento.

No entanto, parece que Maria não se sente mal em relação ao seu corpo apenas por causa da gordura corporal. A ausência do seio aparece com grande frequência em

seus relatos, sendo até mesmo impedimento de um relacionamento afetivo-sexual:

Mas esses dias as pessoas me perguntaram: ‘você não pretende fazer cirurgia?’ Eu falei: não. ‘Mas porque?’ Eu falei: porque eu não quero arrumar namorado. ‘Mas é por você’. Eu... eu... tô me sentindo muito bem assim, to me sentindo bem mesmo, eu não sinto, não tenho vontade, de enfrentar a cirurgia para fazer... eu não sofro com isso, não sofro [...].

Eu brinco às vezes também que a mastectomia, mutilação, não é muito agradável não de ver. Eu acabei me acostumando... acabei acostumando. Mas eu brinco, evito e digo que talvez eu não arrume namorado, eu não faça isso ou aquilo, porque vai assustar o companheiro né! Vai tirar a roupa: ‘oi... surpresa’ [risos]. Mas sinceramente eu acho que é uma coisa que não me incomoda mais, eu já acostumei tanto que não me incomoda mais. As outras pessoas ficam: ‘você não vai fazer? Não vai fazer?’ [...].

Quando eu fiquei sem mama, eu comecei a comprar roupas largas, camisa de homem largona, eu falei... nunca mais! Quando eu descobri que havia a opção de colocar a mama né, enchimento, que coloca que eu vi que poderia resolver assim, só colocando enchimento, minha vida mudou muito, muito, muito! Aí eu senti que poderia colocar maiô de novo, sabe, sem problema nenhum, engana tranquilamente, porque pra mim, sabe, sem problema nenhum [...].

Mesmo de forma velada, a ausência do seio aparece nos relatos. Maria parece querer demonstrar que não se sente abalada pela perda da mama, mas em algumas falas, essa falta fica evidente, afetando diretamente sua autoimagem e sua sexualidade, o que de acordo com Ferreira e Mamede (2003) é comum acontecer, pois a mutilação da mama favorece o surgimento de muitas questões na vida das mulheres, especialmente aquelas relacionadas à imagem corporal. Para Silva e Santos (2008), a mastectomia não afeta somente a imagem corporal da mulher, mas também e, sobretudo, a autoimagem, pois essa deixa uma marca visível no corpo, onde antes havia um seio, agora há somente um buraco, um vazio, o que remete imediatamente à situação de perda. Cantinelli et al. (2006) esclarecem que a vida sexual da mulher mastectomizada muda radicalmente, e isso parece acontecer com Maria.

De acordo com Ferreira e Mamede (2003), a amputação de qualquer parte externa ou mesmo interna do corpo é traumática, podendo produzir mudança radical na aparência, e, assim, a autoimagem corporal deve ser ajustada a essa nova situação. Essa situação foi vivenciada pela Maria.

Ela demonstra que superou o trauma do processo de tratamento, assim como a

ausência da mama:

Depois com um acompanhamento, no caso dos profissionais, você até consegue enxergar a doença, e brincar, assim, como estou brincando. Claro que não é fácil, mas a gente enfrenta, e enfrenta tão bem. O sofrimento maior são os outros, acho que os outros é que não entendem, que a gente acaba enfrentando, a mesma coisa. A perda, sofre, vai, mas acaba superando... um dia supera. Eu acho que hoje eu superei... supero... superei... essa já superei, tenho receios de outros... mas esse eu superei.

Maria quer demonstrar que superou o trauma do processo de tratamento, assim como a ausência da mama. Isso se deve ao fato de que, possivelmente, ela precisa passar essa imagem às pessoas que a cercam, uma vez que até mesmo os pais dela não conseguiram suportar a doença da filha. Aqui se reporta mais uma vez a Silva, V. (2005), que diz que a pessoa vai dar significado ao câncer, conforme a cultura em que ela está inserida, agregando o conhecimento popular ao científico.

Então é... são as outras pessoas mesmo, elas, tipo, ficam olhando torto pra gente, existe muito preconceito ainda, tanto que meu pai e minha mãe, por exemplo, não falavam nunca, nunca citaram este nome, ficavam tão apavorados, só diziam “a doença”, eles falavam câncer. Hoje não, hoje a gente fala, fica bem mais fácil.

8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência como Nutricionista no Mestrado em Psicologia acrescentou à prática profissional o embasamento teórico necessário à valorização da equipe interdisciplinar em saúde. À época do atendimento à paciente desse estudo de caso, ela reconheceu o benefício das intervenções dos profissionais da clínica, pois se estivesse sozinha teria mais dificuldade para enfrentar a doença e o tratamento.

Foi importante, então, saber como a paciente se percebeu depois de passar por um tratamento radical que teve como conseqüências a alteração do seu peso, mudança na autoimagem e estima. Foi preciso entender e saber o que ela sentiu e pensou sobre o que estava acontecendo consigo mesma.

Verificou-se que Maria passou por todo o processo de sofrimento, adaptação e aceitação do tratamento e suas conseqüências de acordo com os resultados de estudos já publicados sobre a mulher com câncer de mama submetida à mastectomia, pois assim como sofre pelo preconceito em relação à sua doença, sofre antecipadamente quando se pronuncia sobre os efeitos colaterais da quimioterapia.

A autoimagem da paciente desse estudo de caso evidenciou-se como negativa, ou seja, insatisfatória pois além da ausência da mama, o ganho de peso decorrente da medicação, colabora com a autoestima negativa. No entanto, Maria se esforça para mudar esse quadro, pois sua alimentação apresenta-se de forma satisfatória, demonstrando que há uma busca de equilíbrio na alimentação; a mesma relatou comer de marmita e ter em casa frutas, salada, ovo, queijo, leite, café, pão, queijo, margarina light e frios, para o preparo das outras refeições. Faz atividade física, fato que pode aumentar a angústia relacionada com a dificuldade de perder peso.

