



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS - FAEFID**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

**Ana Cláudia Dias Sousa Figueiredo**

**CÂNCER, MULHER, OBESIDADE: DISCURSOS SOCIAIS**

**JUIZ DE FORA**  
**2014**

**ANA CLÁUDIA DIAS SOUSA FIGUEIREDO**

**CÂNCER, MULHER, OBESIDADE: DISCURSOS SOCIAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Educação Física.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Lúcia Ferreira

Juiz de Fora  
2014

Figueiredo, Ana Claudia Dias Sousa.  
Câncer, mulher, obesidade : Discursos sociais / Ana Claudia  
Dias Sousa Figueiredo. -- 2014.  
83 f.

Orientadora: Eliana Lúcia Ferreira  
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de  
Juiz de Fora, Faculdade de Educação Física. Programa de Pós-  
Graduação em Educação Física, 2014.

1. Câncer de mama. 2. Obesidade. 3. Prognóstico. 4.  
Atividade física. 5. Análise do Discurso. I. Ferreira, Eliana  
Lúcia , orient. II. Título.

**ANA CLÁUDIA DIAS SOUSA FIGUEIREDO**

**CÂNCER, MULHER, OBESIDADE: DISCURSOS SOCIAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Educação Física.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Lúcia Ferreira

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Eliana Lúcia Ferreira- Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Profa. Dra. Rosangela Morello  
Instituto de Investigação e Desenvolvimento em Política Linguística

---

Profa. Dra. Ângela Maria Gollner  
Universidade Federal de Juiz de Fora

## **AGRADECIMENTOS**

Hoje entendo quão importante é o tempo que ficamos ausentes para o nosso aprimoramento profissional.

Ao meu filho, por entender e saber compreender a minha eterna ausência. Peço a Deus que ele entenda a importância de lutar pelo seu ideal.

Peço desculpas, pela ausência, ao meu marido Ivan, e agradeço sua compreensão, pela minha falta como esposa e companheira.

À Livia Fabiana Saço e Roberta Nogueira Furtado Ferreira, que tanto contribuíram para que eu não desistisse no meio desta caminhada. Ao meu cunhado, Prof. Vinícius Damasceno, que muito me engrandeceu com seus conhecimentos em metodologia e estatística.

A todos que compõem e trabalham na FAEFID, pelo acolhimento e paciência.

Faço aqui o meu agradecimento especial à minha amiga e orientadora, Profa. Dra. Eliana Lúcia Ferreira, que me aceitou como orientanda e acreditou no meu potencial. Estarei sempre em dívida com você.

Por fim, e tão importante para a minha formação e perseverança, aos meus pais, Edson José Alves de Sousa e Rosa Inez Dias Alves de Sousa, que me ensinaram a sempre lutar pelos meus objetivos.

A Deus e às minhas amigas PACIENTES, tão queridas, que me ensinaram a lutar pela vida e me mostraram a importância do meu trabalho.

“Se essa é a estrada a ser percorrida, a escolha é passar por ela um dia de cada vez, nos trechos bons e ruins, em conexão com o lado mais saudável da jornada, rindo com os tropeços e as quedas, para encontrar em si mesmo a força de se levantar e fazer disso uma história para ser compartilhada com o mundo. Boa jornada!”

Wellington Nogueira (Fundador da ONG Doutores da Alegria no Brasil).

## RESUMO

O câncer de mama e a obesidade são doenças crônicas de grande prevalência na população feminina brasileira. Essas patologias interferem no completo bem estar físico, social e mental das mulheres. A obesidade interfere negativamente no prognóstico das pacientes tratadas com câncer de mama e na relação da mulher com o seu corpo. Nesse sentido, a busca pela saúde precisa ser compreendida pelos profissionais que cuidam desse grupo da mesma forma que os diferentes discursos que emergem dessas mulheres durante o tratamento. O presente estudo pretende, então, verificar a prevalência da obesidade no grupo de mulheres em tratamento de câncer de mama, através das medidas antropométricas realizadas nesse período terapêutico, assim como no comportamento frente à atividade física. Para tanto, esta dissertação é apresentada sob a forma de três artigos: o primeiro, intitulado "Prevalência da obesidade em mulheres tratadas do câncer de mama em uma UNACOM em Juiz de Fora", se propôs a averiguar a preponderância de pré-obesos e obesos nesse grupo. O segundo artigo, sob o título "Associação entre variáveis antropométricas e o tratamento para o câncer de mama", teve o propósito de verificar a variação do índice de massa corpórea (IMC) e a circunferência da cintura (CC) – mensurados antes do início do tratamento adjuvante e após um ano do término da radioterapia – e a associação dessa variação com o tratamento do câncer de mama. O grupo analisado permaneceu com sobrepeso e obeso durante todo o processo de cura, apresentando um risco aumentado para doenças cardiovasculares e um prognóstico desfavorável. Nos dois artigos supracitados, a metodologia aplicada foi quantitativa, por meio do cálculo das frequências, médias e desvios-padrão. Foram utilizados o teste Qui-Quadrado para verificar a associação entre as variáveis antropométricas e fatores relacionados ao câncer e o teste "T" Student pareado a fim de identificar a diferença das variáveis no pré e pós-tratamento, respectivamente. No terceiro artigo, apresentado sob o título "Meu corpo com câncer atravessado pela atividade física", buscou-se analisar os discursos das mulheres nas entrevistas realizadas durante o tratamento em relação à prática da atividade física/corporal, a informação dada pela equipe multidisciplinar sobre os prejuízos que o câncer e o seu tratamento trazem e os benefícios da prática de uma atividade física/corporal para a saúde. Constatou-se, com isso, uma deficiência de informação e comunicação pela equipe de saúde que promove o tratamento e cuida da saúde do grupo em estudo. A atividade física/corporal é uma intervenção eficaz que deveria ser propagada como intervenção positiva na busca de um corpo saudável e como estratégia de melhora do prognóstico frente ao câncer de mama, visto que as pacientes permaneceram com sobrepeso ou obesas durante todo o tratamento.

**Palavras-chave:** Câncer de mama. Obesidade. Prognóstico. Atividade Física. Análise do Discurso.

## ABSTRACT

Breast cancer and obesity are chronic diseases of high prevalence among women in Brazil. These conditions interfere with the complete physical, mental and social well-being of women. Obesity adversely affects the prognosis of patients treated with breast cancer and the woman's relationship with her body. In this sense, the search for health needs to be understood by professionals who care that the same way that the different discourses that emerge from these women during the treatment group. This study, then, aims to determine the prevalence of obesity in the group of women treated for breast cancer by using anthropometric measurements in therapeutic period, and in front of the physical activity behavior. To this end, this dissertation is presented in the form of three articles: the first, entitled "Prevalence of obesity in women treated for breast cancer in a UNACOM in Juiz de Fora", aimed to determine the prevalence of pre-obese and obese the second article in this group, under the title "Association between anthropometric variables and treatment for breast cancer", aimed to verify the change in body mass index (BMI) and waist circumference (WC) - measured before the start of adjuvant treatment and one year after the end of radiotherapy - and the association of this variation with the treatment of breast cancer. The group analyzed remained overweight and obese throughout the healing process, an increased risk for cardiovascular disease and a poor prognosis. In the above two articles, the methodology was quantitative by calculating the frequencies, means and standard deviations. Chi-square test were used to assess the association between anthropometric variables and factors related to cancer and the "T" paired Student test to identify the difference of the variables before and after treatment, respectively. In the third article, presented under the title "My body with cancer restricted by physical activity", we sought to analyze the discourses of women in interviews during treatment in relation to physical / bodily activity, the information given by the multidisciplinary team on the damage that cancer and its treatment and bring the benefits of practicing a physical activity / body health. It was found, therefore, a deficiency of information and communication by healthcare promoting treatment and care of the health of the group under study. The physical / bodily activity is an effective intervention that should be propagated as positive intervention in the pursuit of a healthy body and how to improve the prognosis with breast cancer strategy, since the patients were overweight or obese throughout treatment.

**Key words:** Breast Cancer. Obesity. Prognosis. Physical Activity. Discourse Analysis.

## LISTA DE QUADROS

1 INTRODUÇÃO .....	17
3.1 INTRODUÇÃO.....	41
3.2 MATERIAIS E MÉTODOS .....	42
FIGURA 1 – DESENHO DO ESTUDO.....	45
3.3 RESULTADOS .....	45
TABELA 2 - VALORES MÉDIOS DE ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) NO PRÉ E PÓS-TRATAMENTO.....	47
TABELA 3 - VARIÁVEIS INDICADORAS DE RISCO CARDIOVASCULAR E SEUS RESPECTIVOS ÍNDICES (N=65) .....	47
TABELA 4 - VARIAÇÃO DA MEDIDA ANTROPOMÉTRICA DO IMC PÓS(KG/M <sup>2</sup> ) COM RELAÇÃO AO USO DO TAMOXIFENO.....	48
TABELA 6 - PERCENTUAL RELATIVO À VARIAÇÃO DE PESO NO PRÉ E PÓS TRATAMENTO PARA O CÂNCER.....	49
3.4 DISCUSSÃO.....	49
3.5 CONCLUSÃO.....	51
4 ARTIGO C - O CÂNCER DE MAMA EM UM CORPO ATRAVESSADO PELA ATIVIDADE FÍSICA.....	55
4.1 INTRODUÇÃO.....	58
4.2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	60
QUADRO 1 - DISCURSOS DOS SUJEITOS SOBRE A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA ANTES E APÓS O TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE MAMA.....	62
FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA (2014).....	64
4.3 DISCUSSÃO.....	66
QUADRO 2: MODELO PROPOSTO POR PÊCHEUX (1975).....	66
QUADRO 4 - MARCAS ENUNCIATIVAS QUE PARAFRASEIAM OS EFEITOS COLATERAIS DO TRATAMENTO/ IMPACTO PSÍQUICO-SOCIAL.....	67
KAPPAUN, N. R. C.; FERREIRA, M. E. C. A IMAGEM CORPORAL DE MULHERES MASTECTOMIZADAS. HU REVISTA, V. 34, N. 4, P. 243-248, 2008.....	74
KOURY, M. G. P. IDENTIDADE E PERTENÇA: ESTILO DE VIDA E DISPOSIÇÕES MORAIS E ESTÉTICAS EM UM GRUPO DE JOVENS. RUA, V. 1, N. 14, 2008. DISPONÍVEL EM: < <a href="http://www.labeurb.unicamp.br/rua/pages/home/lerartigo.rua?id=62&amp;pagina=24">HTTP://WWW.LABEURB.UNICAMP.BR/RUA/PAGES/HOME/LERARTIGO.RUA?ID=62&amp;PAGINA=24</a> >. ACESSO EM: 24 MAI. 2014.....	74
LAMINO, D. A; MOTA, D. D.; PIMENTA, C. A. M. PREVALÊNCIA E COMORBIDADES DE DOR E FADIGA EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA. REV ESC ENFERM, USP, V. 45, N. 2, P. 508-514, 2011.....	74
LEITE, F.M.C. ET AL. MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO COM TAMOXIFENO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO. REV BRAS CANCER, V. 57, N.1, P. 15-21, 2011. ....	74
_____. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E RELAÇÃO COM CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA. ACTA PAUL ENFERM, V. 25, N. 2, P. 211-217, 2012. ....	74
LYNCH, B. M. SEDENTARY BEHAVIOR AND CANCER: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE AND PROPOSED BIOLOGICAL MECHANISMS. CANCER EPIDEMIOLOGICAL BIOMARKERS PREV, V. 9, N. 11, P. 2691-2709, 2010.....	74
MACEDO, L.C. ET AL. ANÁLISE DO DISCURSO: UMA REFLEXÃO PARA PESQUISAR EM SAÚDE. INTERFACE, V. 12, N. 26, P. 649-657, 2008. ....	74

MARTINS, L.C.; FILHO, C.F.; GIGLIO, A.D.; MUNHOES, D.A.; TEVIZAN, L.L.B.; HERBEST, L.G.; ET AL. DESEMPENHO PROFISSIONAL OU DOMÉSTICO DAS PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA PARA CÂNCER DE MAMA. REV ASSOC MED BRAS, V. 55, N. 2, P. 158-162, 2009. ....	74
MARUYAMA, S. A. TET AL. O CORPO E A CULTURA COMO O LOCUS DO CÂNCER. COGITARE ENFERM, V. 11, P. 171-175, 2006.....	74
MCTIERNAN, A.; IRWIN, M.L.; VONGRUENIGEN, V.; WEIGHT, PHYSICAL ACTIVITY, DIET, AND PROGNOSIS IN BREAST AND GYNECOLOGIC CANCERS. JCO, V. 28, P. 26, P. 4074-4080, 2010. ....	74
ORLANDI, E.P. ANÁLISE DE DISCURSO: PRINCÍPIOS E PROCEDIMENTOS. 9. ED. SÃO PAULO, CAMPINAS: EDITORA PONTES, 2010.....	74
ROJAS-RAJS, S. O.; SOTO, E. J. HEALTH COMMUNICATION AND HEALTHY LIFESTYLES: CONTRIBUTIONS TOWARDS REFLECTION ON COLLECTIVE HEALTH. INTERFACE, V. 17, N. 46, P. 587-599, 2013. ....	74
SAÇO, L. F., FERREIRA, E. L. MULHERES COM CÂNCER E SUA RELAÇÃO COM A ATIVIDADE FÍSICA. REV BRAS CIENC E MOV, V. 18, N. 4, P. 11-17, 2010.....	74
SCHMITZ, K.H. ET AL. AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE ROUNDTABLE ON EXERCISE GUIDELINES FOR CANCER SURVIVORS. MED SCI SPORTS EXERC, V. 43, N. 1, P. 1409-1425, 2010. ....	75
SILVA, G. PROCESSO DE ENFRENTAMENTO NO PERÍODO PÓS-TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA. DISSERTAÇÃO(MESTRE EM CIÊNCIAS)- FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO-UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2005.....	75
SPINOLA, A.V.; MANZZO; I.S.; ROCHA, C.M.; AS RELAÇÕES ENTRE EXERCÍCIO FÍSICO E ATIVIDADE FÍSICA E O CÂNCER. CONSCIENTIA E SAÚDE, V. 6, N. 1, P. 39-48, 2007. ....	75
VIEIRA, C. P.; QUEIROZ, M. S. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CÂNCER FEMININO: VIVÊNCIA E CONTEXTO INSTITUCIONAL. PSICOL SOCI., V. 18, P. 63-70, 2006. ....	75
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	76
REFERÊNCIAS.....	78
<b>#4720 AVALIAÇÃO .....</b>	<b>83</b>
<i>Submissão: Revista Brasileira de Ciência e Movimento .....</i>	<i>83</i>
<i>Por Pares .....</i>	<i>83</i>
<i>Rodada 1 .....</i>	<i>83</i>
<i>Decisão Editorial .....</i>	<i>83</i>
<b>ARTIGO SUBMETIDO À AVALIAÇÃO .....</b>	<b>84</b>
<b>#4783 SUMÁRIO .....</b>	<b>84</b>
<b>SUBMISSÃO: REVISTA CONSCIENTIA E SAÚDE .....</b>	<b>84</b>
<i>Situação .....</i>	<i>84</i>
<i>Metadados da Submissão .....</i>	<i>84</i>



## LISTA DE TABELAS

1 INTRODUÇÃO .....	17
3.1 INTRODUÇÃO.....	41
3.2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	42
FIGURA 1 – DESENHO DO ESTUDO.....	45
3.3 RESULTADOS .....	45
TABELA 2 - VALORES MÉDIOS DE ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) NO PRÉ E PÓS-TRATAMENTO.....	47
TABELA 3 - VARIÁVEIS INDICADORAS DE RISCO CARDIOVASCULAR E SEUS RESPECTIVOS ÍNDICES (N=65) .....	47
TABELA 4 - VARIAÇÃO DA MEDIDA ANTROPOMÉTRICA DO IMC PÓS(KG/M <sup>2</sup> ) COM RELAÇÃO AO USO DO TAMOXIFENO.....	48
TABELA 6 - PERCENTUAL RELATIVO À VARIAÇÃO DE PESO NO PRÉ E PÓS TRATAMENTO PARA O CÂNCER.....	49
3.4 DISCUSSÃO.....	49
3.5 CONCLUSÃO .....	51
4 ARTIGO C - O CÂNCER DE MAMA EM UM CORPO ATRAVESSADO PELA ATIVIDADE FÍSICA.....	55
4.1 INTRODUÇÃO.....	58
4.2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	60
QUADRO 1 - DISCURSOS DOS SUJEITOS SOBRE A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA ANTES E APÓS O TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE MAMA.....	62
FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA (2014).....	64
4.3 DISCUSSÃO.....	66
QUADRO 2: MODELO PROPOSTO POR PÊCHEUX (1975).....	66
QUADRO 4 - MARCAS ENUNCIATIVAS QUE PARAFRASEIAM OS EFEITOS COLATERAIS DO TRATAMENTO/ IMPACTO PSÍQUICO-SOCIAL.....	67
KAPPAUN, N. R. C.; FERREIRA, M. E. C. A IMAGEM CORPORAL DE MULHERES MASTECTOMIZADAS. HU REVISTA, V. 34, N. 4, P. 243-248, 2008.....	74
KOURY, M. G. P. IDENTIDADE E PERTENÇA: ESTILO DE VIDA E DISPOSIÇÕES MORAIS E ESTÉTICAS EM UM GRUPO DE JOVENS. RUA, V. 1, N. 14, 2008. DISPONÍVEL EM: < <a href="http://www.labeurb.unicamp.br/rua/pages/home/lerartigo.rua?id=62&amp;pagina=24">HTTP://WWW.LABEURB.UNICAMP.BR/RUA/PAGES/HOME/LERARTIGO.RUA?ID=62&amp;PAGINA=24</a> >. ACESSO EM: 24 MAI. 2014.....	74
LAMINO, D. A; MOTA, D. D.; PIMENTA, C. A. M. PREVALÊNCIA E COMORBIDADES DE DOR E FADIGA EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA. REV ESC ENFERM, USP, V. 45, N. 2, P. 508-514, 2011.....	74
LEITE, F.M.C. ET AL. MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO COM TAMOXIFENO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO. REV BRAS CANCER, V. 57, N.1, P. 15-21, 2011. ....	74
_____. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E RELAÇÃO COM CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA. ACTA PAUL ENFERM, V. 25, N. 2, P. 211-217, 2012. ....	74
LYNCH, B. M. SEDENTARY BEHAVIOR AND CANCER: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE AND PROPOSED BIOLOGICAL MECHANISMS. CANCER EPIDEMIOLOG BIOMARKERS PREV, V. 9, N. 11, P. 2691-2709, 2010.....	74
MACEDO, L.C. ET AL. ANÁLISE DO DISCURSO: UMA REFLEXÃO PARA PESQUISAR EM SAÚDE. INTERFACE, V. 12, N. 26, P. 649-657, 2008. ....	74
MARTINS, L.C.; FILHO, C.F.; GIGLIO, A.D.; MUNHOES, D.A.; TEVIZAN, L.L.B.; HERBEST, L.G.; ET AL. DESEMPENHO PROFISSIONAL OU DOMÉSTICO DAS	

PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA PARA CÂNCER DE MAMA. REV ASSOC MED BRAS, V. 55, N. 2, P. 158-162, 2009. ....	74
MARUYAMA, S. A. TET AL. O CORPO E A CULTURA COMO O LOCUS DO CÂNCER. COGITARE ENFERM, V. 11, P. 171-175, 2006. ....	74
MCTIERNAN, A.; IRWIN, M.L.; VONGRUENIGEN, V.; WEIGHT, PHYSICAL ACTIVITY, DIET, AND PROGNOSIS IN BREAST AND GYNECOLOGIC CANCERS. JCO, V. 28, P. 26, P. 4074-4080, 2010. ....	74
ORLANDI, E.P. ANÁLISE DE DISCURSO: PRINCÍPIOS E PROCEDIMENTOS. 9. ED. SÃO PAULO, CAMPINAS: EDITORA PONTES, 2010. ....	74
ROJAS-RAJS, S. O.; SOTO, E. J. HEALTH COMMUNICATION AND HEALTHY LIFESTYLES: CONTRIBUTIONS TOWARDS REFLECTION ON COLLECTIVE HEALTH. INTERFACE, V. 17, N. 46, P. 587-599, 2013. ....	74
SAÇO, L. F., FERREIRA, E. L. MULHERES COM CÂNCER E SUA RELAÇÃO COM A ATIVIDADE FÍSICA. REV BRAS CIENC E MOV, V. 18, N. 4, P. 11-17, 2010. ....	74
SCHMITZ, K.H. ET AL. AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE ROUNDTABLE ON EXERCISE GUIDELINES FOR CANCER SURVIVORS. MED SCI SPORTS EXERC, V. 43, N. 1, P. 1409-1425, 2010. ....	75
SILVA, G. PROCESSO DE ENFRENTAMENTO NO PERÍODO PÓS-TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA. DISSERTAÇÃO(MESTRE EM CIÊNCIAS)- FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO-UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2005. ....	75
SPINOLA, A.V.; MANZZO; I.S.; ROCHA, C.M.; AS RELAÇÕES ENTRE EXERCÍCIO FÍSICO E ATIVIDADE FÍSICA E O CÂNCER. CONSCIENTIA E SAÚDE, V. 6, N. 1, P. 39-48, 2007. ....	75
VIEIRA, C. P.; QUEIROZ, M. S. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CÂNCER FEMININO: VIVÊNCIA E CONTEXTO INSTITUCIONAL. PSICOL SOCI., V. 18, P. 63-70, 2006. ....	75
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	76
REFERÊNCIAS .....	78
<b>#4720 AVALIAÇÃO .....</b>	<b>83</b>
<i>Submissão: Revista Brasileira de Ciência e Movimento</i> .....	83
<i>Por Pares</i> .....	83
<i>Rodada 1</i> .....	83
<i>Decisão Editorial</i> .....	83
<b>ARTIGO SUBMETIDO À AVALIAÇÃO .....</b>	<b>84</b>
<b>#4783 SUMÁRIO .....</b>	<b>84</b>
<b>SUBMISSÃO: REVISTA CONSCIENTIA E SAÚDE .....</b>	<b>84</b>
<i>Situação</i> .....	84
<i>Metadados da Submissão</i> .....	84

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho do estudo .....	41
------------------------------------	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AD</b>	Análise de Discurso
<b>ASCOMCER</b>	Associação Feminina de Combate e Prevenção ao Câncer
<b>CA</b>	Circunferência Abdominal
<b>CC</b>	Circunferência da Cintura
<b>CM</b>	Câncer de Mama
<b>CQ</b>	Circunferência do Quadril
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas não Transmissíveis
<b>DEXA</b>	Dual Energy X-Ray Absorptiometry
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>INCA</b>	Instituto Nacional de Câncer
<b>ÍNDICE C</b>	Índice de Conicidade
<b>ISAK</b>	International Society for the Advancement of Kinanthropometry
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>RCE</b>	Risco Coronariano Elevado
<b>SERM</b>	Modulador seletivo dos receptores de estrogênio
<b>SIM</b>	Sistema de Informação em Mortalidade
<b>SM</b>	Síndrome Metabólica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TH</b>	Terapia Hormonal
<b>UNACON</b>	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em oncologia
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 ARTIGO A - PREVALÊNCIA DA OBESIDADE EM MULHERES TRATADAS DO CÂNCER DE MAMA EM UMA UNACOM EM JUIZ DE FORA</b> .....	18
<b>2.1 Introdução</b> .....	21
<b>2.2 Materiais e métodos</b> .....	23
<b>2.3 Resultados</b> .....	25
<b>2.4 Discussão</b> .....	27
<b>2.5 Conclusão</b> .....	29
<b>2.6 Referências</b> .....	30
<b>3 ARTIGO B - ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS E TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE MAMA</b> .....	33
<b>3.1 Introdução</b> .....	36
<b>3.2 Materiais e métodos</b> .....	37
3.2.1 Tipo de estudo .....	37
3.2.2 Amostra .....	38
3.2.3 Instrumentos e variáveis .....	38
<b>3.3 Resultados</b> .....	40
<b>3.4 Discussão</b> .....	44
<b>3.5 Conclusão</b> .....	46
<b>3.6 Referências</b> .....	47
<b>4 ARTIGO C - O CÂNCER DE MAMA EM UM CORPO ATRAVESSADO PELA ATIVIDADE FÍSICA</b> .....	50
<b>4.1 Introdução</b> .....	53
<b>4.2 Materiais e métodos</b> .....	55
4.2.1 População da pesquisa .....	55
4.2.2 O corpus da análise .....	56
4.2.3 O método da Análise do Discurso .....	60
<b>4.3 Discussão</b> .....	61
<b>4.4 Conclusão</b> .....	67
<b>4.5 Referências</b> .....	68
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	71
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	73
<b>ANEXOS</b> .....	75

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama (CM), patologia considerada um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, faz parte do grupo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), do qual integram, ainda, as cardiovasculares e o diabetes. Muitas dessas doenças apresentam fatores de risco compartilhados presentes no estilo de vida ocidental, tais como inatividade física, hábitos desfavoráveis da dieta, tabagismo e uso abusivo do álcool, presentes na população brasileira, tal como apontam as pesquisas de Schimidt et al. (2011) e Silva et al. (2011).

A organização mundial da saúde (OMS) define saúde como um completo bem estar físico, social e mental, e não apenas como ausência de doença. Diante do novo cenário, tal conceito expandiu-se a vários setores sociais, considerando as condições de alimentação, moradia, educação, meio ambiente, trabalho e renda, transporte, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde, conforme regimentou a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no Brasil em 1986, o que pode ser evidenciado no trabalho de Backes et al (2008)

Como pesquisadora da área da saúde e médica mastologista que, há 19 anos, conduz o tratamento cirúrgico de pacientes com câncer de mama, percebi que precisava compreender os diferentes sentidos dos discursos produzidos por essas pacientes com relação às suas atitudes na busca por um corpo saudável e na submissão ao tratamento.

Na equipe inter e multidisciplinar que trata das mulheres com câncer de mama, sou a cirurgiã e a profissional responsável pelo controle da paciente nos primeiros cinco anos após o diagnóstico. Nesse ínterim, deparei-me com uma objetividade no tratamento centrado na doença, uma fragmentação do acolhimento e um tecnicismo construído por meio de relações impessoais dentro da equipe. A doença ganhou o status principal entre os profissionais que integram o grupo, não importante a promoção da saúde desses sujeitos, que deveria ser o objetivo final.

Essa atitude dos especialistas precisa ser revista, levando em consideração tanto as dimensões biológicas, como as psicológicas, sociais, culturais e históricas do ser humano. Segundo Backes et al. (2008), o profissional da saúde deve valorizar a diversidade cultural existente no país, promovendo assistência e acolhimento de qualidade, respeitando a singularidade e a particularidade de cada indivíduo.

Rodrigues e Bustamante-Teixeira (2011), em um estudo retrospectivo realizado em Juiz de Fora, no período de 1980 a 2006, observaram que o câncer de mama foi a segunda causa de morte entre as mulheres do município, com o índice de 17,6%, precedida apenas pelas doenças cardiovasculares, com 32,9%. Guerra et al. (2009) e Rodrigues e Bustamante-Teixeira (2011) verificaram no mesmo município que a sobrevivência a essa doença foi superior a 81% em cinco anos, semelhante à média dos países desenvolvidos, que alcançou 85%. Os resultados sugerem, desse modo, um aumento na incidência da doença na referida cidade, mas um número expressivo de pacientes que conseguem sobreviver a ela.

Em relação ao tratamento, a abordagem terapêutica para o câncer de mama invasivo envolve a cirurgia (mastectomia radical ou cirurgia conservadora da mama, com linfadenectomia axilar ipsilateral completa ou seletiva) e a radioterapia, ambas utilizadas no controle locorregional. A quimioterapia citotóxica, a hormonioterapia e os agentes imunobiológicos também são parte integrante do tratamento adjuvante sistêmico (CONSENSO, 2004).

De acordo com Mendes (2009), as mulheres, após a quimioterapia, apresentam risco adicional para o ganho de peso, tornando-se predispostas a outras comorbidades, dentre elas a síndrome metabólica e a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Para Thomson et al (2009), um dos critérios para o diagnóstico dessa síndrome é a obesidade abdominal, presente em 96% dos casos.

Apesar de a obesidade geral ser reconhecidamente um fator de risco para diversas doenças crônico-degenerativas, os estudos de Felden e Figueiredo (2011) e Feitosa et al. (2012) apontam que ela também o é para o câncer de mama. As mulheres com essa enfermidade apresentam uma evolução desfavorável em relação à sobrevivência livre de doença e global.

Alexandre, Cebola, Mendes (2012) e Martins et al. (2012) afirmam, ainda, que a obesidade generalizada, definida pela OMS como índice de massa corpórea  $IMC \geq 30\text{kg/m}^2$  em adultos, é um dos aspectos relacionados ao risco de desenvolvimento do câncer de mama com o pior prognóstico para as mulheres diagnosticadas após a menopausa. Diante do cenário apresentado, é possível constatar, portanto, que a prática da atividade física é uma aliada ao tratamento do câncer de mama. O estudo de Irwin et al. (2009) mostrou que as mulheres, ao aumentarem a prática da atividade física, após o diagnóstico do câncer, apresentaram risco de morte 45% menor que aquelas que mantiveram-se

sedentárias. Feitosa et al. (2012) destacam que a síndrome metabólica e o câncer de mama têm a obesidade como fator de risco. Além disso, esses autores acreditam que uma intervenção eficaz poderia melhorar os índices de morbimortalidade tanto oncológicas quanto cardiológicas.

Compreendendo o câncer de mama como patologia permeada por uma complexidade de fenômenos físicos e sociais, as pesquisas de Ferreira et al. (2003) e Silva et al. (2012) apontam para a necessidade de uma reformulação nas políticas de atenção às mulheres com neoplasia mamária, envolvendo uma abordagem sobre as novas intervenções técnicas e tecnológicas, assim como sobre o corpo portador dessa doença e sua relação com a sociedade.

No município de Juiz de Fora, a Associação Feminina de combate ao câncer (ASCOMCER), local onde foi realizado o presente estudo, encontra-se habilitada, pelo Ministério da Saúde, como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). A entidade possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (profissionais da saúde) adequados à prestação de assistência especializada para o diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes.

Para Martins et al. (2012), as mulheres na região central do país diagnosticadas com câncer de mama apresentavam menor estatura, maior quantidade de gordura corporal e abdominal configurando risco adicional para síndrome metabólica. O IMC avaliado nesse estudo não apresentou associação com o desenvolvimento do câncer de mama, no entanto a distribuição abdominal da gordura corporal se relacionou com maior probabilidade de recidiva e menor tempo de sobrevida além de estimar risco adicional para as doenças cardiovasculares.

Diante do exposto, Nahas et al. (2012) ressaltam a importância da formulação de ações adicionais de promoção e prevenção para a saúde desse grupo de mulheres, através da capacitação da equipe multidisciplinar que as atende, a fim de promoverem interferências no hábito de vida sedentário prevalente em até 80% da população em análise.

Analisar o discurso dessas mulheres quanto à prática da atividade física revelou comportamentos estereotipados antes, durante e após o tratamento. A perspectiva da Análise do Discurso foi escolhida como método representativo da conscientização dos efeitos sociais gerados nas entrevistas, revelando mudanças que superam as relações assimétricas de poder representadas nos discursos das pacientes em tratamento. Para Spink e Gimenes (1994), o entendimento dos

sentidos produzidos pelos discursos enquadrados num contexto histórico social são imprescindíveis para o planejamento de ações na área psicossocial.

Na perspectiva de Macedo et al. (2008), a saúde não está separada da realidade social, as falas estão impregnadas da cultura, do contexto histórico e das intenções dos que ali estão se expressando. O discurso é a linguagem enquanto prática social, determinada por uma estrutura social pré-estabelecida. Portanto, a formação discursiva que emerge deste sujeito serve de instrumento para a análise e reflexão de um grupo socialmente condicionado, mas também socialmente condicionante. Para Michel Foucault (1997 apud FAVORETO; CABRAL, 2009), a linguagem é a matéria da qual se compõe o discurso e, para examiná-lo, torna-se necessário dissecar, sociohistoricamente, as formações discursivas interdependentes, bem como as regras de poder que determinam os enunciados presentes em um certo tempo, lugar e instituição.

Dessa forma, para Lñquez (2005 apud MACEDO et al. 2008), os discursos refletem a visão de mundo do sujeito e da sociedade em que vivem, sendo possível construir uma melhor visualização da produção de sentido e da atividade criativa do sujeito no enfrentamento do mundo. A partir desse propósito, os profissionais da saúde passam a ser capazes de dar sentido ao discurso das mulheres, compreendendo o processo de significação que sustenta as representações de saúde/ doença, assim como o sentido que se desloca de outras superfícies, tais como o corpo saudável, o câncer de mama, o seu tratamento e a prática da atividade física como prevenção e terapêutica.

Compreendendo esse novo significado sobre as representações de saúde/ doença, é, então, possível construir uma outra formação discursiva para o profissional que promove a saúde da mulher em tratamento do câncer de mama, expandindo o conhecimento sobre os benefícios da prática da atividade física/corporal.

Nesse sentido e diante do exposto até o momento, este trabalho visa verificar a prevalência da obesidade como comorbidade e avaliar os efeitos do tratamento para o câncer de mama nas medidas antropométricas das pacientes envolvidas na pesquisa, discutidos nos artigos A e B que compõem este estudo. Além disso, a fim de compreender o significado da saúde do corpo para o grupo pesquisado, foi analisado o discurso produzido pelas pacientes sobre a relação do corpo obeso com

câncer frente à atividade física, compondo o objeto de reflexão do terceiro artigo doravante apresentado.

Quanto à sua constituição, a pesquisa foi organizada em três momentos. Primeiramente, por meio do artigo A, intitulado "Prevalência da obesidade em mulheres tratadas do câncer de mama em uma UNACON em Juiz de Fora", procurei verificar a prevalência de pré-obesos, obesidade geral e central nas mulheres em tratamento do câncer de mama na unidade de atendimento especializada. Tal análise foi submetida para avaliação na Revista Brasileira de Ciência e Movimento, em 19 de dezembro de 2013, da qual ainda aguardamos o parecer (Versão da avaliação: 4720-17954-1-RV.doc). Em seguida, apresentou-se o artigo B "Efeito do tratamento do câncer de mama em variáveis antropométricas", que objetivou avaliar o efeito dos tratamentos para o câncer de mama a partir das variáveis antropométricas e seus respectivos índices. Foi submetido à apreciação da Revista ConScientiae Saúde, em 06 de fevereiro de 2014, e aprovado em 21 de março de 2014 (DOI: 10.5585/ ConsSaude.v13n1).