A alteração da imagem corporal em decorrência do aumento de peso foi para Maria o aspecto mais difícil de ser superado; ela creditou isso a um somatório de motivos: além da quimioterapia, da aposentadoria, da interrupção dos hábitos de estudar, de fumar e de fazer exercícios físicos, ela acrescentou o fato de ter iniciado o uso de tamoxifeno².

Assim, a referida pesquisa pretende contribuir no sentido de oferecer subsídios para a compreensão dos aspectos nutricionais e psicológicos advindos da quimioterapia adjuvante, bem como elucidar a importância de um trabalho

² Sobre a indicação e reações adversas ver pág. 80.

interdisciplinar no acompanhamento, tratamento e apoio às pacientes.

No início desta pesquisa houve dificuldade em encontrar estudos relacionados ao câncer de mama, quimioterapia e aumento de peso, foram pesquisadas as bases de dados BIREME e SCIELO com esses descritores. Este ano, mantendo o ritmo de pesquisa sobre este assunto foram encontrados alguns artigos e capítulos de livros abordando o tema, na área da nutrição. Desta forma, tanto a pesquisa quanto os atendimentos clínicos encontram-se mais adequados no que diz respeito à contribuição junto à equipe quanto ao suporte nutricional e emocional para as pacientes

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A. Impacto da mastectomia na vida da mulher. *Revista da SBPH*, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 99-113, 2006.

ALVES, C. C. et al. Abordagem nutricional no tratamento do paciente oncológico. In: CARVALHO, V. A. (Orgs.). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008. p. 443-455.

ANDRADE, RS; KALNICKI, S e HERON, DE. *Considerações nutricionais em radioterapia*. In: WAITZBERG, DL. *Dieta, nutrição e câncer*. São Paulo: Atheneu, 2006.

BARRETO, J. F. Sistema estomatognático y esquema corporal. *Colombia Médica*, Cali, v. 30, p. 171-178, 1999. Disponível em: <<http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL30NO4/estomato.html>>. Acesso em: 24 mar. 2008.

BARRETO, MRN. *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808–1851)*. Rio de Janeiro, 2005.

BARROS, A. C. Qual a causa do câncer? In: BOFF, R. A.; WISINTAINER, F. (Orgs.). *O que as mulheres querem saber sobre o câncer de mama: as 100 perguntas mais freqüentes*. 2. ed. Caxias do Sul: Mesa Redonda, 2005. p. 35-36.

BARROS, A. C. S. D. Câncer de mama. In: CARVALHO, V. A. (Orgs.). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008. p. 40-45.

BECKER JUNIOR, B. *Manual de psicologia aplicada ao exercício & esporte*. Porto Alegre: Edelbra, 1999.

BERGAMASCO, R. B.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 277-282, 2001.

BIZZARRI, M. *A mente e o câncer: um cientista explica como a mente sabe e pode enfrentar com sucesso a doença*. São Paulo: Summus, 2001.

BOFF, R. A. Como se faz o auto-exame das mamas? In: BOFF, R. A.; WISINTAINER, F. (Orgs.). *O que as mulheres querem saber sobre o câncer de mama: as 100 perguntas mais freqüentes*. 2. ed. Caxias do Sul: Mesa Redonda, 2005. p. 71-73.

BOYD, N. Câncer de mama. In: BLAQUIERE, R. M. et al. (Orgs.). *Manual de oncologia clínica*. 6. ed. São Paulo: Springe Verlag, 1999. p. 360-381.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. *Resolução n. 334 de 10 de maio de 2004*. Dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/codigo/codigo%20de%20etica_nova%20redacao.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2009.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. *Resolução n. 016, de 20 de dezembro de 2000*. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.vademecum.com.br/sbpd/CFP0162000.htm>>. Acesso em: 8 mar. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 9 nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Quimioterapia*. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=101>. Acesso em: 3 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2005. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/estimativa_incidencia_cancer-2006.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2008.

CAMARGO, M. C.; MARX, Â. G. *Reabilitação física no câncer de mama*. São Paulo: Roca, 2000.

CANTINELLI, F. S. et al. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. *Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo)*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 124-133, 2006.

CASTILLO, E. *Epidemias assolam século XXI*. Instituto Beneficente Viva a Vida, 2006. Disponível em: <<http://www.ibvivavida.org.br:80/noticias.asp?id=2729>>. Acesso em: 3 mar. 2008.

CORBELLINI, V. L. Câncer de mama: encontro solitário com o temor de desconhecido. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 42-68, 2001.

COSTA, E. S.; LEAL, I. P. Estratégias de *coping* em estudantes do ensino superior. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 24, n. 2, p. 189-199, 2006.

DE LUCA, L. A.; GONÇALVES, M. F. V. S.; CARVALHO, L. R. Mastalgia cíclica pré-menstrual: placebo versus outras drogas. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 265-269, 2006.

DUARTE, D. L. Como se faz o diagnóstico precoce do câncer de mama. In: BOFF, R. A.; WISINTAINER, F. (Orgs.). *O que as mulheres querem saber sobre o câncer de mama: as 100 perguntas mais frequentes*. 2. ed. Caxias do Sul: Mesa Redonda, 2005. p. 74-75.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, Â. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, Natal, v. 8, n. 1, p. 155-163, 2003.

DUMARD, C. H. *Possíveis complicações no pós-cirúrgico de mastectomia radical e mastectomia radical modificada*. Fisioweb, 2005. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/cancer/cancer_mama_2.htm>. Acesso em: 3 mar. 2008.