Por fim, é exposto o artigo C: "O câncer de mama em um corpo atravessado pela atividade física.", que propôs a atividade física em grupo como mudança do paradigma da mulher com câncer de mama. Nele objetivou-se analisar os discursos dos sujeitos em relação à informação e à prática da atividade física durante o tratamento da doença. Esse artigo foi submetido à Revista Interface - Comunicação, saúde, Educação, sendo inscrito sob o ID: ICSE-2014-0445.

Os três momentos que constituem esta pesquisa são complementares, visto que a junção das reflexões neles estabelecidas respondem ao objetivo principal de compreender os discursos sociais das mulheres obesas com câncer. Importante destacar que os dois primeiros artigos foram analisados por meio de uma metodologia descritiva quantitativa, no sentido de identificar o perfil antropométrico dessa população, além de avaliar a prevalência da obesidade e da variação das medidas durante o tratamento para o câncer de mama.

Já no terceiro artigo, a análise do discurso das pacientes sobre a prática da atividade física durante o tratamento para o câncer de mama foi a metodologia empregada. Pôde ser verificado, como demonstrado posteriormente, um silenciamento e desconhecimento perante o corpo doente e os benefícios da atividade física, associado à falta de informação por parte dos profissionais da saúde sobre os efeitos desse trabalho corporal.

**2 ARTIGO A – PREVALÊNCIA DA OBESIDADE EM MULHERES  
TRATADAS DO CÂNCER DE MAMA EM UMA UNACOM EM JUIZ DE FORA**

PREVALENCE OF OBESITY IN WOMEN TREATED FROM BREAST CANCER TO  
UNACOM IN JUIZ DE FORA CITY

ANA CLÁUDIA DIAS SOUSA FIGUEIREDO

Médica - Pós-graduanda em Mastologia, Ginecologia e Obstetrícia - Professora da  
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais -  
SUPREMA - Mestranda na Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, Brasil

LÍVIA FABIANA SAÇO

Fisioterapeuta - Mestre em Educação Física - Universidade Federal de Juiz de Fora  
- UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil

ROBERTA NOGUEIRA FURTADO FERREIRA

Discente de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de  
Fora, Minas Gerais - SUPREMA

ELIANA LÚCIA FERREIRA

Professora Doutora da Universidade Federal de Juiz de Fora - Física - Universidade  
Federal de Juiz de Fora - UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Artigo submetido à Revista Brasileira de Ciência e Movimento (Anexo III)

## RESUMO

Este trabalho propôs verificar a prevalência de pré-obesos e da obesidade geral e central em um grupo de mulheres admitidas para o tratamento do câncer de mama em uma unidade de assistência de alta complexidade em oncologia (UNACON) no município de Juiz de Fora (MG). Para isso, foi realizado um estudo transversal descritivo incluindo 50 pacientes com câncer de mama, escolhidas por conveniência e respeitando os critérios de inclusão nos ambulatórios de atendimento clínico no hospital ASCOMCER, local de estudo. O perfil antropométrico foi avaliado por medidas de peso, altura, índice de massa corpórea (IMC), circunferência abdominal (CA) e circunferência do quadril (CQ). Observou-se um IMC médio de  $29 \text{ kg/m}^2$ , sendo que 38% das pacientes estavam obesas, com  $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ . Em relação à CA, 92% apresentavam medidas  $\geq 80 \text{ cm}$ , indicando uma alta incidência de obesidade central. Já a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) estava presente em 26% do grupo de pacientes. Com isso, esse grupo de mulheres em tratamento para o câncer de mama avaliado apresentou um perfil antropométrico relacionado a um pior prognóstico tanto para sobrevida livre de doença quanto para a sobrevida global. Neste estudo, foi percebido, também, que mais da metade das pacientes não praticavam nenhuma atividade física regular, fator de fundamental importância para o sucesso no prognóstico, uma vez que mudanças no estilo de vida, com efeito na perda de peso, têm demonstrado uma relação positiva com a qualidade de vida pós-doença dessas mulheres, mesmo durante o tratamento quimioterápico. Portanto, pode-se concluir, a partir dos dados coletados, que a prática de atividade física regular deve ser priorizada na atenção à saúde da mulher com câncer.

**Palavras-chave:** Câncer de mama. Obesidade. Obesidade abdominal. Antropometria. Prognóstico.

## ABSTRACT

This research aimed to determine the prevalence of pre-obese and general and central obesity in a group of women admitted for treatment of breast cancer in a support unit for highly complex oncology (Unacon) in the municipality of Juiz de Fora (MG ). For this, a cross-sectional study including 50 patients with breast cancer, chosen for convenience and respecting the criteria for inclusion in outpatient clinical care in ASCOMCER hospital, workplace study was conducted. The anthropometric profile was assessed by measurements of weight, height, body mass index (BMI), waist circumference (WC) and hip circumference (HC). There was a mean BMI of 29 kg/m<sup>2</sup>, and 38% of patients were obese, with a BMI  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>. Regarding CA, 92% had  $\geq$  80 cm measures, indicating a high incidence of central obesity. Have Arterial Hypertension (HBP) was present in 26% of patients. Thus, this group of women undergoing treatment for breast cancer evaluated positively correlated with a worse prognosis for both disease-free survival and for overall survival anthropometric profile. In this study, it was noticed, too, that more than half of the patients did not practice any regular physical activity, a factor of paramount importance to success in prognosis, since changes in lifestyle, with effect on weight loss, have demonstrated a positive relationship with quality of life after illness these women, even during chemotherapy. Therefore, one can conclude from the data collected, the practice of regular physical activity should be prioritized in the health care of women with cancer.

**Keywords:** Breast cancer. Obesity. Central obesity. Anthropometry. Prognosis.

## 2.1 Introdução

A neoplasia mamária caracteriza-se como um recorrente problema de saúde pública no Brasil, sendo o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, em 2012, ocorreram 52.680 casos novos dessa neoplasia, aumentando sua incidência em 7% com relação ao ano de 2011. Provavelmente, devido ao diagnóstico tardio, já em estágios avançados, sua taxa de mortalidade ainda continua elevada, em torno de 60%. Em 2007, 72% das mortes ocorridas no Brasil recaíram sobre o grupo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre as quais as doenças cardiovasculares, o diabetes e o câncer tornando-se, por isso, prioridade nas políticas públicas no Brasil.

A fim de discutir sobre a questão no município de atuação da pesquisadora, foi realizada uma investigação na Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer (ASCOMCER), entidade civil, de caráter filantrópico e sem fins lucrativos, voltada para a atenção oncológica, fundada em 1963, e, em 2010, habilitada pelo Ministério da Saúde como Unidade Hospitalar de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). A instituição almeja, junto ao Ministério da Saúde, a assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico, tratamento, medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos desses indivíduos (ASCOMCER, 2011).

Segundo Schimidt (2011), um crescente número de publicações demonstram, estatística e clinicamente, uma associação significativa entre o baixo nível de atividade física, a obesidade geral e um pior prognóstico das pacientes em tratamento e controle para o câncer de mama. Para Mctiernan (2010), a obesidade centralizada na região abdominal traz repercussões de ordem metabólica e cardiovasculares significativas, aumentando, com isso, as taxas de mortalidade dessa população.

Para Irwin (2011), a obesidade é reconhecidamente um fator de risco para as diversas DCNT, para as quais a dieta e a atividade física têm papéis específicos determinantes (INCA, 2009). A obesidade ou a obesidade geral tem como principal indicador antropométrico o índice de massa corpórea (IMC)  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>,

caracterizando-se como uma referência de adiposidade generalizada, com boa reprodutibilidade, baixo custo, inócuo e de simples execução.

Segundo Alberti, Zimmet e Shaw (2006), a obesidade central apresenta uma forte correlação com o aumento da resistência à insulina. Irwin (2011) e Sparano (2012) identificaram uma associação entre a obesidade e um menor índice de sobrevivência global e livre de doença das pacientes com câncer de mama do subtipo molecular luminal A, caracterizado pela alta expressão dos receptores de estrogênio e progesterona e baixos índices de proliferação celular. Esse subtipo representa dois terços de todos os cânceres de mama, sendo a hormonioterapia uma forma eficaz de terapia adjuvante.

A obesidade central é classificada a partir do perímetro da cintura –  $\geq 80$  cm para a população feminina da América Central e do Sul –, estando relacionada a maiores chances de complicações metabólicas, como aponta Vasques (2010). Felden (2014) apontou a obesidade central como um fator preponderante para o desenvolvimento do câncer de mama, assim como uma das causas para o pior prognóstico das pacientes diagnosticadas com essa neoplasia.

Segundo Dietrich et al. (2006) durante o tratamento, vários elementos, como a quimioterapia e a radioterapia, somados ao comportamento sedentário, fadiga e indisposição, predispõem o ganho de peso adicional. A obesidade, nessas mulheres, quando associada a outras comorbidades, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e síndrome metabólica (SM), aumenta as taxas de morte específicas para o câncer e também as relativas às outras comorbidades, como afirmam os pesquisadores Tartari, Busnello e Nunes (2010).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi verificar a prevalência de obesidade geral e central em um grupo de mulheres em tratamento para o câncer de mama na UNACON (Hospital ASCOMCER), no município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

## 2.2 Materiais e métodos

Trata-se de um estudo quantitativo transversal descritivo, em que a amostra foi constituída por 50 mulheres, com idade entre 20 e 70 anos, submetidas ao diagnóstico e procedimento cirúrgico para o câncer de mama e que estavam em tratamento quimioterápico e radioterápico para o câncer de mama em um período inferior há cinco anos.

Os dados foram coletados no Hospital ASCOMCER, nos ambulatórios de atendimento clínico em oncologia, no período compreendido entre primeiro de abril a 30 de junho de 2013. De modo mais específico, esses dados foram coletados nos ambulatórios de atendimento clínico em oncologia, após as pacientes terem sido submetidas ao diagnóstico e procedimento cirúrgico para o câncer de mama. Durante os meses de estudo, foram atendidas 73 mulheres, das quais apenas 50 correspondiam aos critérios de inclusão: pacientes em controle ambulatorial após terem concluído o tratamento quimioterápico e radioterápico num período inferior há cinco anos.

Foram excluídas pacientes que, no momento da entrevista, estavam com doença metastática (N=10), não aceitaram participar (N=8) ou apresentavam estadiamento cirúrgico 0 e I<sup>1</sup> (N=5).

Inicialmente, as participantes responderam a um questionário sociodemográfico, com questões referentes ao *status* menopausal e à presença de outras comorbidades associadas, relevantes para o estudo, tais como HAS, e à prática regular de uma atividade física.

Com relação ao câncer, avaliou-se o tipo de cirurgia realizada, o estadiamento do câncer e o uso de hormonioterapia (tamoxifeno). Já as perguntadas referentes ao *status* menopausal consideraram o não início do processo de menopausa (pré-menopausa) e a passagem pelo período menopausal (pós-menopausa) quando receberam o diagnóstico da neoplasia.

Após responderem ao questionário, as pacientes foram convidadas individualmente para o aferimento das seguintes medidas antropométricas, segundo os critérios da World Health Organization (WHO, 2000):

---

<sup>1</sup> Compreende o carcinoma que não ultrapassa a membrana basal ou tamanho do tumor até 2 cm, respectivamente, sem comprometimento axilar. Na maioria das vezes, a quimioterapia não faz parte do tratamento adjuvante

- Peso: medido em quilogramas (kg), com variação de 100 gramas (g). Foi aferido por balança de escala mecânica da marca Filizola, com capacidade para 150kg e precisão de 100g. Após calibragem do instrumento de medida, a paciente posicionou-se ereta e de pés juntos.

- Altura: essa medição seguiu as seguintes etapas: a) a paciente posicionou-se de costas para a balança e foi orientada para que encostasse os calcanhares na borda da sua plataforma; b) posicionou-se o esquadro no centro da cabeça; c) foi realizada a leitura da medida em centímetros (cm).

- IMC: calculado considerando o peso em quilogramas (kg), dividido pela altura em metros (m) ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Na proposta do presente estudo, adotou-se a classificação de peso corporal em adultos de acordo com o IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) WHO.

- CA: aferida, com a paciente em posição ereta, a extremidade da última costela localizada, marcada com a ponta de uma caneta. A crista ilíaca foi palpada na linha média axilar e também marcada. Uma fita métrica flexível, inextensível, de 200 cm de comprimento, com precisão de uma casa decimal, foi, então, posicionada horizontalmente na linha média entre a extremidade da última costela e a crista ilíaca. Foi mantida de tal forma que permanecesse na posição ao redor do abdômen sobre o nível da cicatriz umbilical, para que se fizesse a leitura da circunferência no milímetro mais próximo. A paciente respirou normalmente no momento da medida, para prevenir contração dos músculos pela respiração contida.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), inscrito sob o número 310.218. Todas as mulheres foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, a garantia do sigilo e a liberdade de se retirar em qualquer fase do estudo. Aquelas que aceitaram o proposto pela pesquisadora, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Os dados coletados foram inseridos no programa estatístico SPSS 14.0 para análise descritiva e inferencial. As variáveis quantitativas foram apresentadas em média, desvio-padrão (DP), medianas e valores mínimos e máximos, considerando o nível de significância de 5%. A prevalência da comorbidade HAS e o *status* menopausal foram apresentados em números absolutos e porcentagens. Para verificar a associação entre a menopausa e o estado nutricional, foi utilizado o teste Qui-Quadrado.

## 2.3 Resultados

Foi encontrada, no grupo de mulheres em estudo, uma média de 53 anos de idade e 74% com nível de escolaridade do ensino fundamental. Na tabela 1, estão registrados os dados relacionados à neoplasia, à comorbidade associada (HAS) e ao *status* menopausal. Nessa amostra, identificou-se a comorbidade HAS em 26% das pacientes, fator de risco associado à doença cardiovascular relacionado a um terço das taxas de mortalidade na população feminina do município em análise, de acordo com os estudos realizados por Guerra et al. (2009).

**Tabela 1 - Características neoplásicas, comorbidade associada (HAS) e status menopausal das mulheres do grupo**

	N	(%)
<b>ESTADIAMENTO DO CÂNCER</b>		
II	42	84%
III	8	16%
<b>TRATAMENTO CIRURGICO</b>		
Cirurgia conservadora com linfadenectomia	34	68%
Mastectomia radical	10	20%
Mastectomia radical com reconstrução imediata	6	12%
<b>COMORBIDADES</b>		
HAS	13	26%
s/HAS	37	74%
<b>STATUS MENOPAUSAL AO DIAGNÓSTICO</b>		
Pré-menopausa	17	34%
Pós-menopausa	33	66%
<b>USO DE TAMOXIFENO</b>		
Sim	42	84%
Não	8	16%

Legenda: HAS - Hipertensão arterial sistêmica.  
N - Número absoluto.

Fonte: Elaboração própria (2013)

Na tabela 2, foram evidenciadas as médias das medidas indicadoras de adiposidade e o perfil antropométrico do grupo.

**Tabela 2 - Caracterização do grupo segundo perfil antropométrico e medidas indicadoras de adiposidade central**

	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	EPM	D P
Idade (anos)	34	70	53.04	1.30	9.21
Massa corporal (kg)	51	136	73.72	2.45	17.33
Estatura (cm)	142	178	157.78	1.15	8.11
IMC (kg./m <sup>2</sup> )	19.0	52.0	29.18	0.93	6.56
CA (cm)	64.0	130.0	97.78	2.21	15.64
CQ (cm)	80.0	148.0	106.5	1.79	12.42

Legenda: EPM - Erro padrão da média.

DP - Desvio Padrão.

CA - Circunferência Abdominal.

CQ - Circunferência do quadril.

Fonte: Elaboração própria (2013)

Com relação às medidas antropométricas, a população em estudo apresentou um IMC médio de 29 kg/m<sup>2</sup> (Tabela 2), sendo considerada uma população de pré-obesas, segundo critérios da WHO(2000). Vale ressaltar que 38% já se mostravam obesas, uma vez que estavam com IMC maior ou igual a 30 kg/m<sup>2</sup>. Não foi encontrado resultado estatisticamente significativo quanto à associação entre o IMC indicando pré-obeso e obeso ao *status* menopausal ( $p= 0, 112$ ), conforme exposto na tabela 3.

**Tabela 3 - Associação entre status menopausal e IMC**

IMC	Menopausa		QUI-QUADRADO	(P-VALOR)
	Não	Sim		
Normal	3	8	3,923	0,112
Pré-obeso	10	10		
Obesidade	4	15		

Fonte: Elaboração própria (2013)

Quanto às medidas de adiposidade central, avaliadas pela CA, foram encontradas 92% das mulheres do grupo maior ou igual 80 cm (tabela 4), sendo

41% obesas no momento da pesquisa, o que pode ser considerado, segundo Vasques et al. (2010), um forte marcador para a SM, assim como um indicador de resistência periférica à insulina.

**Tabela 4 - Relação entre IMC e obesidade central (CA ≥ 80cm)**

CA	IMC (kg/m <sup>2</sup> )			%
	Normal	Sobrepeso	Obesidade	
≥ 80cm	7	20	19	92%
< 80cm	4	0	0	8%

Fonte: Elaboração própria (2013)

A prática de atividade física foi pesquisada e, quando indagada sobre esse hábito, 20% da amostra revelou realizá-la de forma regular, sendo a caminhada a mais relatada.