- FERNANDES, A. F. C. Corpo, sexualidade e imagem corporal, as mulheres com câncer de mama e sua família. In: _____. *O cotidiano da mulher com câncer de mama*. Fortaleza: Federações Cearenses de Pesquisa e Cultura, 1997. p. 47-253.
- FERNANDES, A. F. C.; MAMEDE, M. V. O surgimento do câncer de mama na visão de um grupo de mulheres mastectomizadas. *Texto & Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 35-40, 2004.
- FERREIRA, M. L. S. M.; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 299-304, 2003.
- FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. Na analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, Albany, v. 21, n. 3, p. 219-239, 1980.
- FONTOURA, C. S. M. et al. Avaliação nutricional de paciente crítico. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 18, n. 3, 2006.
- FREIRE, H. B. G. *Saúde mental, qualidade de vida e estratégias de coping em estudantes universitários da cidade de Campo Grande-MS*. 2006. 187 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.
- FUNGHETTO, S. S.; TERRA, M. G.; WOLFF, L. R. Mulher portadora de câncer de mama: percepção sobre a doença, família e sociedade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 5, p. 528-532, 2003.
- GIGLIO, A. A quimioterapia adjuvante para câncer de mama engorda? *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 238-238, 2004.
- GRUBITS, S.; DARRAULT-HARRIS I. Método qualitativo: um importante caminho no aprofundamento das investigações. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. (Orgs.). *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação*. São Paulo: Vetor, 2004. p. 105-132.
- HALPERN, Z. S. C.; RODRIGUES, M. D. B. *Complexidade do comportamento alimentar*. Não paginado. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/revista/revista24/mecanismos.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2008.
- JESUS, RP; SANTANA, MLP; CONCEIÇÃO, ME; ALVES, CC. *Princípios da Nutrição do Indivíduo Normal*. In: *Dieta, Nutrição e Câncer*. São Paulo: Atheneu, 2006.
- KEBBE, LM. *Desempenho das atividades e imagem corporal: representações sociais de um grupo de mulheres com câncer de mama*. 2006. 158f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2006.
- KNOBEL, E. *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu, 2008.
- LIMA, F. E. L.; FISBERG, R. M.; SLATER, B. Desenvolvimento de um Questionário Quantitativo de Frequência Alimentar (QQFA) para um estudo caso-controle de dieta e câncer de mama em João Pessoa - PB. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 6, n. 4, p.

373-379, 2003.

LIPP, M. N. *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 750-757, 2008.

MALZYNER, A.; CAPONERO, R.; DONATO, E. M. O. D. A metamorfose de uma angústia: o tratamento do câncer da mama de Halsted ao BRCA – 1. In: GIMENES, M. G. G.; FÁVERO, M. H. (Orgs.). *A mulher e o câncer*. Campinas: Livro Pleno, 2000. p. 71-107.

MARTINS, J.; BICUDO, M. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes, 1994.

MATARUNA, L. Imagem corporal: noções e definições. *Revista Digital*, Buenos Aires, ano 10, n. 71, 2004. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd71/imagem.htm>>. Acesso em: 3 mar. 2008.

MELO, E. M. et al. Mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico: um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 21-28, 2002.

MENTOR. *Anatomia da mama*. 1 figura JPG, color 11 x 10 cm. Disponível em: <<http://www.mentorcorp.com/global-pt/images/breast-anatomy.jpg>>. Acesso em: jun. 2009.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

NEGRINI, M. R. *Relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente junto a mulheres mastectomizadas*. 1994. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1994.

NUNES MLT. *Pesquisa qualitativa: abordagem, coleta e análise de dados*. In: Psico-oncologia e interdisciplinaridade: uma experiência na educação à distância. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

NUÑEZ, PRM. *Exercício físico na imagem corporal: o jogo entre o imaginário e o real*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2007.

PARRA, L. *Perfil hereditário de paciente com carcinoma de mama*. Campo Grande: UCDB, 2005.

PORTÃO, V. A. *Alguns aspectos psicológicos da obesidade*. Não paginado. Disponível em: <http://www.cma.med.br/mat_psicologia_00001.asp>. Acesso em: 16 abr. 2008.

PRILL, H. J.; LANGEN, D. *Ginecologia psicossomática: o caminho psicossomático para a prática ginecológica*. São Paulo: ROCA, 1985.

RABIN, E G. *A construção histórica da Psico-oncologia*. IN: AZEVEDO DR; BARROS,

MCM de; MÜLLER, MC. Psico-oncologia e interdisciplinaridade: uma experiência na educação à distância. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

RAMOS, B.F. e LUSTOSA, M. A. *Câncer de mama feminino e psicologia*. Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar. v12. nº1 Rio de Janeiro, Jun 2009.

REGIS, M. F. S.; SIMÕES, S. M. F. Diagnóstico de câncer de mama: sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 7, n. 1, p. 81-86, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/pdf/ORIGINAL_08.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2008.

RIBAS, F. E.; MELO, M. P. Anatomia, histologia e embriologia da mama. In: BOFF, R. A.; WISINTAINER, F. (Orgs.). *Mastologia moderna*. Caxias do Sul: Mesa Redonda, 2006. p. 23-24.

ROCHA, J. C. C.; KAGOHARA, L. T. Oncogenética e farmacogenética. In: GUIMARÃES, J. R. Q. (Org.). *Manual de oncologia*. 2. ed. São Paulo: BBS, 2006. v. 1, p. 57-66.

RUDOLPH, K. D.; DENNING, M. D.; WEISZ, J. R. Determinants and consequences of children's coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, Washington, v. 118, n. 3, p. 328-357, 1995.

SALVAJOLI, JV e SILVA, MLG, 2008. *Radioterapia*. In: CARVALHO, VA de. et al. Temas em Psico-Oncologia. São Paulo: Summus, 2008.

SCHÁVELZON, J. Sobre a psicossomática e câncer. In: MELLO FILHO, J. (Org.). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 215-225.

SHERMAN JÚNIOR, C. D.; HOSSFELD, D. K. Câncer de mama. In: HOSSFELD, D. K. et al. (Eds.). *Manual de oncologia clínica*. 5. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro, 1991.

SIGULEM, D. M.; DEVINCENZI, M. U.; LESSA, A. C. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 76, p. S275-S284, 2000. Suplemento.

SILVA, G.; SANTOS, M. A. “Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 561-568, 2008.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, 2008.

SILVA, M. P. N. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 59-77, 2006.

SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. *O conviver com a mastectomia*. Fortaleza: Editora da Universidade Federal do Ceará, 1998.