## 2.4 Discussão

No cenário brasileiro, uma pesquisa sobre antropometria realizada, entre 2008 e 2009, pelo Ministério do Planejamento (2010), revelou um aumento na incidência de obesidade na ordem de 14,8% em indivíduos com mais de 20 anos. Um estudo via ligações telefônicas realizado pelo Ministério da Saúde (2013) entre adultos residentes nas capitais brasileiras, no ano de 2006 e 2009, também mostrou um aumento contínuo na obesidade em adultos, de 11,4% para 13,9%. Percebe-se, ainda, que a obesidade esteve presente em 38% do grupo de pacientes em tratamento para o câncer de mama na UNACON, quando adicionado ao grupo as pré-obesas, o índice passou a representar 78% da amostra.

Rosa (2011) encontrou semelhante perfil antropométrico no grupo por eles pesquisado, a saber: mulheres com câncer de mama usuárias do Sistema Único de Saúde de uma cidade da região sul; com a classificação do IMC em pré-obesos e

obesos, com baixa escolaridade e hábito de vida sedentário. Dessas pacientes, 60% apresentavam comorbidades como HAS e diabetes relacionadas à obesidade.

Mendes (2009) também observou na sua população de pesquisa que 68% das mulheres após o tratamento quimioterápico apresentaram um aumento do peso médio de 2,9 kg/m<sup>2</sup>. Essa relação foi ratificada pelo trabalho de Thivat (2010) ao verificar que, durante todo o tratamento para o câncer de mama, as mulheres com uma variação no peso corpóreo maior que 5% apresentavam uma relação positiva com o aumento da recorrência e taxa de mortalidade pela doença. A redução da prática de atividade física durante o tratamento da doença é um fator de destaque relacionado ao aumento da gordura corporal. Para Irwin (2008), no Health Eating Activity and Lifestyle Study, o hábito de vida sedentário e a obesidade chegaram a 80% no grupo de pacientes avaliadas, e a prática da atividade física de intensidade moderada, como fator de intervenção após o diagnóstico do câncer de mama, esteve associado a um menor risco de morte. Em nosso estudo, foram encontradas apenas 20% das mulheres em tratamento praticando atividade física regular, o que demonstra um hábito de vida sedentário de mais da metade do grupo.

É importante destacar que a atividade física produz alterações metabólicas e morfológicas crônicas que podem torná-la uma opção importante no tratamento e no processo de recuperação envolvendo pacientes com CA, como melhora da capacidade cardiovascular, diminuição da gordura corporal, aumento da resistência muscular, força e flexibilidade, tal como apontam Marcondelli, Costa e Schimtz (2008). Para Graf e Wessely (2010) essa prática é importante não só após, mas durante o tratamento adjuvante, mostrando um impacto positivo na Síndrome da Fadiga Crônica<sup>2</sup> e na qualidade de vida.

O presente estudo identificou o perímetro médio da CA de 97,78 cm, demonstrando que essas mulheres apresentaram um excesso de adiposidade central. Para a autora Ana Carolina Vasques (2010) quando se encontra valores da CA  $\geq 80$  cm, há uma forte relação com a resistência periférica à insulina e a outros distúrbios metabólicos.

De acordo com Sternfeld (2009), essa desordem metabólica pode predispor à incidência do diabetes e das doenças do aparelho cardiovascular, estando diretamente relacionada à morbi-mortalidade do grupo. Segundo Vasques (2010) a

---

<sup>2</sup> Síndrome da fadiga crônica pode ser definida como uma sensação subjetiva de cansaço, fraqueza ou perda de energia.

CA é um forte referente para a Síndrome Metabólica e um indicador de resistência periférica à insulina. Tais fatores, quando presentes, conferem um pior prognóstico para as pacientes tanto do ponto de vista da neoplasia, quanto da maior incidência de doenças cardiovasculares. Destaca-se, baseando-nos nos estudos de Rodrigues e Bustamente-Teixeira (2011) que essas duas doenças foram responsáveis por mais da metade dos óbitos na população feminina do município de Juiz de Fora no ano de 2006.

Ainda de acordo com as pesquisas de McTiernan, Irwin e Vongruenigen (2010) e Healy (2010), o excesso da adiposidade central tem forte relação com a maior probabilidade de recidiva e menor tempo de sobrevivência pelo câncer de mama ou por doenças associadas à SM, como o diabetes e a HAS, principalmente no grupo de pacientes com câncer de mama na pós-menopausa. Das mulheres entrevistadas, 66% estavam na pós-menopausa e 76% delas eram pré-obesa ou obesas, conferindo, por isso, um pior prognóstico para este grupo de pacientes.

## **2.5 Conclusão**

Os resultados do presente estudo demonstraram que, no grupo de mulheres em tratamento para o câncer de mama na UNACON onde se desenvolveu a pesquisa, houve uma incidência maior que 50% de pacientes com excesso de peso e obesidade central, o que influencia diretamente no prognóstico. Encontrou-se, ainda, mais da metade das pacientes sem a prática de atividade física regular, fator de fundamental importância, uma vez que se trata de uma estratégia comportamental preconizada pelos órgãos públicos, voltada para o controle da obesidade e que deve ser priorizada na atenção à saúde da mulher com câncer, uma vez que pode influenciar favoravelmente no prognóstico dessa paciente.

## 2.6 Referências

ALBERTI, K.G.; ZIMMET, P.; SHAW, J. Metabolic syndrome-a new world-wide definition. A consensus statement from the international diabetes Federation. **Diabetic Medicine**, v. 23, n. 5, p. 469-480, 2006.

ASCOMCER. Histórico Hospital Ascomcer (2011). Disponível em: <<http://www.ascomcer.com.br/frmExibirConteudo.aspx?id=3>>. Acesso em: 18 dez. 2011.

BATTAGLINI, C.L. et al. Effect of exercise on the caloric intake of breast cancer patients undergoing treatment. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 41, n. 8, p. 709-715, 2008.

CINTRA, J.R.D.; GUERRA, M.R.R; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 54, p. 339-46, 2008.

DECENSI, A. Insulin breast cancer connection: confirmatory data set the stage for better care. **Journal Clinical Oncology**, p. 7-10, 2012.

DIETRICH, S.H.C. et al. Efeitos de um programa de caminhada sobre os níveis de fadiga em pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.14, n.1, p. 7-12, 2006.

DUGGAN, C. et al. Associations of insulin resistance and adiponectin with mortality in women with breast cancer. **Journal Clinical Oncology**, v. 21, n. 1, p.32-9, 2011.

FELDEN, J.B.B.; FIGUEIREDO, A.C.L. Distribuição da gordura corporal e câncer de mama: um estudo de caso-controle no Sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2425-2433, 2011.

GUERRA, M.R. et al. Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2455-2466, 2009.

GRAF, C.; WESSELY, N. Physical activity in the prevention and therapy of breast cancer. **Breast Care**, v. 5, p. 389-394, 2010.

HEALY, L.A. et al. Metabolic syndrome, central obesity and insulin resistance are associated with adverse pathological features in postmenopausal breast cancer. **Clinical Oncology**, v. 22, n. 4, p. 281-288, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Câncer de Mama. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

IRWIN, M.L. Physical activity interventions for cancer survivors. **British Journal of Sports Medicine**, v.43, p. 32-38, 2009.

IRWIN, M.L. et al. Fasting C-Peptide Levels and Death Resulting From All Causes and Breast Cancer: The Health, Eating, Activity, and Lifestyle Study. **Journal Clinical Oncology**, v. 20, n.1, p.47-53, 2011.

\_\_\_\_\_. Influence of pre- and postdiagnosis physical activity on mortality in breast cancer survivors: the health, eating, activity, and lifestyle study. **Journal Clinical Oncology**, v. 26, n. 24, p. 3958-3964, 2008.

MARCONDELLI, P.D.; DA COSTA, T.H.M.; SCHMITZ, B.A.S. Influência da atividade física na saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 16, n. 1, p.107-114, 2008.

\_\_\_\_\_. Influência da atividade física na saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 16, n. 1, p. 107-114, 2008.

MCTIERNAN, A.; IRWIN, M.L.; VONGRUENIGEN, V. Weight, physical activity, diet, and prognosis in breast and gynecologic cancers. **Journal Clinical Oncology**, v. 28, n. 26, p. 4074-4080, 2010.

MENDES, E.S.R. **Efeito da quimioterapia adjuvante sobre o peso e o índice de massa corporal em mulheres com câncer de mama**. Dissertação (Mestrado em Ciências - São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2006-2009**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30864&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30864&janela=1)>. Acesso em: 29 jun.2013.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 Atropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010.

NAHAS, E.A.P. et al. Síndrome metabólica em mulheres na pós-menopausa tratadas de câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 12, p.555-562, 2012.

RODRIGUES, A.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T. Breast cancer and cervical cancer mortality trends in a médium-sized city in Southern Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, v.27, p.241-248, 2011.

ROSA, M.I. et al. Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviços de pronto-atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2559-2566, 2011.

SAÇO, L.F.; FERREIRA, E.L. Mulheres com câncer e sua relação com a atividade física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 18, n. 4, p. 11-17, 2010.

SCHMIDT, M.L et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais [séries]. **The Lancet**, v.4, p.61-74, 2011.

SPARANO, J.A. et al. Obesity at Diagnosis Is Associated With Inferior Outcomes in Hormone Receptor-Positive Operable Breast Cancer. **Cancer**, v. 118, n. 23, p. 5937–5946, 2012.

STERNFELD, B. et al. Physical activity and risk of recurrence and mortality in breast cancer survivors: findings from the LACE study. **Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention**, v. 18, p. 87-95, 2009.

TARTARI, R.F.; BUSNELLO, F.M.; NUNES, C.H.A. Perfil nutricional de pacientes em tratamento quimioterápico em um ambulatório especializado em quimioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 1, p. 43-50, 2010.

THIVAT, E. et al. Weight change during chemotherapy changes the prognosis in non-metastatic breast cancer for the worse. **BMC Cancer**, v. 10, p. 648-57, 2010.

VALENTE, M. et al. Physical exercise and quality of life in breast cancer survivors. **International Journal of Medical Sciences**, v. 5, n. 1, p. 24-28, 2008.

VALENTI, M. et al. Physical exercise and quality of life in breast cancer survivors. **International Journal of Medical Sciences**, v. 5, n. 1, p. 24-28, 2008.

VASQUES, A.C. et al. Indicadores antropométricos de resistência à insulina. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 95, n. 1, p. 14-23, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO Technical Report Series 894. World Health Organization, 2000.

### **3 ARTIGO B - ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS E O TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE MAMA**

**ANA CLÁUDIA DIAS SOUSA FIGUEIREDO**

Médica - Pós-graduanda em Mastologia, Ginecologia e Obstetrícia - Professora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais - SUPREMA - Mestranda na Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, Brasil

**LÍVIA FABIANA SAÇO**

Fisioterapeuta - Mestre em Educação Física - Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil

**VINÍCIUS OLIVEIRA DAMASCENO**

Professor Doutor da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, PE, Brasil

**ROBERTA NOGUEIRA FURTADO FERREIRA**

Discente de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais - SUPREMA

**ELIANA LÚCIA FERREIRA**

Professora Doutora da Universidade Federal de Juiz de Fora – Educação Física - Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil

## RESUMO

O tratamento do câncer de mama pode provocar alteração da massa corporal e das variáveis antropométricas, o que pode estar associado a um pior prognóstico. Dessa forma, neste artigo, pretende-se verificar a associação entre o tratamento adjuvante para o câncer de mama e suas alterações antropométricas. Para tanto, realizou-se um estudo transversal com 65 pacientes diagnosticadas com câncer de mama em 2013, a partir de uma avaliação antropométrica no período pós-tratamento, comparando seus índices às medidas do pré-tratamento contidas nos prontuários. Como resultados, constatou-se a prevalência de pré-obesos (43%) e obesos (37%) nas participantes. Não foi observada variação significativa no IMC pré e pós-tratamento ( $p=0,328$ ). Na alteração individual do peso no pré/pós-tratamento, 64,62% delas ganharam peso, em uma variação superior a 10% do peso inicial em 26,15%. Em 16,92% dessas mulheres, houve um decréscimo acima de 10% do peso inicial. Foi possível concluir, portanto, que o tratamento não interferiu nas variáveis antropométricas do grupo, permanecendo as pacientes pré-obesas e obesas durante a terapia, situação associada a um pior prognóstico e ao risco para doenças cardiovasculares.

**Palavras-chave:** Neoplasias da Mama. Composição Corporal. Obesidade Abdominal. Prognóstico.

## ABSTRACT

The treatment of breast cancer can cause changes in body mass and anthropometric variables, which may be associated with a worse prognosis. Thus, in this article, we intend to investigate the association between adjuvant breast cancer treatment and their anthropometric changes. To this end, we performed a cross-sectional study of 65 patients diagnosed with breast cancer in 2013, from an anthropometric assessment in the post-treatment period, comparing their rates to measures of pre-treatment in the patients. As a result, we found the prevalence of overweight (43%) and obese (37%) in participants. No significant variation was observed in pre-and post-treatment BMI ( $p = 0.328$ ). In individual weight change in pre / post-treatment, 64.62% of them gained weight, varies by more than 10% of initial weight by 26.15%. 16.92% In these women, there was a reduction over 10% of the initial weight. It was concluded, therefore, that the treatment did not affect the anthropometric variables of the group, the remaining pre-obese and obese patients during therapy, associated with a worse prognosis and risk for cardiovascular disease situation.

**Keywords:** Breast Neoplasms. Body composition. Central obesity. Prognosis.

### 3.1 Introdução

Como informado no artigo anterior, o índice de mortalidade para o câncer de mama no Brasil e em Juiz de Fora, município onde se realizou este estudo, é ainda muito alto, o que alerta para a reformulação de políticas públicas para a saúde, visando diminuir esse número e promover qualidade de vida para as pacientes diagnosticadas com a doença ou em processo terapêutico para cura.

O protocolo de tratamento para esse tipo de câncer inclui cirurgia para retirada do tumor, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e agentes imunobiológicos. Sabe-se, de acordo com Kirjner e Pinheiro (2007) que o quimioterápico exerce uma toxicidade sobre as células normais do organismo, provocando, frequentemente, nas pacientes, eventos adversos, tais como vômitos, neutropenia, alopecia, anemia, menopausa prematura, ganho de massa corporal e fadiga.

O ganho de massa corporal de pacientes, objeto de análise, foi verificado em diversos estudos, como os realizados por San Felipe et al. (2013), sendo esse aumento da massa corporal (níveis de gordura) associado a um pior prognóstico Thivat et al. (2010) em um estudo, observaram essa relação, percebendo que 31% das mulheres que realizavam quimioterapia tiveram um aumento do peso corpóreo, com variação superior a 5% do seu peso inicial, o que pode promover um pior prognóstico com relação à morbi-mortalidade pela doença.

O estudo longitudinal conduzido por Liu (2014) mostrou um aumento da massa corporal em 147 pacientes com câncer de mama submetidas ao tratamento quimioterápico. As pacientes aumentaram em média 2,9 kg (↑5%) cinco meses após o início da terapia. Nessa mesma linha de pesquisa, Ewertz et al. (2011) observaram que as mulheres que apresentaram ganho de massa corporal mostravam um fator de risco independente para o aparecimento de metástase.

Já os pesquisadores Nissen e Swenson (2011) acompanharam o ganho de massa corporal em 49 pacientes com a doença submetidas a tratamento, sendo realizado o acompanhamento dos níveis de atividade física, a ingestão calórica diária e a avaliação da massa corporal por meio da Dual Energy X-ray Absorptiometry (DEXA). Os resultados demonstraram que o ganho de peso estava

relacionado a uma diminuição da atividade física e a um comportamento sedentário relacionado a fadiga crônica, dor crônica e hábitos dietéticos inadequados.

Uma vez que idade, dislipidemias, obesidade, hipertensão arterial, hiperglicemia e estados inflamatórios sistêmicos são fatores de risco comuns para doenças cardiovasculares associadas à SM e ao câncer de mama, existem evidências de que o tratamento de uma das afecções poderia influenciar no prognóstico da outra, assim como a associação dessas doenças poderia aumentar as taxas de morbi-mortalidade. Feitosa et al. (2012) e Nahas et al. (2012) destacam que mulheres tratadas do câncer de mama na pós-menopausa apresentam um risco elevado de desenvolverem Síndrome Metabólica (SM) e obesidade abdominal.

Nessa mesma perspectiva, para Feitosa et al (2012), a perda de peso superior a 10% durante o tratamento para o câncer de mama esteve relacionado a um aumento de 40% no risco de morte, quando associada às comorbidades como hipertensão arterial (HAS), diabetes mellitus tipo II (DM) e doença cardiovascular. Foi constatado, ainda, que a estabilidade da massa corporal após o diagnóstico relacionava-se ao baixo risco de morte e melhor prognóstico. A perda de peso excessiva aumentava a taxa de mortalidade, sendo uma importante informação para o grupo multidisciplinar responsável pelo tratamento da paciente. Isso porque, de acordo com os estudos realizados por Caan et al. (2012), esse dado ajudaria na elaboração de estratégias para manter estável o peso corpóreo durante o processo.

Diante do exposto, objetivou-se, neste trabalho, verificar a associação do tratamento adjuvante para o câncer de mama em variáveis antropométricas e seus respectivos índices, em um grupo de mulheres tratadas em uma Unidade de Alta Complexidade (UNACON), no município de Juiz de Fora.