SILVA, V. C. E. *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente*. 2005. 218 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SIMONTON, O. C.; MATTHEWS-SIMONTON, S.; CREIGHTON, J. L. *Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer*. São Paulo: Summus, 1987.

SIUFI, A. A. *Efeitos do tamoxifeno sobre a expressão da proteína p27 no endométrio de mulheres na pós-menopausa com carcinoma de mama*. 2002. 91 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002.

SOARES, R. G. *Aspetos emocionais do câncer de mama*. Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Ano 3. n.6. Belo Horizonte, ago 2007- jan 2008.

SOUZA, A.; ABRÃO, C. Aspectos psicológicos da paciente com câncer. In: ABRÃO, F. S. (Orgs.). *Tratado de oncologia genital e mamária*. 2. ed. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. p. 87-91.

SOUZA, M. D. C. A.; HARDT, P. P. Evoluções dos hábitos alimentares no Brasil. *Brasil Alimentos*, São Paulo, n. 5, p. 32-39, 2002. Disponível em: <<http://www.signuseditora.com.br/BA/pdf/16/16%20-%20Habitos%20Alimentares.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2008.

SPEECHLEY, V. *Tudo sobre câncer*. São Paulo: Andrei, 2000.

STRAUB, R. O. *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SULS, J.; DAVID, J. P.; HARVEY, J. H. Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, Durham, v. 64, n. 4, p. 711-735, 1996.

TALHAFERRO, B.; LEMOS, S. S.; OLIVEIRA, E. Mastectomia e suas conseqüências na vida da mulher. *Arquivos de Ciências da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 14, n. 1, p. 18-24, 2007.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 426-435, 2005.

TAVARES, M. C. G. C. *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento*. Barueri: Manole, 2003.

UNIVERSIDADE DO PORTO. *Questionário de frequência alimentar*. Disponível em: <<http://www.higiene.med.up.pt/freq.php>>. Acesso em: 16 abr. 2008.

VEIT, MT e CARVALHO, VA de. *Psico-oncologia: definições e área de atuação*. In: CARVALHO, VA de. et al. *Temas em Psico-Oncologia*. São Paulo: Summus, 2008.

VERDE, S. M. M. L. *Impacto do tratamento quimioterápico no estado nutricional e no comportamento alimentar de pacientes com neoplasia mamária e suas conseqüências na qualidade de vida*. 2007. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

VIANA, V. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 20, n. 4, p. 611-624, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n4/v20n4a06.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2008.

VIÉGAS, C. M. P. Câncer de mama: anatomia topográfica x planos de tratamento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *1º Seminário em radioterapia*. Rezende: INCA, 2001. p. 101-116. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/pqrt/download/tec_int/cap2_p2.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2008.

VILELA, A. L. *Distúrbios alimentares*. Não paginado. Disponível em: <<http://www.afh.bio.br/digest/digest5.asp>>. Acesso em: 16 abr. 2008.

WAITZBERG, DL e DIAS, MCG. *Guia básico de terapia nutricional: manual de boas práticas*. São Paulo: Atheneu, 2007.

WANDERLEY, K. S. Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.). *Introdução à psiconcologia*. Campinas: Editorial Psy, 1994. p. 95-101.

YOUNES, RN. *O câncer*. São Paulo: Publifolha, 2001.

ZECCHIN, R. N. *A perda do seio: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumentos e resultados da coleta de dados

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1) Você poderia fazer o histórico do seu tratamento desde a descoberta até o tratamento atual?

A descoberta foi com um exame de rotina e deu! Apareceu um nódulo, nódulo sólido. Ham... Com isso o ginecologista sugeriu que eu passasse por uma mastologista, chegando lá ela falou: ‘tenho que fazer um exame, a punção. De qualquer forma teremos que tirar o nódulo, nós temos que fazer a punção’. Fiz a punção e veio o resultado positivo para malignidade, foi um... um choque terrível porque eu antes de entregar para o médico euabri o resultado e olhei, quando eu olhei aquilo não sabia se... comecei tremer, eu tava dirigindo e parei, comecei a tremer, minha vida virou de perna pro ar e eu não sabia o que fazer, corri pra casa de uma irmã minha e disse: e agora que tipo de especialista eu tenho que ir, que eu nem sabia da existência de oncologista. Então parecia que eu já queria, nem pensava em cirurgia de tirar o nódulo, eu já queria cair em um especialista de câncer. Aí surgiu que o meu, que a minha irmã comentou que o irmão da nora dela era cirurgião oncologista. Chegando no consultório dele ele organizou a minha bagunça, como ele falou. Partimos então para os exames pré-operatórios, fiz a cirurgia, tirei a... mastectomia no... na mama direita, lá ele fez os exames durante a cirurgia, a cirurgia durou umas 4 ou 5 horas, aguardando o resultado da... do congelamento e da... e fiz. Acordando ele me falou: ‘olha foi como nós prevíamos, tiramos todo e agora passando, cicatrizando vamos passar pela quimioterapia e radioterapia’. O Dr. X que me indicou para o Dr. Y na Neoclin para fazer a quimioterapia. Lá na Neoclin com o Dr. Y eu fiz 4 sessões de quimioterapia a cada 15 dias, depois da quimioterapia eu fiz 35 sessões de radioterapia no hospital universitário com o Dr. Z. Terminando essas sessões faço cada... [há] uns 2 anos cada 3 meses é o acompanhamento, exames né, pra prevenção, acompanhamento. Aí tirei já outros nódulos da outra mama mas deram todos posi... negativos, agora eu acompanho a cada 6 meses, faço os exames a cada 6 meses com o Dr. Y e continuo tomando tamoxifeno.

- 2) Quais as maiores dificuldades que você enfrentou e/ou enfrenta decorrentes do câncer?

A maior dificuldade é enfrentar mesmo a doença. Assim, no início você acha que ninguém está observando, que ninguém sabe, só as pessoas íntimas. Então aí a dificuldade é você aparecer com o cabelo com lenço, ou com o cabelo... sem cabelo, e depois é você tirar a roupa e mostrar também a mutilação, né! Mas a maior dificuldade é assim, você pensa que ninguém tá sabendo, né, é enfrentar essas pessoas porque ainda existe um grande preconceito das pessoas, tanto que é tão, o preconceito é tão grande que eu viajo por exemplo aqui e tem vizinhos que: 'Aí, tá doente de novo? Tá hospitalizada?' Só pensa nisso. É uma doença que assusta e depois você fica tachada. Parece que as pessoas não acreditam na cura dela. Então a maior dificuldade é essa, é o preconceito das pessoas mesmo, que a gente vai aceitando. Entretanto, até hoje você chega em certos lugares e as pessoas dizem: 'ah... e como a Sra. está agora? A Sra melhorou bem!' Tanto que eu nem sabia que ela [a vizinha soubesse]... mas é que um dia ela me viu com um lenço e então, sabe... Aí hoje ela fala: 'como a Sra. está? Melhorou bem'. Até nem imaginava que a pessoa soubesse da sua doença mais ela sabe. 'Que bom que melhorou' Então é... são as outras pessoas mesmo, elas, tipo, ficam olhando torto pra gente, existe muito preconceito ainda, tanto que meu pai e minha mãe, por exemplo, não falavam nunca, nunca citaram este nome, ficavam tão apavorados, só diziam "a doença", eles falavam câncer. Hoje não, hoje a gente fala, fica bem mas fácil. A gente que teve enfrentar mais as outras pessoas. Ainda tem um preconceito muito grande contra o câncer.

- 3) Como você se sente em relação ao seu corpo?

Em relação ao meu corpo, mudou muito porque é... não mostro para muitas pessoas, poucas pessoas já me veem sem roupa, moro sozinha e não tenho ninguém mais... ficou ruim eu engordei muito, engordei muito e sinto mal, isso é a maior diferença e isso me incomoda, porque eu engordei e também quando, né... tira a roupa tem uma certa restrição para dormir com as pessoas, mostrar o corpo, inclusive tem pessoas que se olharem assim de repente até assustam, né, que é feio, né! Mas esses dias as pessoas me perguntaram: 'você não pretende fazer cirurgia?' Eu falei: não. 'Mas, porque?' Eu falei: porque eu não quero

arrumar namorado. ‘Mas é por você’. Eu... eu... tô me sentindo muito bem assim, to me sentindo bem mesmo, eu não sinto, não tenho vontade, de enfrentar a cirurgia para fazer... eu não sofro com isso, não sofro, sempre são as pessoas que põem preconceito em cima da gente. ‘Ah... você engordou, ah... você tem que fazer plástica, você tem que fazer isso’. Eu não penso nisso, não estou preocupada com isso. A gordura me preocupa por causa da saúde, isso sim eu gostaria de emagrecer mais.

- 4) Você percebeu alteração de peso após o tratamento?

Muito... muito até a cirurgia até emagreci um pouco, mas após o tratamento engordei 12... 13 kg. Se não estivesse acompanhamento, acho que estaria com uns 100 kg. Eu teria engordado muito, mas eu tenho acompanhamento, né! Tive acompanhamento na Neoclin, vou citar o nome da Dra, A. [nutricionista] né, se não, eu estaria perdida.

- 5) A que você deve esse ganho de peso?

Aposentei, parei de estudar, mudei a alimentação. Ah... tomo remédio tamoxifeno. Mas eu parei as atividades. Eu trabalhava de manhã, a tarde e a noite, e estou me alimentando bem melhor, então eu acredito... e parei de fumar, que eu fumava também. Eu parei de fumar quando eu descobri a doença, um dia antes da cirurgia, então hoje faz 6 anos que eu parei de fumar.

- 6) Em relação ao seu corpo: quais aspectos você considera mais difíceis de superar?

Para superar... eu acho que é... ter engordado um pouco mais, era bem mais fácil... que eu era uma pessoa que nunca fui gorda, sempre fui média... sempre tive meu peso, nunca engordei, eu só engordei após essa cirurgia. Após essa cirurgia que eu engordei. Tive isso após a doença, é a primeira vez que eu estou com quase 80 kg. Eu brinco às vezes também que a mastectomia, mutilação, não é muito agradável não de ver. Eu acabei me acostumando... acabei acostumando. Mas eu brinco, evito e digo que talvez eu não arrume namorado, eu não faça isso ou aquilo, porque vai assustar o companheiro, né! Vai tirar a roupa: ‘oi... surpresa’ [risos]. Mas sinceramente eu acho que é uma coisa que não me incomoda mais, eu já acostumei tanto que não me incomoda mais. As outras

peçoas ficam: 'você não vai fazer? Não vai fazer?' Minha sobrinha disse: ah! Maria, você sabe que uma mama sua é um pouquinho menor que a outra'. Aí eu falei pra ela, que a Maria não tem uma mama, né! Então, se tá parecendo um pouquinho menor então tá bom, né! o pior é se aparecesse, né! [risos].

7) Você queria mesmo se aposentar?

Sim, quando soube deste direito tive um grande alívio e contentamento. Foi uma compensação. Trabalhava três períodos e estava muito cansada, estafada.

8) Motivo da separação.

Deixamos de caminhar juntos, não tínhamos mais cumplicidade, o amor acabou e ele já tinha interesse em outras mulheres, faltava respeito. Penso que por um bom tempo ele me fazia tortura psicológica (atitudes de indiferença), até eu decidir procurar um advogado e resolver por nós dois. Vivemos quase vinte anos juntos e felizes. Aliás, tínhamos momentos felizes na família. Quando acabou... acabou!

09) Relação paciente x família.

Nossa relação é de muita união. Faço qualquer coisa pela minha família. Costumam dizer que faço muita falta quando estou ausente. Cuidava muito dos meus pais. Os dois morreram na minha presença. Dos oito filhos eu fui a escolhida para assistir este momento muito triste e doloroso. Senti por muito tempo impotência, culpa... Depois entendi que a morte é isso mesmo, vazio... um grande sentimento de impotência. Voltando à família, as crianças gostam muito de mim e eu delas. Quando estamos juntos brincamos, jogamos.