### **3.2 Materiais e métodos**

Serão descritos abaixo o tipo de estudo usado na realização desse estudo, a caracterização da amostra e a descrição da colheita dos dados assim como o tratamento estatístico aplicado para obtenção dos resultados.

#### **3.2.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal, realizado no Hospital ASCOMCER, localizado na cidade de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais. O centro de tratamento para pacientes com câncer (UNACON) é uma instituição filantrópica, especializada, sendo 94% do seu atendimento direcionado a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), acolhendo-os desde o diagnóstico até o tratamento e oferecendo assistência multi e interdisciplinar aos seus usuários.

### 3.2.2 Amostra

Foram selecionados intencionalmente 65 pacientes em atendimento no ambulatório de oncologia clínica no decorrer do ano de 2013, com idade entre 30 e 70 anos e que se encontravam há mais de um ano do término da radioterapia adjuvante. Essas mulheres deveriam, ainda, participar da pesquisa de forma voluntária. Foram excluídas pacientes que ainda estivessem recebendo tratamento quimioterápico ou radioterápico adjuvante e há mais de cinco anos do diagnóstico ou com metástase.

### 3.2.3 Instrumentos e variáveis

Para a obtenção das variáveis de interesse, foram consultados os prontuários das pacientes, no qual foram resgatados os dados de massa corporal, estatura e circunferência da cintura no momento em que elas foram admitidas para o início do tratamento quimioterápico. Posteriormente, essas medidas foram obtidas pela mensuração objetiva, com a utilização de uma balança digital da marca Britânia® para a massa corporal, com capacidade de 150 Kg e precisão de 100 g. A mensuração da estatura foi obtida por meio de uma fita métrica fixada a uma parede sem rodapé e para a circunferência da cintura, uma fita da marca Sanny®. Destaca-se que se respeitou, em todas as medidas, as recomendações da International Society for the Advancement of Kinanthropometry (ISAK).

O índice de massa corporal (IMC) foi calculado pela equação proposta por Quetelet (IMC é calculado dividindo o peso em quilogramas pela altura em metros ao quadrado) e, para a classificação dos níveis de obesidade, utilizou-se a tabela de referência proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A circunferência foi

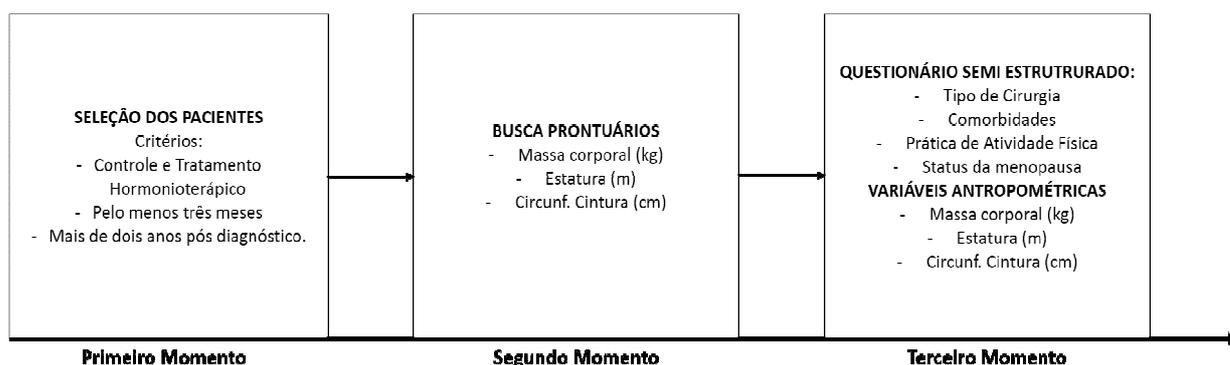
classificada utilizando os pontos de corte, em que o nível normal está abaixo de 80 cm, nível I, entre 80 e 87 cm, e nível II, maior que 88 cm.

O índice de conicidade (índice C), indicador antropométrico de obesidade abdominal relacionado ao risco coronariano elevado em mulheres acima de 50 anos, foi utilizado como modelo para avaliação da distribuição da gordura corporal. A fórmula para seu cálculo, de acordo com informações de Pitanga (2011), é: “Índice de conicidade = Circunferência da cintura (m)  $0,109 \times \sqrt{\text{massa corporal (kg) estatura (m)}}$ ” (PITANGA, 2011). Na prática clínica, o ponto de corte para o índice C e o risco coronariano elevado (RCE) nas mulheres até 49 anos foi de 1,18 (sensibilidade = 78,57%; especificidade = 65,24% para discriminar RCE) e, a partir de 50 anos de idade, 1,22 (60,00%; 65,82%).

Para o cálculo do percentual relativo de variação (peso) entre o pré e o pós-tratamento, foi usada a fórmula  $((\text{peso pré-tratamento} - \text{peso no pós-tratamento adjuvante}) / \text{peso pré-tratamento} \times 100)$ , na qual a variação superior a 5% para ganho ou perda de peso estaria associada a um risco duas vezes maior de recorrência e morte pela doença, conforme estipula Thivat (2010).

Os procedimentos da presente pesquisa foram divididos em três momentos, como demonstrado na figura 1. Os critérios de inclusão consistiram em, primeiramente, os pacientes estarem em controle e/ou tratamento hormonioterápico, por, no mínimo, um ano após o diagnóstico do câncer de mama. Em um segundo momento, foi realizada uma busca no prontuário das medidas antropométricas (massa corporal, estatura e circunferência da cintura, coletadas antes do início da quimioterapia adjuvante ou neo-adjuvante).

Já no terceiro momento, em visita agendada ao ASCOMCER, foi aplicado um questionário semiestruturado com questionamentos relacionados às características da neoplasia como tratamento ministrado, tipo de cirurgia realizada, comorbidades associadas, prática de uma atividade física regular (mínimo de 3 vezes por semana por 30 minutos) e ao *status* menopausal após diagnóstico. Depois da aplicação do questionário, foi feita a avaliação antropométrica com a mensuração do peso corporal, estatura e circunferência da cintura.



**Figura 1 – Desenho do estudo**

Fonte: Elaboração própria (2014).

Todas as pacientes foram informadas sobre os riscos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O trabalho foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, inscrito sob o número 310.218.

Para a análise estatística, foram calculadas as frequências, as médias e os desvios-padrão das variáveis de interesse. A associação entre as variáveis antropométricas e os fatores relacionados ao câncer de mama foi medida por meio do teste Qui-Quadrado, que verificou as diferenças das médias do índice de massa corporal entre o período pré e pós-tratamento foi utilizado o teste "T Student" pareado. Para os cálculos, foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.20 for Windows e adotado o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

### 3.3 Resultados

Mediante a análise dos dados constatou-se, no momento da pesquisa, que a idade média do grupo era de 52 anos. A tabela 1 mostra as características da neoplasia e do tratamento realizado.

**Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres em tratamento para o câncer de mama**

<b>Variáveis</b>	N	(%)	Média ± DP	Min-Máx
<b>Idade (anos)</b>	65	--	52 ± 9,44	30-70
<b>Estadiamento do Câncer</b>				
I	12	18,5	--	--
II	41	63,0	--	--
III	12	18,5	--	--
<b>Tratamento Cirúrgico</b>				
Cirurgia conservadora com linfadenectomia	43	66,2	--	--
Mastectomia radical a Madden	12	16,5	--	--
Mastectomia radical (Madden) com reconstrução imediata	10	15,4	--	--
<b>Comorbidades</b>				
Hipertensão arterial	23	35,4	--	--
Sem Hipertensão arterial	42	64,6	--	--
<b>Atividade Física*</b>				
Não	46	70,8	--	--
Sim	19	29,3	--	--

Fonte: Elaboração própria (2014).

Todas as pacientes fizeram quimioterapia, com esquema que continha antraciclina, e radioterapia para tratamento locorregional. Avaliando a presença da comorbidade HAS associada, 27,69% do grupo estava hipertenso. Quando essas mulheres foram questionadas sobre a prática de atividade física regular, 29,23% respondeu que ela era recorrente, sendo a caminhada a mais relatada.

Com relação ao perfil antropométrico, a tabela 2 expõe que 64,60% das pacientes apresentavam um IMC classificado como sobrepeso ou obeso e, no momento da pesquisa, 80% estavam dentro da classificação.

**Tabela 2 - Valores médios de Índice de Massa Corporal (IMC) no pré e pós-tratamento**

	Média	Desv. Pad	Mín	Max	P
IMC pré (kg/m <sup>2</sup> )	29,03	6,57	17,8	46,4	0,29*
IMC pós (kg/m <sup>2</sup> )	29,39	5,93	19,7	51,2	

\* test t-Student pareado, nível de significância adotado (p<0,05)

Fonte: Elaboração própria (2014).

No grupo de mulheres avaliadas, a CC foi superior a 88 cm em 80%. Portanto, essas participantes foram classificadas como portadoras de obesidade abdominal. As pacientes abaixo de 49 anos e acima de 50 anos, 92% e 82%, respectivamente, apresentavam “índice C” representativo de risco coronariano (tabela 3).

**Tabela 3 - Variáveis indicadoras de risco cardiovascular e seus respectivos índices (n=65)**

		N	(%)	
<b>Circunferência da Cintura (cm)</b>	<80	4	6,0	
	≥80 a ≤87	9	14,0	
	>88	52	80,0	
<b>Índice C</b>				
	Idade < 49 anos	≥1,18	24	92,0
	Idade ≥ 50 anos	≥1,22	32	82,0

Fonte: Elaboração própria (2014).

O índice de Massa Corporal pré-tratamento (IMC pré) do grupo foi, em média, 29,03 ± 6,57 kg/m<sup>2</sup> e, no momento da pesquisa (IMC pós), a média foi de 29,39 ± 5,93 kg/m<sup>2</sup>. Com isso, percebe-se que não houve diferença estatística significativa (p=0,328) na comparação dos índices supracitados (tabela 2).

Já a tabela 4 mostra que 81,54% das mulheres pré-obesas e obesas estavam em uso de tamoxifeno 20mg, esquema medicamentoso utilizado durante cinco anos para pacientes cujo tumor apresentasse receptores de membrana para estrógeno e/ou progesterona.

**Tabela 4 - Variação da medida antropométrica do IMC pós(kg/m<sup>2</sup>) com relação ao uso do tamoxifeno**

Tamoxifeno	Sobrepeso/Obesidade	
	Não	Sim
Não	3	9
Sim	10	43

$$(X^2=0,21, p=0,747)$$

Fonte: Elaboração própria (2014).

Quando comparados os grupos com relação ao uso do tamoxifeno e ao IMC, observou-se que não ocorreu nenhuma variação estatisticamente significativa ( $p=0,747$ ).

Complementar a esses dados, a tabela 5 apresenta uma porcentagem de 64,62% das mulheres na menopausa, sendo 50,77% pré-obesas ou obesas.

**Tabela 5 - Variação da medida antropométrica do IMC pós (kg/m<sup>2</sup>) com relação ao status menopausal**

Menopausa	Normal	Sobrepeso	Obeso Classe I	Obeso Classe II	Obeso Classe III	(%)
Sim	9	14	8	8	3	64,62
Não	4	14	5	0	0	35,38
(%)	20	43	20	12,31	4,62	100%

Fonte: Elaboração própria (2014).

Referente à variação individual do peso no pré e pós-tratamento, 64,62% delas ganharam peso e 26,15% tiveram variação superior a 10%. Já para 16,92% houve perda de peso, com variação acima de 10%, como demonstra a tabela 6.

**Tabela 6 - Percentual relativo à variação de peso no pré e pós tratamento para o câncer**

<b>Variação do peso</b>	<b>Ganho de peso</b>	<b>Perda de peso</b>
<5%	18	9
Entre 5% - 10%	7	3
>10%	17	11
TOTAL ( N absoluto)	42	23

Fonte: Elaboração própria (2014).

### **3.4 Discussão**

Pacientes obesas com câncer de mama apresentam maior risco para metástase e propensão elevada para o desenvolvimento de tumores, bem como alta taxa de mortalidade quando comparadas às não obesas, principalmente quando no período da menopausa/ pós-menopausa, de acordo com os estudos de Ewertz et al. (2011) e Caan et al. (2012) em pesquisas atuais sobre esse tema. Com isso, quando os valores do IMC são maiores que 35 kg/m<sup>2</sup>, a taxa de recorrência é de 46% se comparado ao grupo com esse índice menor que 23 kg/m<sup>2</sup> (SESTAK, 2010). Neste estudo, 64,62% das mulheres estavam no período pós-menopausa e dessas, 16,93% apresentaram IMC maior ou igual a 35 kg/m<sup>2</sup>, caracterizando tal grupo como de risco para recorrência.

Joseph Sparano et al.(2012) demonstraram uma associação negativa entre pacientes cujo câncer de mama apresentaram receptores de membrana para estrogênio e/ou progesterona e IMC caracterizando o grupo como sobrepeso e obeso. Nas pacientes em estadiamento I, II e III, mesmo após terem recebido esquema quimioterápico com antraciclina e taxano, houve um maior risco de recorrência e morte pelo câncer. No grupo analisado pelos pesquisadores, 80% das pacientes estavam acima do peso, o que torna relevante a abordagem dessa questão, uma vez que a população da amostra que apresentou esse subtipo teria uma evolução menos favorável com relação à recorrência e sobrevida.

Quase a metade dessas mulheres (43%) foram percebidas como pré-obesas e 37% como obesas, sendo esses fatores de piora no prognóstico para o câncer de mama. Ressalta-se que para a amostra analisada não houve variação estatística significativa do IMC no período após o diagnóstico ( $t(64, -1,05)$ ;  $p=0,29$ ).

A obesidade centralizada na região abdominal, aferida por meio da CC, traz repercussões de ordem metabólica e cardiovascular significativas, sendo considerada um dos critérios para o diagnóstico da SM e das doenças cardiovasculares. Além disso, é relevante quando avaliados os fatores de mal prognóstico para o câncer de mama, uma vez que aumenta as taxas de mortalidade dessa população (CHEN, 2012).

Encontrou-se, no atual trabalho, uma prevalência de obesidade abdominal em 80% das mulheres com CC > 88 cm, o que merece atenção, uma vez que, de acordo com o estudo de Nahas et al. (2012), ao avaliar 158 mulheres tratadas com câncer de mama no período da pós-menopausa, a CC acima de 88 cm foi um critério que elevou 2,08 a chance de desenvolvimento da doença.

Quando se utilizou o Índice C como indicador de obesidade abdominal, com o objetivo de avaliar o risco coronariano desse grupo, observou-se, de acordo com estratificação por idade, que 92% da amostra abaixo de 49 anos e 82% acima de 50 anos o apresentou de forma elevada (PITANGA, 2011). Em uma revisão sistemática sobre o câncer de mama associado à síndrome metabólica, concluiu-se que essas pacientes avaliadas deveriam ser tratadas e orientadas de forma adequada a prática de uma atividade física e dieta para o controle do peso corporal e gordura abdominal além de manter normais os níveis glicêmicos e lipídêmicos, visando, com isso, a uma melhor evolução da morbi-mortalidade, oncológica e cardiológica (FEITOSA, 2012).

No entanto, em relação ao ganho de peso após o diagnóstico do câncer de mama, não houve uma variação estatisticamente significativa entre os IMC pré e pós-tratamento, contrapondo-se ao estudos de Sestak et al. (2010) e Campbell et al. (2012), que observaram aumento de peso superior a 5Kg. Na presente pesquisa, 36,92% das mulheres ganharam peso superior a 5% após a terapêutica adjuvante para o câncer. Entretanto, vale ressaltar, que não foram avaliados os índices de morbi-mortalidade.

Não somente o aumento de peso, mas também a sua redução em uma proporção acima de 10% interfere negativamente na relação de morbi-mortalidade

em mulheres em tratamento da neoplasia. Para Caan et al. (2012) a perda de peso superior a 10% esteve relacionada a 40% de risco de morte. Na amostra analisada neste estudo, 16,92% (n=11) perderam mais de 10% de peso, dando indícios de que essa população poderia estar sujeita às mesmas taxas de morbi-mortalidades encontradas pelo autor supracitado.

Buscando estratégias para melhorias nos índices expostos anteriormente, acredita-se que a atividade física regular e de moderada intensidade, associada a uma dieta equilibrada, tenha efeito significativo na manutenção do peso normal das pacientes, o que propicia uma melhor qualidade de vida e melhor prognóstico, tal como afirma Campbell (2012). Sabe-se, no entanto, que, embora ela seja importante para reverter ou amenizar o quadro de obesidade, é fundamental que sejam consideradas as características individuais de cada sujeito, como apontado por Caan (2012).

### **3.5 Conclusão**

De acordo com os resultados do estudo em questão, as mulheres em tratamento para o câncer de mama apresentaram alta prevalência de pré-obesidade e obesidade, caracterizada, principalmente, pela obesidade abdominal, com excesso de peso desde o diagnóstico até o tratamento. No entanto, não foi observada variação significativa no IMC com os tratamentos ministrados.

Diante disso, aponta-se para a necessidade de novos estudos que levem em consideração a variação do peso durante o processo terapêutico para o câncer de mama, a fim de serem elaboradas estratégias comportamentais, como a prática adequada e individualizada de uma atividade física, somada à orientação nutricional, em busca da manutenção do peso corpóreo estável nesse grupo específico de mulheres.

### 3.6 Referências

ALMEIDA, R.B. et al. Perfil antropométrico e conhecimento nutricional de mulheres sobreviventes de câncer de mama do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 3, p. 303-9, 2010.