10) Porque não teve filhos.

Quando casamos, fizemos exames pré núpciais, aí já descobrimos a pequena quantidade de espermatozóides porque ele tinha um testículo e o outro era atrofiado. Depois de dez anos começamos os tratamentos, fui pra São Paulo. Com a medicina mais moderna fizemos inseminação (5 vezes), GIFT e bebê de proveta (2 vezes). Sem sucesso, três meses depois engravidei normalmente em casa, mas com três meses perdi. Tivemos esperança de nova gravidez. Não veio mais. Tomei muito hormônio, houve desgaste na relação. Pensava em adotar, não aconteceu. Com vinte anos juntos, dez anos tentando, não aconteceu por quê? Mas sei quando me separei já tinha 44 anos.

11) Como está seu paladar?

Ruim, boca seca e gosto ruim.

12) Você almoça em restaurante, e o resto da sua alimentação diária?

Trago marmitta do restaurante para o almoço e às vezes jantar. Tenho em casa frutas, saladas, ovo, queijo, leite, café, pão, queijo, margarina light, frios. Eu preparo as outras refeições.

13) Quando fumava, qual era a frequência de cigarros e o que sentia enquanto fumava.

Eu fumava uma carteira por dia. Sentia prazer e estava matando uma grande vontade, desejo.

14) Que horas você dorme?

Durmo entre 23h e 02h da madrugada, e acordo entre 08h e 10h da manhã.

15) Atividade no decorrer do dia.

Cuido de mim, da minha casa, minhas roupas, minhas refeições, meus problemas, minhas contas. Assisto televisão, caminho. Falo pessoalmente ou por telefone com a minha família (irmãos, irmãs, sobrinhas, cunhados). Agora cuido muito da minha saúde, gosto de ler, cinema, shopping, música e estou começando usar internet.

16) Fale o que estiver com vontade.

Há três meses estou de dieta, já emagreci 10kg; estou tomando cloridrato de sibutramina de 15mg. Pela primeira vez voltei o mesmo peso de quando comecei a quimioterapia.

17) Você quer fazer algum comentário antes da conclusão da entrevista, se assim desejar?

Algum comentário... não! Eu gostaria de dizer que no momento que você está doente, é uma coisa complicada, mas é tão... Depois com um acompanhamento, no caso dos profissionais, você até consegue enxergar a doença, e brincar, assim, como estou brincando. Claro que não é fácil, mas a gente enfrenta, e enfrenta tão bem. O sofrimento maior são os outros, acho que os outros é que não entendem, que a gente acaba enfrentando, a mesma coisa. A perda, sofre, vai, mas acaba superando... um dia supera. Eu acho que hoje eu superei... supero... superei... essa já superei, tenho receios de outros... mas esse eu superei.

Quando eu fiquei sem mama, eu comecei a comprar roupas largas, camisa de homem largona, eu falei... nunca mais! Quando eu descobri que havia a opção de colocar a mama, né, enchimento, que coloca que eu vi que poderia resolver assim, só colocando enchimento, minha vida mudou muito, muito, muito! Aí eu senti que poderia colocar maiô de novo, sabe, sem problema nenhum, engana tranquilamente, porque pra mim, sabe, sem problema nenhum, porque às vezes você tem que dizer. Antes o Dr. Y queria que eu fizesse a cirurgia, agora, tipo, vamos deixar quieto, né, ele já viu e sabe da minha opinião. O Dr. X que fez a cirurgia, ele queria me levar para o Rio, em um cirurgião amigo dele, para ver,

sabe, porque eu acho que meu sobrinho, que é o cunhado dele, ele sempre fez, e pergunta: 'porque ela não faz?' Ele já fez lipo, ele é todo cheio de coisa, 'porque você não faz? Faz'! Aí eu disse: eu não quero, eu me adaptei a colocar maiô, que posso adaptar a mama, então sabe, aí eu pego uns decotados, aí eu fecho, molho. Hoje coloquei essa blusa, ta aparecendo isso aqui, isso não precisa aparecer, eu não coloco roupa decotada, eu nunca mostro esse buraco, só gosto para ficar em casa. Mas sempre que saio, coloco uma roupa... colocando um decote a pessoa não percebe nada só quando mexe muito o braço, aí percebe que a mama ficou um pouquinho menor. Mas quando eu percebi que tinha aquela oportunidade, nunca pensei em cirurgia na minha vida. Resolvi colocar aquela mama que lava, suja, é barata hoje custa \$20 reais. Comprei a de silicone e não é tão igual quanto essa aqui de enchimento mesmo. Então superou, porque claro que daí, sim, claro que a minha mama, minha mama é muito grande, a minha preocupação era essa, como é que agora eu vou ficar com essa mama enorme e essa totalmente sem, porque eu nem pensava em fazer [a cirurgia plástica], nem no primeiro momento.

APÊNDICE B – Ficha de Anamnese

Nome: *Maria** Ano nascimento: *1952*
 Natural/Estado: *RS* Escolaridade: *Superior*
 Estado Civil: *Divorciada* Há quanto tempo: *12 anos*
 Cidade: *Campo Grande* Estado: *MS*
 Profissão: *professora aposentada* Renda mensal: *\$ 4.000,00*
 Filhos: [] sim [X] não Quantos:..... Qual a idade:.....
 Trabalha: [] sim [X] não Qual ocupação: *aposentada*
 Está trabalhando no momento: [] sim [X] não Renda familiar: *R\$ 4.500,00*
 Peso atual: *78 kg* Altura: *163 cm*
 Religião: *Católica* Fuma? [] sim [X] não
 Faz uso de bebida alcoólica? [] sim [X] não
 Tem informação sobre o câncer de mama, as campanhas de prevenção, e métodos diagnósticos? [X] sim [] não
 Qual foi o seu tipo de cirurgia: *mastectomia unilateral direito*
 Quanto tempo demorou a cirurgia: *aproximadamente 5 horas*
 Quais medicações esta tomando neste momento: *Tamoxifeno*
 Por quanto tempo fez quimioterapia: *4 sessões a cada 15 dia*
 Há quanto tempo parou de fazer a quimioterapia: *há 5 anos*
 Faz fisioterapia: [] sim [X] não
 Quantas vezes por semana: *por pouco tempo logo que operou*
 Faz acompanhamento psicológico: [X] sim [] não Obs.: *fez por 3 anos*
 Faz atividade física, massagem: *caminhada diariamente*

Assinale as alternativas abaixo:

Patologia	Sim	Não	Patologia	Sim	Não
Pressão alta	-	X	Triglicérides alto	-	X
Diabetes	-	X	Ácido úrico	-	X
Gastrite	-	X	Alergia alimentar. Qual alimento? -	-	X
Úlcera	-	X	Problemas cardíacos. Qual? -	-	X
Prisão de ventre	X	-	Problemas renais. Qual? -	-	X
Diarréia	-	X	Problemas respiratórios. Qual? <i>Rinite/sinusite</i>	X	-
Colesterol alto	-	X	Problemas hepáticos. Qual? -	-	X

*Nome alterado para preservar a identidade da paciente

APÊNDICE C – Semanário Alimentar

Dia 1

Desjejum	<ul style="list-style-type: none"> • Mamão • Pão integral • Margarina light • Café com leite
Colação	<ul style="list-style-type: none"> •
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> • Salada de repolho, alface, rúcula, couve, tomate, cebola, cenoura, beterraba • Frango à milanesa • Arroz • Bobó de frango
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> • Banana
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> • Frango à milanesa • Pão integral • Margarina light • Café com leite
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> • Mexerica

Dia 2

Desjejum	<ul style="list-style-type: none"> • Mamão • Pão integral • Margarina light • Café com leite
Colação	<ul style="list-style-type: none"> •
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> • Salada de couve, rúcula, alface • Lasanha • Feijão • Arroz • Laranja • Frango grelhado
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> • Banana • Mexerica
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> • Frango grelhado • Pão integral • Café com leite
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> • Mexerica • Ameixa

Dia 3

Desjejum	<ul style="list-style-type: none"> • Mamão • Pão integral • Margarina light • Café com leite • Queijo minas
Colação	<ul style="list-style-type: none"> •
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> • Salada de maionese, rúcula, alface, couve flor com creme • Churrasco (lingüiça de frango, carne, costela) • Cerveja e coca-cola
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> • Banana
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> • Pão integral • Margarina light • Café com leite
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> • Ameixa • Mexerica

Dia 4

Desjejum	<ul style="list-style-type: none"> • Mamão • Pão integral • Margarina light • Café com leite • Queijo minas
Colação	<ul style="list-style-type: none"> •
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> • Salada de alface, rúcula, rabanete, couve flor com creme • Arroz • Feijão • Bife
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> • Banana • Mexerica
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> • Pão integral • Margarina light • Café com leite • Ovo cozido
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> • Mexerica

Dia 5

Desjejum	<ul style="list-style-type: none"> • Mamão • Pão integral • Margarina light • Café com leite • Queijo minas
Colação	<ul style="list-style-type: none"> •
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> • Salada de couve, tomate, repolho, alface, cenoura, chuchu • Arroz • Feijão • Carne de panela
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> • Banana
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> • Pão integral • Margarina light • Café com leite • Queijo minas
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> • Mexerica

Dia 6

Desjejum	<ul style="list-style-type: none"> • Suco de laranja • Café com leite • Bolacha água e sal com margarina
Colação	<ul style="list-style-type: none"> •
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> • Salada de alface, repolho, couve, tomate, cenoura • Quiabo refogado • Costela • Arroz • Feijão • Suco de limão
Lanche	<ul style="list-style-type: none"> • Mamão • Banana
Jantar	<ul style="list-style-type: none"> • Pão integral • Margarina light • Café com leite • Queijo minas
Ceia	<ul style="list-style-type: none"> • Suco de limão • Mexerica

Dia 7

Desjejum	<ul style="list-style-type: none">• Mamão• Pão integral• Margarina light• Café com leite• Queijo minas
Colação	<ul style="list-style-type: none">•
Almoço	<ul style="list-style-type: none">• Salada de repolho com abacaxi, alface, cenoura, batata, chuchu• Peixe• Arroz• Feijão
Lanche	<ul style="list-style-type: none">• Uva• Banana
Jantar	<ul style="list-style-type: none">• Peixe• Queijo minas• Pão integral• Margarina light
Ceia	<ul style="list-style-type: none">• Uva• Mexerica

APÊNDICE D – Medicação Consumida

Paciente = *Maria*

1ª consulta médica = 1/10/2003

1ª consulta com a nutricionista = 16/3/2004

Peso: 71 kg

Peso: 71 kg

Medicamento	Indicação	Reações adversas
Adriblastina	Promove regressão de várias neoplasias, tais como: carcinoma de mama, pulmão, bexiga, tireóide e ovário; sarcomas ósseos e de tecidos moles; linfomas de Hodgkin e não-hodgkin; neuroblastoma, tumor de wilms, leucemia	Mielossupressão e cardiotoxicidade são as duas maiores reações adversas, alopecia, estomatite, náusea, vômito, diarreia, febres, calafrios, urticárias
Cardioxane	Redução da incidência e gravidade das cardiomiopatias associadas com a administração da doxorubicina em pacientes sob tratamento quimioterápico	Acentuação da leucopenia e trombocitopenia, náuseas, vômitos, alopecia, elevações transitórias dos valores da função hepática
Decadron	Anti-inflamatório, antialérgico, antirreumático	Infecções fúngicas sistêmicas, hipersensibilidade a sulfitos ou a qualquer outro componente do medicamento (vide item “Advertências”) e administração de vacinas de vírus vivo (vide item “Advertências”)
Dextrovitase	Medicação energética e estimulante das defesas do organismo	Raramente ocorre irritação venosa no local; altas doses podem interferir com o metabolismo de outros membros vitamínicos do grupo B e podem precipitar os sintomas de outros estados de deficiência em pacientes mal nutridos
Fenergan	Tratamento sintomático de todos os distúrbios incluídos no grupo das reações anafiláticas e alérgicas; prevenção de vômitos pós-operatório e enjôos de viagens; pode ser utilizado na pré-anestesia e na potencialização de analgésicos devido à sua ação sedativa	Sonolência, tontura, confusão mental, secura da boca, náuseas, e vômitos, leucopenia, bradicardia ou taquicardia
Genuxal	Linfomas malignos, mieloma múltiplo, leucemias, mycosis	Leucopenia, anemia, anorexia, náuseas, vômito, amenorréia,