CAAN, B.J. et al. Weight change and survival after breast cancer in the after breast cancer pooling project. **Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology**, v. 21, n. 8, p. 1260-1271, 2012.

CAMPBELL, K.L. et al. Reduced-calorie dietary weight loss, exercise, and sex hormones in postmenopausal women: randomized controlled trial. **Journal of Clinical Oncology**, v. 30, n. 19, p. 2314-26, 2012.

CHEN, S. Obesity or Overweight Is Associated with Worse Pathological Response to Neoadjuvant Chemotherapy among Chinese Women with Breast Cancer. **PLoS ONE**, v. 7, n. 7, p. 41380, 2012.

CINTRA, J. R. D; GUERRA, M.R.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, p. 339-346, 2008.

EWERTZ, M. et al. Effect of obesity on prognosis after early-stage breast cancer. **Journal Clinical Oncology**, v. 29, n. 1, p. 25-31, 2011.

EXPERT Panel on Detection E, Treatment of High Blood Cholesterol in A. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). **Journal of the American Medical Association**, v. 285, n. 19, p. 2486-97, 2001.

FEITOSA, F.S. et al. Síndrome metabólica e câncer de mama: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Clínica Médica de São Paulo**, v. 10, n. 6, p. 513-520, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Câncer de Mama**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama.2013>>. Acesso em: 30 novembro nov. 2013.

International Society for Advancement of Kinanthropometry. International Conference (10th: 2006: Melbourne Australia), Marfell-Jones M, Olds T. Kinanthropometry X: proceedings of the **10th International Society for the Advancement of Kinanthropometry Conference, held in conjunction with the 13th Commonwealth International Sport Conference**. London: Routledge, v. 264, 2008.

IRWIN, M.L. Physical activity interventions for cancer survivors. **British Journal of Sports Medicine**, v. 43, n. 1, p. 32-38, 2009.

IRWIN, M.L. et al. Influence of Pre- and Postdiagnosis Physical Activity on Mortality in Breast Cancer Survivors: The Health, Eating, Activity, and Lifestyle Study. **Journal of Clinical Oncology**, v. 26, n. 24, p. 3958-3964, 2008.

KIRJNER, A.; PINHEIRO, R.D.L. Interferência da obesidade no tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 3, p. 345-354, 2007.

LIU, L.N. et al. Weight change trajectory in women with breast cancer receiving chemotherapy and the effect of different regimens. **Journal of Clinical Nursing**, 2014.

MCTIERNAN, A.; IRWIN, M.; VONGRUENIGEN, V. Weight, physical activity, diet, and prognosis in breast and gynecologic cancers. **Journal of Clinical Oncology**, v. 28, n. 26, p. 4074-80, 2010.

MENDES, E.S.R. **Efeito da quimioterapia adjuvante sobre o peso e índice de massa corporal em mulheres com câncer de mama**. Dissertação (Mestrado em Ciências - São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2009. Universidade de São Paulo, 2009.

NAHAS, E.A.P. et al. Síndrome metabólica em mulheres na pós-menopausa tratadas de câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, p. 555-562, 2012.

NISSEN, M.J.; SWENSON, K.K. Changes in Weight and Body Composition in Women Receiving Chemotherapy for Breast Cancer. **Clinical Breast Cancer**, v. 11, n. 1, p. 52-60, 2011.

OBESITY: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. **World Health Organization technical report series**, v. 894, n. i-xii, p. 1-253, 2000.

PITANGA, F.J.G. Antropometria na avaliação da obesidade abdominal e risco coronariano. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 13, n. 3, p. 238-241, 2011.

REEVES, G.K. et al. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study. **British Medical Journal**, v. 335, n. 7630, p. 1134, 2007.

REZENDE, F.A.C. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 87, n. 6, p. 728-734, 2006.

RODRIGUES, A.D.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T. Mortalidade por câncer de mama e câncer de colo do útero em município de porte médio da Região Sudeste do Brasil, 1980-2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 241-248, 2011.

RODRIGUEZ SAN FELIPE, M.J. et al. Influence of body weight on the prognosis of breast cancer survivors. Nutritional approach after diagnosis. **Nutricion Hospitalaria**, v. 28, n. 6, p. 1829-1841, 2013.

SAÇO, L.F.; FERREIRA, E.L. Mulheres com câncer e sua relação com a atividade física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 18, n. 4, p. 11-17, 2010.

SCHMIDT, M.I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, 2011.

SESTAK, I. et al. Effect of body mass index on recurrences in tamoxifen and anastrozole treated women: an exploratory analysis from the ATAC trial. **Journal of Clinical Oncology**, v. 28, n. 21, p. 3411-3415, 2010.

SPARANO, J.A. et al. Obesity at diagnosis is associated with inferior outcomes in hormone receptor-positive operable breast cancer. **Cancer**, v. 118, n. 23, p. 5937-5946, 2012.

SPINOLA, A.V.; MANZZO, I.D.; ROCHA, C.D. As relações entre o exercício físico e atividade física eo câncer. **ConScientia e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 39-48, 2007.

THIVAT, E. et al. Weight change during chemotherapy changes the prognosis in non metastatic breast cancer for the worse. **BMC Cancer**, v. 10, p. 648, 2010.

VASQUES, A.C. et al. Indicadores antropométricos de resistência à insulina. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, p. 14-23, 2010.

#### **4 ARTIGO C - O CÂNCER DE MAMA EM UM CORPO ATRAVESSADO PELA ATIVIDADE FÍSICA**

**ANA CLÁUDIA DIAS SOUSA FIGUEIREDO**

Médica - Pós-graduanda em Mastologia, Ginecologia e Obstetrícia - Professora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais - SUPREMA - Mestranda na Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, Brasil

**LÍVIA FABIANA SAÇO**

Fisioterapeuta - Mestre em Educação Física - Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil.

**ROBERTA NOGUEIRA FURTADO FERREIRA**

Discente de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais - SUPREMA

**ELIANA LÚCIA FERREIRA**

Professora Doutora da Universidade Federal de Juiz de Fora - Educação Física - Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, Juiz de Fora, MG, Brasil.

## RESUMO

Este trabalho compreende a atividade física em grupo como mudança de paradigmas da mulher com câncer de mama. Objetivou-se, para isso, analisar os discursos de um grupo pesquisado em uma UNACON, em Juiz de Fora, em relação à informação e à prática de exercícios durante o tratamento da doença. Trata-se de um estudo descritivo que utiliza o referencial teórico-metodológico da Análise do Discurso como ferramenta para o estudo dos dados. Através da análise, foi possível perceber um silenciamento nos discursos sobre o corpo doente e a sua relação com a atividade física, fortemente marcada no processo do adoecer, somado à deficiência da equipe multiprofissional em indicar uma atividade física/corporal para esse sujeito. Essa carência de informações pelos profissionais que atendem a essas pacientes mostra a necessidade de uma intervenção em educação/aperfeiçoamento na saúde para atuar diretamente nas mudanças de comportamento sociais e psicológicos e estimular a atividade física/corporal no grupo, tornando-se estratégia eficaz no processo de recuperação pós câncer de mama.

**Palavras-chave:** Câncer de mama. Atividade física. Análise do Discurso.

## ABSTRACT

This work includes the physical activity group and changing paradigms of women with breast cancer. The objective of this to analyze the discourses of one respondent in a Unacon in Juiz de Fora, in relation to information and practice exercises for the treatment of disease group. This is a descriptive study using the theoretical and methodological framework of discourse analysis as a tool to study the data. Through the analysis, it was possible to perceive a silencing discourses on the sick body and its relationship with physical activity, strongly marked in the disease process, added to the failure of the multidisciplinary team to indicate a physical / bodily activity for that subject. This lack of information for professionals who work with these patients shows the need for intervention in education / health improvement to operate directly on changes in social and psychological behavior and encourage physical / bodily activity in the group, becoming effective strategy in the process recovery after breast cancer.

**Keywords:** Breast Cancer. Physical Activities. Discourse Analysis.

## 4.1 Introdução

As representações sociais do corpo feminino na contemporaneidade trazem uma inquietação quanto à importância do seu valor para o indivíduo e para a sociedade a que ele pertence. O corpo atualmente concebido como objeto é construído segundo uma conjuntura sociohistórica pré-estabelecida, nas quais regras estéticas e sociais determinam a formação discursiva do sujeito sobre o seu corpo. Nessa perspectiva, de acordo com Kappaun e Ferreira (2008), o discurso médico o transforma em objeto de cuidado distante do paciente e de sua história pessoal.

O paradoxo narrado pela história do século XX revela o complexo processo das mutações históricas em cujo seio se constitui a relação do sujeito contemporâneo com seu corpo. A distinção entre o são e o doente, entre o corpo normal e o anormal, a relação entre a vida e a morte em uma sociedade instrumentalizada e medicalizada traz uma reflexão para o novo século:- Meu corpo me pertence? (CORBIN, COUTINE, VIGARELLO, 2008).

Ainda no que se refere ao corpo doente atravessado pelo câncer de mama, para Vieira e Queiroz (2006) chamam atenção para o momento em que a mulher recebe o diagnóstico, passando, a partir desse ponto, o seu modo de vida e suas relações interpessoais e sociais a serem objeto de reflexão e indagações. A paciente, assume, então, um novo papel social dentre tantos outros, o de doente do câncer. Essa doença está vinculada a questões socioculturais e apresenta uma alta prevalência de morbimortalidade ao longo de toda trajetória na história da humanidade.

Atualmente, há uma preocupação com a manutenção da saúde, sendo essa superior à com a doença, tal como discutem Bakes et al. (2009). O processo saúde-doença perpassa por esse contexto quando são debatidas as contribuições que a atividade física promove para o sujeito com câncer. A medicina lança novos tratamentos na busca pela cura da doença e essas intervenções sistêmicas e locais promovem eventos adversos a curto e longo prazo, como alopecia, náusea, vômitos e fadiga relacionados à doença. Porém, a terapêutica reduz a mortalidade e, conseqüentemente, aumenta a sobrevivência livre da enfermidade, conforme afirmam Cintra, Guerra e Bustamante-Teixeira (2008).

A compreensão do fenômeno saúde e doença no contexto histórico atual está centralizado na promoção da saúde. Porém, na prática, ainda percebe-se uma relação íntinseca com o discurso preventivista, com foco na doença. Para Bakes et al. (2009), os profissionais que compõem o grupo da saúde devem conhecer as interações sociais, políticas e culturais para atingirem um objetivo maior que é a busca pela saúde plena.

Lynch (2010) demonstrou em sua pesquisa "Comportamento sedentário e a sua relação com o câncer de mama incidência e prognóstico" que hábitos de vida sedentários são prevalentes nas pacientes sobreviventes ao câncer, tendo um crescente número de publicações relacionado esse hábito sedentário com piores prognósticos para o referido grupo. Fazem parte dos fatores de risco modificáveis a inatividade física e/ou comportamento sedentário, a alimentação inadequada e o tabagismo. Para Rojas-Rajs et al. (2013) deve-se problematizar a concepção de saúde, para alcançar e minorar esses riscos, por meio, principalmente, da comunicação e informação, na busca por uma saúde da coletividade.

Segundo Sardinha e Magalhães (2012), o comportamento sedentário é definido como sendo próprio de atividades que não aumentam o gasto energético, como assistir televisão e utilizar computador, além do tempo gasto sentado no trabalho ou no seu deslocamento. Por outro lado, segundo Schimitz et al. (2010), a atividade física é entendida hoje como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos que resulte em gasto energético acima do normal, uma forma segura e eficaz de melhora dos eventos adversos ocorridos durante o tratamento. De acordo com Spinola et al. (2007), os estudos que tentam associar atividade física ou exercício físico à prevenção contra o câncer apresentam resultados bastante positivos; entretanto, ainda não se sabe ao certo quais são os mecanismos responsáveis pela redução do risco de se adquirir o câncer de mama quando se pratica exercício/atividade física.

Há evidências na literatura, tal como em Barreto et al. (2005) e Irwin (2009), de que a atividade física regular proteja contra o ganho excessivo de peso; porém, o hábito sedentário, especialmente as ocupações e recreações sedentárias, são responsáveis por isso. Irwin (2009) concluiu, em seu trabalho, que médicos e oncologistas, ao assistirem seus pacientes com câncer, devem encorajá-los a fazer algum tipo de atividade física, melhorando, com isso, eventos adversos, prognóstico e qualidade de vida.

McTiernan et al. (2010) buscaram evidências na literatura para explicar os mecanismos que justificassem a menor incidência de câncer e um melhor prognóstico dos indivíduos portadores de câncer que fazem algum tipo de atividade e/ou exercício físico. Os autores observaram, ainda, que a atividade física é uma excelente intervenção para a saúde pública, reduzindo o impacto do câncer e do seu tratamento sobre o indivíduo, com baixo custo e risco mínimo para quem a pratica.

Nesse contexto histórico da replicação da individualidade, ao mesmo tempo, da globalização do conhecimento frente ao novo conceito de saúde, objetivando um estilo de vida saudável, surge um novo desafio para a saúde pública e para os profissionais que lidam diretamente com o ser/corpo/doença. É através dessa peculiaridade que se propõe, neste artigo, analisar o discurso sobre o corpo em atividade do sujeito atravessado pelo câncer de mama.

## **4.2 Materiais e métodos**

Esta é uma pesquisa empírica com uma abordagem qualitativa, norteadas metodologicamente pela Análise do Discurso (AD), em sua vertente francesa. Foi desenvolvido no Hospital José Maria Baeta Rodrigues (ASCOMCER), localizado na cidade de Juiz de Fora, instituição que representa uma das três com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes. É classificado pelo Ministério da Saúde como Unidade Hospitalar de Alta Complexidade (UNACON) e atende à população com diagnóstico de câncer da macrorregião sudeste do estado de Minas Gerais (BVS, 2014).

### **4.2.1 População da pesquisa**

Os sujeitos desta pesquisa, oito mulheres entre 40 e 60 anos, foram submetidas à mastectomia radical com reconstrução imediata ou setorectomia com linfadectomia associados aos tratamentos de quimioterapia e radioterapia. Todas elas realizaram os procedimentos cirúrgico, quimioterápico e radioterápico há mais

de seis meses. Vale ressaltar, embasando-nos em Leite et al. (2011), que essas mulheres não apresentavam mais sequelas da quimioterapia como alopecia, unhas escuras, náuseas e vômitos, porém todas estavam em uso de hormonioterapia (tamoxifeno), medicação de uso diário, por um período de cinco anos, apresentando eventos adversos como fadiga, fogachos, poliartralgia, dentre outros .

As entrevistas foram realizadas em outubro de 2013, no ambulatório de atendimento oncológico, no horário de consulta. Portanto, durante esse período, nenhuma das pacientes apresentava a doença na sua forma ativa.

#### 4.2.2 O corpus de análise

Para Orlandi (2010), o corpus da Análise do Discurso nunca pode ser analisado de forma separada do processo de compreensão. A relação com o corpus suscita outras questões e, se há ampliação, conseqüentemente, o corpus se expande.

Foi utilizado para constituí-lo um roteiro de entrevista com três questões abertas abaixo relacionadas:

- 1 - Antes de ter sido diagnosticada com o câncer de mama, realizava algum tipo de atividade física regular?
- 2 - Durante ou após o tratamento você fez ou faz alguma atividade física regularmente?
- 3 - Você foi orientada/estimulada por algum profissional da equipe responsável por seu tratamento a fazer alguma atividade física regular?

Nesta pesquisa, especificamente, o corpus como material de análise serviu de apoio para compreender como as mulheres diagnosticadas e tratadas do câncer de mama estavam se significando e se subjetivando na relação com a atividade física/atitude. Verificou-se, também, se havia algum tipo de orientação sobre essa prática por parte dos profissionais que assistiam à paciente durante todo o processo de tratamento e controle nos primeiros cinco anos. No quadro 1 abaixo, foram expostos fragmentos de falas que representam metáforas, paráfrases e polissemias no interior desses discursos.