Medicamento	Indicação	Reações adversas
	fungoides, neuroblastoma, adenocarcinoma de ovário, retinoblastoma, carcinoma de mama, neoplasias de pulmão	retenção inapropriada de líquidos
Granuloquine	Indicado para redução da neutropenia e incidência da neutropenia febril nos pacientes com neoplasias não mielóides tratados com quimioterapia citotóxica	Dor músculo-esquelética, em geral discreta ou moderada e ocasionalmente severa; anormalidades urinárias; hipotensão transitória (sem necessidade de tratamento clínico)
Navoban	Prevenção de náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia do câncer	Cefaléia, obstipação, tontura, fadiga, dor abdominal, diarreia
Omeprazol	Tratamento de úlcera gástrica e duodenal, tratamento de esofagite de refluxo	Cefaléia, diarreia, constipação, dor abdominal, náusea, vômitos, flatulência
Tamoxifeno	Tratamento paliativo e/ou adjuvante do carcinoma mamário hormonodependente e de suas metástases. Também é indicado no tratamento da infertilidade anovulatória.	Ondas de calor, sangramento ou corrimento vaginal, prurido vulvar, intolerância gastrointestinal, náuseas e vômitos, anorexia, dor localizada, cefaléia, tontura, erupção cutânea e pele seca, e, às vezes, retenção de fluídos, edema periférico, irregularidades menstruais, exantema.

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa que consiste em identificar as relações entre tratamento de câncer de mama, aumento de peso e imagem corporal sob o título “Câncer de mama: Imagem Corporal X Ganho de Peso”. Este estudo será conduzido pela pesquisadora-mestranda Daniela Nogueira e é pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), sob orientação da Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire.

Se concordar, você irá participar de uma entrevista que será realizada na NEOCLIN. Ela consta de: ficha de anamnese clínica, recordatório de 24 horas, entrevista aberta com questões sobre o histórico da patologia, diagnóstico e tratamento, imagem corporal e dificuldades enfrentadas.

Solicitamos sua autorização para que suas respostas sejam gravadas, o que permitirá a realização da transcrição íntegra e detalhada do conteúdo da sua entrevista.

Esteja segura do completo sigilo dos dados. Sua participação é voluntária, e você tem plena liberdade para desistir de participar, a qualquer momento da pesquisa, sem sofrer consequência alguma.

Você pode fazer todas as perguntas que julgar necessárias, antes de concordar em participar do estudo. Os resultados da pesquisa serão publicados sem revelar sua identidade e utilizados com finalidade estritamente acadêmica, em dissertação de mestrado desta pesquisadora e em revistas e eventos, todos de caráter científico.

Eu, portador do documento de identidade nº, declaro que li e entendi todas as informações referentes ao presente estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas, bem como as dúvidas esclarecidas.

Campo Grande, de de

.....
Assinatura

Universidade Católica Dom Bosco
Comitê de Ética em Pesquisa
UCDB
(67) 312-3614

Daniela Nogueira
(Pesquisadora)
(67) 8403-9353

Helôisa Bruna Grubits Freire
(Orientadora)
UCDB
(67) 3312-3605

APÊNDICE F – Termo de Compromisso do Pesquisador

Eu, Daniela Nogueira, Pós-Graduanda em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, pesquisadora da dissertação “Câncer de Mama: Imagem Corporal X Ganho de Peso”, sob a orientação da Profª Drª Heloisa Bruna Grubits Freire, comprometo-me a cumprir os termos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Por ser verdade, comprometo-me.

Campo Grande, de de

.....
Daniela Nogueira – Nutricionista
Mestranda em Psicologia da UCDB

APÊNDICE G - Declaração

Declaro para devidos fins que divulgarei e tornarei público os resultados da pesquisa intitulada “Câncer de Mama: Imagem Corporal X Ganho de Peso”, independentemente dos resultados serem favoráveis ou não.

Declaro também que sou a única responsável pela presente pesquisa, sob a orientação da Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire.

Por ser verdade, firmo o presente.

Campo Grande, de de

.....
Daniela Nogueira – Nutricionista
Mestranda em Psicologia da UCDB

ANEXO A - Autorizações para Realização da Pesquisa

DECLARAÇÃO DA NEOCLIN – GRUPO DE ONCOLOGIA

Declaro para devidos fins que a Nutricionista Daniela Nogueira, mestranda em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, está autorizada a realizar sua pesquisa “Câncer de Mama: Imagem Corporal X Ganho de Peso”, na NEOCLIN – Grupo de oncologia.


Por ser verdade firmo o presente.

Campo Grande – MS, 06 de Julho de 2009.



Dr. Estelito A. Cordeiro da Costa
Cirurgião Pediatra
ONCOCLINIC – Oncologia da Universidade Libero
CNPJ nº 01.891.798/0001-77

ANEXO B - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa

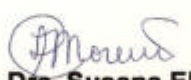


Missão Salesiana de Mato Grosso
Universidade Católica Dom Bosco
Instituição Salesiana de Educação Superior

Campo Grande, 03 de julho de 2009.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto **“Câncer de mama: imagem corporal e ganho de peso”** sob a responsabilidade de **Daniela Nogueira**, orientação da Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire, protocolo nº **059/2008B**, após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado aprovado sem restrições.


Prof. Dra. Susana Elisa Moreno
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco

Av. Tomadoré 6000 - Jardim Seminário - Campo Grande / MS - CEP 79117-900 - (67) 3312-3300 / 3312-3800 - www.ucdb.br

04160152-1