**Quadro 1 - Discursos dos sujeitos sobre a prática de atividade física antes e após o tratamento para o câncer de mama**

Sujeito	Idade	Metáfora, paráfrases e polissemias - Dizeres grafados
Sujeito 1	59	<p>... antes eu não <u>tinha</u> tempo suficiente, porque eu <u>trabalhava</u>. <u>Depois da doença</u>, eu passei a fazer atividade regularmente todos os dias. Hoje <u>minha vida melhorou</u> muito, <u>faço controle</u> com o nutricionista e caminhada regularmente, <u>resolvi fazer</u> porque estava com excesso de peso. A <u>doença veio</u>, mas ao mesmo tempo eu tive muitas graças, pois <u>minha vida melhorou muito depois da cirurgia</u>...</p>
Sujeito 2	54	<p>... Todo dia <u>eu fazia minha caminhada</u> quando levava meu filho para a escola, era sagrado. <u>Depois tudo acabou</u>, depois da cirurgia eu estava caminhando, mas <u>veio a quimioterapia</u> e eu <u>fiquei desanimada</u>, agora eu <u>estou prostrada</u>, com dores nas pernas, eu <u>não aguento mais fazer nada</u>, sei que estou precisando pois não consigo cortar nem minhas unhas. Sei que <u>preciso ter uma meta</u>, fazer uma atividade física, mas <u>minha autoestima está lá embaixo</u>. Minha pressão arterial não abaixa, marquei cardiologista e vou a São Paulo consultar para fazer redução de estômago. Estou esperando consulta com ortopedista e endocrinologista, estou com bico de papagaio na coluna e esporão no pé. Ontem estava com <u>uma angústia muito grande</u>, com sensação de que iria acontecer algo comigo, estou tomando remédio para depressão. Eu já me entreguei...</p>
Sujeito 3	51	<p>...<u>Eu não fazia atividade física</u> porque <u>eu tinha preguiça</u>, <u>nunca gostei</u>. Quando comecei a fazer fisioterapia para o braço <u>depois da cirurgia</u> do câncer eu <u>fui informada e</u></p>

		<p><u>convidada a participar de um grupo de atividade física e câncer</u>, então <u>fui e gostei</u>. Hoje eu não estou indo porque estou com dores, mas depois que <u>comecei a fazer atividade com o grupo eu adorei</u> e hoje eu faço duas vezes por semana na universidade e hidroginástica no meu bairro...</p>
Sujeito 4	50	<p>... Não <u>fazia atividade física</u>, porque não fazia. <u>Não tinha interesse</u> em fazer, não andava até por causa do meu joelho. Depois da doença, eu <u>comecei</u> a fazer fisioterapia e <u>comecei a participar de um grupo</u> na Universidade Federal de Juiz de Fora e aí eu não parei mais. Hoje eu busco todos os tipos de atividade física, <u>fez muita diferença na minha vida</u>. O <u>grupo foi muito importante</u>, quando a gente vê as pessoas que têm a mesma necessidade minha, <u>dá força para gente</u>. Hoje eu estou fazendo atividades que eu não fazia, os professores gostam da gente dando novo estímulo. <u>Eu tenho uma meta</u>, cada dia <u>tento alcançar</u> mais, o exercício que eu faço é para me dar equilíbrio e postura. Eu estou <u>me preparando para fazer caminhadas</u> grandes espero que a reta final possa demorar mais um pouco...</p>
Sujeito 5	38	<p>... Fazia caminhada <u>pois meu cardiologista me orientou</u>, então eu <u>fazia caminhada</u> regularmente, <u>obedecia</u> o médico pois minha irmã faleceu desta doença também. <u>Depois do câncer</u>, eu parei a caminhada, <u>preguiça</u> mesmo. Depois do tratamento, eu senti dificuldade para caminhar, quando <u>recomecei depois da quimioterapia tive tonteira</u>, falei com o cardiologista e ele pediu que eu chamasse minha irmã para acompanhar e <u>aí ficou difícil</u>. Estou vendo se entro na hidroginástica, mas não estou fazendo nada no momento...</p>
		<p>... eu <u>não fazia</u> nenhuma atividade física; na roça eu <u>carregava lata</u> na cabeça e tratava de porcos; eu achava</p>

Sujeito 6	44	<p>que nunca ia ter isso, na novela que <u>aquela menina raspou a cabeça</u> eu <u>pedi a Deus</u> para nunca <u>ter isto</u>. Quando eu estava tomando banho, palpei a mama esquerda e percebi que tava dura, fui ao médico que cuida de toda família e ele me passou para uma doutora que me mandou fazer uma mamografia. <u>Não era para ter feito</u>, pois foi o exame que fez sangrar... Depois que fiz a quimioterapia e a radioterapia, procurei a Vera(nutricionista) porque <u>queria perder</u> peso e ela me <u>orientou</u> a fazer caminhada e fechar a boca. Hoje eu faço exercício por conta própria e travei a boca, mas <u>eu preciso que as pessoas falem</u> quanto e o que eu devo fazer, como receita, sabe? Lá na minha cidade tem academia, mas <u>eu me preocupo em fazer certo</u>, <u>eu tenho medo</u> de fazer as coisas sem orientação...</p>
Sujeito 7	45	<p><u>Não fazia atividade física</u> regular porque eu <u>trabalhava muito</u>, pela manhã, tarde e noite. Sempre estive um pouco acima do peso, mas nem agora <u>depois do tratamento</u> eu <u>faço</u>, porque me <u>sinto cansada, fadigada</u>. Depois que comecei o remédio, eu aumentei de 5 a 7 quilos depois do tratamento. Hoje, mesmo estando afastada do meu trabalho, eu poderia fazer alguma atividade, mas <u>me sinto cansada</u>. Só de pensar em uma <u>atividade física me dá fadiga</u>...</p>
Sujeito 8	42	<p>...<u>sempre fiz</u> caminhada antes da doença, sem obrigação, <u>mas sempre fiz</u>. <u>O meu objetivo</u> era melhorar o corpo. Durante e depois da quimioterapia <u>eu não consegui fazer</u> porque tinha <u>muitas dores no corpo</u>. Com a <u>quimioterapia meu cabelo caiu</u> e eu <u>não queria sair</u> na rua caminhando. Agora faço caminhada, fisioterapia, bicicleta. Com relação ao peso, eu me alimento bem. Durante o tratamento eu tive</p>

		muito enjoo. Hoje eu <u>sinto que estou melhorando</u> muito, <u>tento não colocar isto</u> na minha cabeça....
--	--	--

Fonte: Elaboração própria (2014).

#### 4.2.3 O método da Análise do Discurso

O suporte metodológico utilizado para interpretar o discurso dos sujeitos que responderam à entrevista, segue a linha francesa, que estabelece uma relação existente no discurso entre a língua, sujeito, história ou língua e ideologia. A partir dessa perspectiva, trabalhar-se-á com os sentidos produzidos pelos discursos dos sujeitos, amparando-nos na discussão trazida em Careganato et al. (2006).

Ainda em acordo com os autores supra citados, é possível afirmar que o corpus da Análise do Discurso foi constituído pela formulação: ideologia relacionada à história e a linguagem, sendo a ideologia interpretada como o posicionamento do sujeito quando se filia a um discurso, construído pelo imaginário que está no inconsciente; a história representando o contexto sociohistórico onde ele se insere, e a linguagem, a materialidade do texto, gerando "pistas" do sentido do que o sujeito queria dizer.

Nesse sentido, para Orlandi (2010), analisar é compreender a ordem do discurso, sendo esse entendimento possível através do que denomina de "dispositivo analítico". Segundo a autora, a Análise do Discurso busca encontrar não o ideológico explícito ou implícito do texto, mas a maneira como o dito se significa e, com isso, a historicidade desse significar.

Discursos apontados nos dados coletados não dizem tudo, mas o "não dito" aparece nas entrevistas, subentendidos nas entrelinhas. Foram essas "pistas" que se tentou captar nas entrevistas, por meio das repetições (paráfrases) e diferenças de sentido (metáfora) que as questões faziam produzir.

Em relação ao discurso enunciado pelo sujeito, a autora relata que, para o seu discurso possuir sentido, é preciso que ele já tenha sentido, isso é, o sujeito se inscreve (e inscreve o seu dizer) em uma formação discursiva que se relaciona a outras formações discursivas. Dessa forma, a relação entre a situação social do

sujeito e a sua posição no discurso não é direta, há formações imaginárias que presidem essa relação, de forma que o lugar de onde ele fala se reflete no que ele diz.

Proceder à Análise do Discurso significa necessariamente considerar os aspectos que evidenciam a heterogeneidade das falas de cada sujeito e de sua formação discursiva. Essas identificações, segundo Macedo et al. (2008), são realizadas por meio dos dizeres interrompidos, da gramática irregular, da metáfora (mudanças de sentido das palavras), das paráfrases que instituem o sentido literal e reformulam sentidos, assim como da polissemia, que produz deslocamentos e constrói ambiguidades. É necessário, portanto, estar atento ao não verbalizado, ao silêncio, ao tom de voz, às falas que carecem de sentido para o que está sendo discutido.

É um jogo de imagens que se projeta em todo discurso. Orlandi, 2010 ressalta que a noção de discurso implica a relação da linguagem com a exterioridade, sendo ela constituinte do que é chamado de condições de produção de discurso, incluindo a memória discursiva e sua historicidade. Acrescenta, ainda, que o discurso se estabelece sobre um outro(s) discurso(s) e aponta para outro(s) que é seu futuro discursivo, tornando-se um *continuum*, um funcionamento imaginário da memória.

### **4.3 Discussão**

Para a análise das entrevistas, será utilizada a relação de uma letra para a palavra dentro dos discursos considerados, técnica manipulada por Pêcheux (1984) no seu processo de análise. No quadro 2 é apresentada a forma como essa metodologia se constitui e a análise das entrevistas:

### Quadro 2: Modelo proposto por Pêcheux (1975)

Dx1	X-B-C-D	
Dx2	X-Y-C-D	= Deslizamentos Metafóricos – paráfrase
Dx3	X-Y-K-D	
Dx4	X-Y-K-E	

Fonte: Elaboração própria(2014).

Refletindo a respeito dos fragmentos dos discursos de alguns sujeitos com relação à significação da doença para o seu "ser" agora "doente", identifica-se a presença de paráfrases e metáforas que apontam para uma rede de significação, o que leva a compreensão de como o câncer de mama é entendido por esses sujeitos. As mulheres deste estudo repetiram a marca enunciativa "doença", parafraseando o "câncer", como forma de silenciar todo o contexto arraigado nessa marca (quadro 3).

### Quadro 3 - Paráfrases da marca enunciativa câncer

- S1: (...) depois da doença, eu passei a fazer atividade regularmente. A doença veio...
- S2: (...) depois tudo acabou, depois da cirurgia...veio a quimioterapia.
- S5: (...) meu cardiologista me orientou, minha irmã faleceu desta doença.
- S6: (...) eu achava que nunca ia ter isso; pedi a Deus para nunca ter isso.

Fonte: Elaboração própria (2014).

De acordo com Silva, 2005, o diagnóstico do câncer de mama e seu tratamento afetam a condição física, social e emocional da mulher frente aos eventos estressores que o adoecimento desencadeia, com estratégias de enfrentamento específicas para cada fase da doença e do tratamento.

Receber o diagnóstico do câncer de mama traz para a mulher uma série de consequências que atingem diretamente seu modo de vida, estando associadas à esfera social, familiar e ao psiquismo, segundo apontam Caetano, Gradim e Santos (2009). Ainda conforme os autores, o enfrentamento do diagnóstico, do tratamento e a reabilitação do câncer está diretamente relacionado ao seu ajustamento ou desajustamento psíquico e social. Os discursos expostos no quadro 4 apresentam

esse impacto, que reflete diretamente em um corpo em movimento sendo silenciado pela doença.

#### **Quadro 4 - Marcas enunciativas que parafraseiam os efeitos colaterais do tratamento/ impacto psíquico-social**

S5: (...) depois do tratamento eu senti dificuldade para caminhar. Quando recomecei depois da quimioterapia tive tonteira, falei com meu cardiologista;

S6: (...) naquela novela que aquela menina raspou a cabeça; pedi a Deus para nunca ter isso.

S7: (...) me sinto cansada, fadigada.

S8: (...) a perda do cabelo, tudo me desanimou um pouco; com a quimioterapia.

Fonte: Elaboração própria (2014).

Lamino et al., (2011) observaram uma alta incidência dos sintomas dor, fadiga e dificuldade de realizar atividade física devido à fraqueza muscular no grupo de mulheres em controle após o tratamento, trazendo danos à qualidade de vida desses indivíduos.

Segundo os autores Cardoso et al. (2010) e Saço e Ferreira (2010): a atividade física é primordial não apenas na prevenção, mas também na melhoria de alguns eventos adversos, como a fadiga e a capacidade física durante o tratamento. O aspecto da representatividade/vivência da atividade física no grupo do estudo está demonstrado no quadro 5.

**Quadro 5 - Enunciados das formações discursivas do sujeito que estão se submetendo ao tratamento e a atividade física/inatividade.**

S1: (...) antes eu não fazia...passei a fazer...tive muitas graças, pois minha vida melhorou muito, faço controle com nutricionista e caminhada todos os dias.

S2: (...) todo dia eu fazia...fiquei desanimada, não aguento fazer mais nada. Minha autoestima está lá embaixo. Preciso ter uma meta.

S3: (...) não fazia, porque eu tinha preguiça. Comecei a fazer fisioterapia para o braço. Hoje eu faço duas vezes por semana na universidade e no meu bairro hidroginástica.

S4: (...) não fazia porque não fazia; comecei a fazer fisioterapia; não parei mais. O exercício que eu faço é para me dar equilíbrio e postura. Eu tenho uma meta.

S5: (...) fazia caminhada; parei de fazer, tive tonteira ficou muito difícil.

S6: (...) nada...morava na roça, caiu a lata que eu carregava na cabeça, apareceu isso. Tem que ter uma coisa certa, falar o que eu tenho que fazer, eu me preocupo em fazer certo, eu tenho medo de fazer as coisas sem orientação.

S8:(...) com a quimioterapia meu cabelo caiu e eu não queria sair na rua caminhando.

Fonte: Elaboração própria (2014).

A contradição, o equívoco e a dispersão são evidenciadas em distintas formações discursivas, mostrando diferentes posições e significações do sujeito. Tal fenômeno pode ser observado, por exemplo, quando, em entrevista, o S1 menciona não fazer atividade física e depois obter muitas graças. O relato do paciente demonstra ambiguidade nos discursos (polissemia), assim como a maneira como esse momento se mostra rodeado de individualidade - aquilo que o ser já traz em sua formação, evidenciando, aqui, a heterogeneidade do discurso, apontada por Orlandi (2010). Em S6, observa-se a polissemia construída através da relação causa/efeito quando o paciente conta sobre suas obrigações na roça e relaciona essa atividade com o aparecimento do câncer, ficando, aqui, evidenciado o não dito: "a atividade que eu fazia me adoeceu".

O câncer nas classes sociais populares tem uma conotação moral/ religiosa como uma doença punitiva e fatal característica do cristianismo ocidental em que o ser se assujeitava ao destino divino, em uma relação de punição e redenção. Nessa abordagem, a interpretação religiosa do binômio saúde-doença é representada pelo

binômio sagrado-profano. De acordo com as pesquisas de Aquino e Zago (2007), o discurso do sofrimento pelo câncer vem carregado de significados nos quais são evocados, ao mesmo tempo, a força e a fraqueza, a vulnerabilidade e a determinação, a resignação e a coragem, como verificado nos discursos que se seguem: "antes eu não fazia,...tive muitas graças, pois minha vida melhorou muito"(Paciente S1); "eu achava que nunca ia ter isso, eu pedi a Deus para nunca ter isto" (Paciente S2); "não fazia porque não fazia,...não parei mais, eu tenho uma meta" (Paciente S4); "falar o que eu tenho que fazer,...eu tenho medo de fazer as coisas sem orientação" (Paciente S6).

Por outro lado, a mudança de comportamento é um dos pilares no sentido de valorização da vida. Para Leite et al., (2012) foram duas as estratégias que o indivíduo com câncer de mama mais empregou para enfrentar o diagnóstico da doença e o seu tratamento. Primeiramente, focou o problema adaptando-se à doença, com atitudes positivas, ajustando-se, desse modo, à nova realidade. A segunda estratégia levantada pelo autor é o enfrentamento com foco na religião, pois a crença em Deus, o pensamento positivo e o otimismo são importantes para o desenvolvimento de respostas adaptativas à situações difíceis vivenciadas durante o tratamento como percebe-se nos discursos: " A doença veio mas ao mesmo tempo eu tive muitas graças" (Paciente S1); "Minha autoestima está lá embaixo, preciso ter uma meta" (Paciente S2); "Hoje eu tenho metas, cada dia tento alcançar mais uma..." (Paciente S4); "Eu pedi a Deus para nunca ter isto, eu preciso que as pessoas falem o quanto e o que eu devo fazer" (Paciente S6).

O enfrentamento da doença e a luta contra a morte é marca presente, destacando-se até mesmo no que se refere à cura da doença. O estigma social que a acompanha ainda é um aspecto forte mesmo no século XX, em um país globalizado e, ao mesmo tempo individualista. Quanto a esse aspecto social Koury (2014) relata que nesses grupos, surge uma identidade sociocultural que fortalece a crença na valorização da vida, tornando seus integrantes parceiros no enfrentamento do tratamento e na busca da saúde. Assim, sentem-se como se encontrassem sua face no social (quadro 6).

**Quadro 6 - Condições de produção de sentido de um novo discurso, mas que se remetem às práticas sociais e históricas.**

S3: (...) fui convidada para participar do grupo. Passei a gostar; hoje eu faço regularmente.

S4: (...) eles me chamaram para um grupo na universidade; não parei mais. Hoje eu busco todos os tipos de atividade física. Quero dizer que os fisioterapeutas vão gostando da gente e aí eu vou fazendo; perseverança; hoje eu tenho uma meta; o grupo é muito importante a gente trabalhando junto, hoje eu não estou boa, preciso ficar para ajudar a outra que está pior; você vai pegando gosto pelas coisas.

S6:(...) hoje eu faço exercício por conta própria. Lá na minha cidade tem academia, mas eu me preocupo em fazer certo, eu tenho medo de fazer as coisas sem orientação.

Fonte: Elaboração própria (2014).

Ressalta-se, ainda, a marca de metáfora em S4, quando o paciente diz que “os fisioterapeutas vão gostando da gente e aí eu vou fazendo. Você vai pegando gosto pelas coisas” (Paciente S4). Nesse sentido, as mulheres em tratamento reavivam sua identidade, suas características, sua vida. Cardoso et al. (2010) destaca os benefícios na recuperação da funcionalidade das articulações, na diminuição da dor e na melhora da postura, trazendo bem estar e alegria e promovendo a sociabilidade.

A autora apresenta um discurso ampliado da relação da atividade física com a mulher com câncer, deixando claro a importância da parceria e da integralidade da ação sobre esse corpo, considerando os aspectos biológicos, físicos e sociais do adoecer e do cuidado com esse sujeito. A atividade física em grupo e o cuidar de si, de acordo com Cardoso e Ferreira (2010), têm um sentido mais amplo quando se reformula o conceito de atividade física e câncer como uma atividade corporal, entendida no seu sentido mais amplo, promovendo para essa população, ganho emocional e maior sociabilidade .

Para Falci e Almeida (2013), na busca pela saúde, é preciso expandir o conhecimento sobre os benefícios da prática de uma atividade física/corporal em grupo tanto para a equipe inter e multidisciplinar que cuida da mulher atravessada pelo câncer de mama, quanto para a própria mulher interessada em tornar-se

saudável, para que ela não passe novamente pelo processo de adoecimento pelo câncer.

Quando percebe-se o silenciamento do sujeito (S6) ao ter medo de que a atividade física sem orientação possa levá-lo ao câncer (... "Lá na minha cidade tem academia, mas eu me preocupo em fazer certo, eu tenho medo de fazer as coisas sem orientação"), constata-se a importância da orientação por parte dos profissionais que lidam com a reabilitação.

Nessa perspectiva, reafirma-se a necessidade de um maior conhecimento sobre como, quando e qual seria a melhor maneira de sugerir informações adequadas para o paciente, buscando, nesse contexto, uma proatividade em todo o tratamento do câncer de mama.

#### **4.4 Conclusão**

O trabalho demonstrou que os discursos encontram-se imbuídos por um silenciamento perante o corpo doente e obeso e sua relação com a atividade física, seja pela forte marca do próprio adoecer seja pelo desconhecimento/descontentamento com o tratamento. A deficiência de informação prestada a essas mulheres pela equipe multidisciplinar em relação à indicação do trabalho corporal foi identificada no discurso do grupo, enfatizando a necessidade de informação, capacitação e acolhimento integrado por parte dos profissionais que as atendem.

O assujeitamento presente no discurso da mulher com câncer deve ser revisto, a fim de oferecer a essa paciente informações sobre as modalidades terapêuticas comportamentais que auxiliam no tratamento da sua doença. É preciso preparar profissionais da área da saúde para que possam atuar diretamente na transmissão de conhecimentos a essas mulheres sobre os prejuízos do câncer e os benefícios nos aspectos sociais e psicológicos de um tratamento aliado à prática de atividades físicas, principalmente em grupo.

É necessário, ainda, incentivar o desenvolvimento de projetos na área de saúde pública para a constituição de núcleos interdisciplinares, compostos por profissionais preparados para receber e acolher os pacientes, a fim de possibilitar

mudanças culturais e sociais para que cada paciente possa ser/ter um corpo que a signifique na sua plenitude, independente do momento de vida.

#### 4.5 Referências

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Rev Latino-am Enferm**, v. 15, n. 1, p. 1-6, 2007.

BACKES, M.T.S et al. Conceitos de saúde/doença na história. **Rev. enferm**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-117, jan/mar 2009.

BARRETO, S.M. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da organização mundial da saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, n. 1, p. 41-68, 2005.

BVS. Ministério da Saúde. **Dicas em Saúde**. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. Acesso em: 14 fev. 2014.

CAETANO, E.A.; GRADIM, C.V.C.; SANTOS, L.E.S. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Rev Enferm**, UERJ, v. 17, n. 2, p. 257-261, 2009.

CARDOSO, F. S.; FERREIRA, E. L. Um olhar sobre o câncer de mama: A atividade física e seu significado para mulheres participantes de grupo de apoio. **Revista Rua**, Campinas, v. 1, n. 16, p. 194-219, 2010.

CAREGNATO, R.C.A; MUTTI, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise do discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006

CINTRA; J. R. D.; GUERRA, M. R.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, n. 4, p. 339-46, 2008.

CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **História do corpo: 3. As mutações do olhar. O século XX**. Petrópolis: Vozes, 2008.

FALCI, D. M.; ALMEIDA, B. S. A Inserção do Profissional de Educação Física na Atenção Primária à Saúde e os Desafios em sua Formação. **Interface**, v. 17, n. 47, p. 885-899, 2013.

IRWIN, M.L. Physical Activity Interventions for Cancer Survivors. **Br J Sports Med**, v. 43, n. 32, p. 32-38, 2009.

KAPPAUN, N. R. C.; FERREIRA, M. E. C. A imagem corporal de mulheres mastectomizadas. **HU Revista**, v. 34, n. 4, p. 243-248, 2008

KOURY, M. G. P. Identidade e pertença: Estilo de vida e disposições morais e estéticas em um grupo de jovens. **RUA**, v. 1, n. 14, 2008. Disponível em: <<http://www.labeurb.unicamp.br/rua/pages/home/lerArtigo.rua?id=62&pagina=24>>. Acesso em: 24 mai. 2014.

LAMINO, D. A.; MOTA, D. D.; PIMENTA, C. A. M. Prevalência e comorbidades de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. **Rev Esc Enferm**, USP, v. 45, n. 2, p. 508-514, 2011.

LEITE, F.M.C. et al. Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com tamoxifeno: perfil sociodemográfico e clínico. **Rev Bras Cancer**, v. 57, n.1, p. 15-21, 2011.

\_\_\_\_\_. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 2, p. 211-217, 2012.

LYNCH, B. M. Sedentary behavior and cancer: A Systematic Review of the Literature and Proposed Biological Mechanisms. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**, v. 9, n. 11, p. 2691-2709, 2010.

MACEDO, L.C. et al. Análise do Discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface**, v. 12, n. 26, p. 649-657, 2008.

MARTINS, L.C.; FILHO, C.F.; GIGLIO, A.D.; MUNHOES, D.A.; TEVIZAN, L.L.B.; HERBEST, L.G.; et al. Desempenho Profissional ou Doméstico das Pacientes em Quimioterapia para Câncer de Mama. **Rev Assoc Med Bras**, v. 55, n. 2, p. 158-162, 2009.

MARUYAMA, S. A. et al. O corpo e a cultura como o locus do câncer. **Cogitare Enferm**, v. 11, p. 171-175, 2006.

MCTIERNAN, A.; IRWIN, M.L.; VONGRUENIGEN, V.; Weight, Physical Activity, Diet, and Prognosis in Breast and Gynecologic Cancers. **JCO**, v. 28, p. 26, p. 4074-4080, 2010.

ORLANDI, E.P. **Análise de Discurso: Princípios e Procedimentos**. 9. ed. São Paulo, Campinas: Editora Pontes, 2010.

ROJAS-RAJS, S. O.; SOTO, E. J. Health Communication and Healthy Lifestyles: Contributions Towards Reflection on Collective Health. **Interface**, v. 17, n. 46, p. 587-599, 2013.

SAÇO, L. F., FERREIRA, E. L. Mulheres com câncer e sua relação com a atividade física. **Rev Bras Cienc e Mov**, v. 18, n. 4, p. 11-17, 2010.

SCHMITZ, K.H. et al. American College of Sports Medicine Roundtable on Exercise Guidelines for Cancer Survivors. **Med Sci Sports Exerc**, v. 43, n. 1, p. 1409-1425, 2010.

SILVA, G. **Processo de enfrentamento no período pós-tratamento do câncer de mama**. Dissertação(Mestre em ciências)- Faculdade de Filosofia, Ciências e letras de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo, 2005.

SPINOLA, A.V.; MANZZO; I.S.; ROCHA, C.M.; As Relações entre Exercício Físico e Atividade Física e o Câncer. **ConScientia e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 39-48, 2007.

VIEIRA, C. P.; QUEIROZ, M. S. Representações sociais sobre o câncer feminino: Vivência e contexto institucional. **Psicol Soci.**, v. 18, p. 63-70, 2006.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer é uma doença prevalente na população feminina brasileira, e, por isso, importante objeto de investigação para a formulação de estratégias relacionadas às políticas públicas voltadas para a saúde. Analisando esse grupo específico, o excesso de peso foi comprovado pelo primeiro artigo desta dissertação, mostrando que ela incide em mais da metade dessas mulheres. Dessa forma, foram revelados, por meio das medidas antropométricas do grupo com esse fator de risco, além de seu discurso, um comportamento sedentário relacionado a um desajustamento social, cultural e psíquico, influenciando diretamente a forma de enfrentamento da doença.

Quando no segundo artigo analisou-se a variação do IMC no pré e pós-tratamento, não foi observada uma alteração significativa com relação a esse parâmetro, o que demonstra que as pacientes em processo de cura permaneceram com excesso de peso. Sendo assim, chegou-se à conclusão de que não houve nenhuma intervenção efetiva por parte da equipe multidisciplinar, com o objetivo de modificar esse fator de risco responsável por um prognóstico desfavorável. O silenciamento na comunicação em saúde fica assim retratado, uma vez que não foram identificadas estratégias de ação e intervenção da equipe de saúde para modificar o fator de risco obesidade nesse grupo.

Ao analisar o discurso dessas mulheres quanto à prática de uma atividade física durante o tratamento para o câncer de mama, observou-se uma deficiência/ausência (não-dito) de conhecimentos e informações sobre os benefícios dessa intervenção. A atividade física em grupo tem uma representatividade para essas mulheres quando compreende-se essa coletividade como um conjunto de pessoas unidas para formar um todo com os mesmos interesses e as mesmas vontades. Com isso, esses sujeitos passam a criar laços afetivos, uma vez que o outro passa a ser percebido como um prolongamento do eu, tornando-se, naquele momento parceiros para encarar as dificuldades da vida.

O coletivo fortalece e traz confiança para o enfrentamento do tratamento e dos seus eventos estressores, sendo a atividade física/corporal praticada em grupo fortalecedora do corpo em seus aspectos biológicos, físicos, psíquicos e sociais. O

cuidar de si demonstra um comportamento de valorização e de adaptação à nova realidade.

Constatou-se uma deficiência nas estratégias de ação e despreparo/desconhecimento por parte da equipe de saúde que cuida desse grupo, no sentido de promover a saúde do corpo adoecido pelo câncer e pela obesidade. Hoje com a inclusão na residência multiprofissional do educador físico, faz-se necessário a formação/informação especializada deste profissional para atuar junto a esse sujeito adoecido pelo câncer.

Observou-se, além disso, uma carência de políticas públicas na promoção da saúde desde o diagnóstico do câncer, incluindo as pacientes que se recuperaram da doença, até a intervenção nas mudanças culturais/sociais para o cuidado com esse sujeito, o que possibilitaria um novo discurso de promoção da prática da atividade física/corporal em grupo.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, D.; CEBOLA, M.; MENDES, L. Alimentação, composição corporal e cancro da mama. **Saúde & Tecnologia ed online**, Lisboa, p. 9-12, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Controle do Câncer de Mama**: Documento de Consenso. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf/>>. Acesso em: 19 fev. 2014.
- BVS. Ministério da Saúde. **Dicas em Saúde**. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. Acesso em: 14 fev. 2014.
- CALLE, E. E. et al. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 348, n. 17, p. 1625-1638, 2003.
- FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Revista Interface**, v.13, n. 28, p. 7-18, 2009.
- FEITOSA, F. S. et. al. Síndrome metabólica e câncer de mama: Revisão sistemática. **Revista Brasileira Clínica Medica**. São Paulo, v. 10, n. 6, p. 513-520, 2012.
- FELDEN, J. B. B.; FIGUEIREDO, A. C. L. Distribuição da gordura corporal e câncer de mama: um estudo de caso-controle no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2425-2433, 2011.
- FERREIRA, M. L. S. M. et al. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.3, n. 11, p. 299-304, 2003.
- GUERRA, M. R. et al. Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2455-2466, 2009.
- MARTINS, K. A. et al. Antropometria e perfil lipídico em mulheres com câncer de mama: um estudo caso-controle. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 358-363, 2012.
- MENDES, E. S. R. **Efeito da quimioterapia adjuvante sobre o peso e o índice de massa corporal em mulheres com câncer de mama**. 2009. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- NAHAS, E. A. P. et al. Síndrome metabólica em mulheres na pós-menopausa tratadas de câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, , v. 34, n. 12, p. 555-562, 2012.

RODRIGUES, A. D.; BUSTANABTE-TEIXEIRA, M. T. Mortalidade por câncer de mama e câncer de colo de útero. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 241-8, 2011.

SCHIMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista\\_the\\_lancet.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2013.

SILVA, A. P. S. et al. Promoção da saúde nas políticas públicas direcionadas ao câncer de mama. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 389-394, 2011.

SILVA, S. E. D. et al. Câncer de mama uma doença temida: Representações sociais de mulheres mastectomizadas. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 3, n. 2, p. 731-742, 2012.

SPINK, M. J.P.; GIMENES, M. G. G. Práticas discursivas e e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 149-171, 1994.

THOMSON, C. A. et al. Metabolic syndrome and elevated C-reactive protein in breast cancer survivors on adjuvant hormone therapy. **Journal of Women's Health**, Virginia, v. 18, n. 12, p. 2041-2047, 2009.

## ANEXOS

### ANEXO I - FICHA DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO CLÍNICO SOCIODEMOGRÁFICO PARA PACIENTES COM  
CÂNCER DE MAMA Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade : \_\_\_ anos

Endereço: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Telefone: (\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dados antropométricos

(1) Peso: \_\_\_ Kg Altura: \_\_\_ M CA: \_\_\_\_\_ CQ \_\_\_ IMC: \_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>

(2) Peso: \_\_\_ Kg Altura: \_\_\_ M CA: \_\_\_\_\_ CQ \_\_\_ IMC: \_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>

Dados sociais:

Estado Civil: ( ) solteira ( ) casada ( ) divorciada ( ) viúva

Escolaridade:

- Ensino fundamental: ( ) completo ( ) incompleto

- Ensino médio: ( ) completo ( ) incompleto

- Ensino superior: ( ) completo ( ) incompleto

Profissão: \_\_\_\_\_

Dados sobre comorbidades atuais

Depressão: ( ) Sim ( ) Não Patologias: ( ) Sim ( ) Não. Quais?: \_\_\_\_\_

Hipertensão: ( ) Sim ( ) Não Diabetes: ( ) Sim ( ) Não Problemas Osteoarticulares: ( )  
Sim ( ) Não. Quais?: \_\_\_\_\_

Quando foi diagnosticado o carcinoma?: \_\_\_\_\_

Menopausa: ( ) Sim ( ) Não. Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_

Estadiamento da doença: ( ) I. ( ) II ( ) III.

Em tratamento: ( ) Sim ( ) Não

Tipo de tratamento:

- Cirurgia: ( ) Mastectomia ( ) Conservadora ( ) Reconstrução após a cirurgia

- Radioterapia: ( ) Sim ( ) Não. Esquema terapêutico \_\_\_\_\_

- Quimioterapia: ( ) Sim ( ) Não. Esquema terapêutico \_\_\_\_\_

- Hormonioterapia ( ) Sim ( ) Não

## ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF**  
**36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “**Câncer, Mulher, Obesidade: Discursos sociais.**” Neste estudo, pretendemos verificar a prevalência da obesidade abdominal e corporal nas mulheres em tratamento para o câncer de mama. Esse grupo apresenta risco adicional para o ganho de peso após o tratamento quimioterápico, predispondo-se a outras comorbidades, dentre elas a síndrome metabólica e a hipertensão arterial sistólica.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: As pacientes que estão em tratamento (seus pesquisadores(2011) em um período de até cinco anos do diagnóstico) serão abordadas após a consulta médica ambulatorial oncológica. Os seus objetivos serão esclarecidos àquelas que aceitarem participar do estudo e atenderem ao critério de inclusão. Elas responderão a um questionário sociodemográfico que abordará questões referentes à idade, ao estado civil, ao grau de escolaridade, ao *status* menopausal e à presença de outras comorbidades associadas relevantes para o estudo, como hipertensão arterial sistêmica e prática regular de alguma atividade física.

Com relação ao câncer, será avaliado o tipo de cirurgia realizada e em qual fase de tratamento se encontra. O *status* menopausal será o período referente ao momento em que foi feito o diagnóstico da neoplasia. Após responderem ao questionário, as pacientes serão convidadas individualmente para o aferimento de suas medidas antropométricas, circunferência abdominal, circunferência do quadril, peso e altura.

Esta pesquisa implica em riscos mínimos para o grupo em estudo. Tratando-se de uma pesquisa com seres humanos, serão considerados os aspectos éticos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Espera-se com este estudo conhecer o perfil antropométrico desse grupo de mulheres, objetivando traçar programas de intervenção e informação aos profissionais que cuidam dessas pacientes, além de fomentar ações em saúde pública. Os resultados do estudo proporcionará a área acadêmica e científica dados complementares no que tange à doença, que acomete uma significativa parcela da população feminina, em questões que englobam muito além do físico, em especial sua relação psicossocial.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou não. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Ela é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelo pesquisador.

O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo uma cópia arquivada pelo pesquisador responsável na Faculdade de Educação Física /UFJF e a outra com você.

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informada dos objetivos do estudo **“Câncer, Mulher, Obesidade: Discursos sociais”**, de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_ .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP 36036.900

Fone:32 2102 3788/ E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADO: Faculdade de Educação Física – UFJF - FAEFID

Pesquisador Responsável: Eliana Lúcia Ferreira

Endereço: Rua José Lourenço Kelmer, S/N – Campus Universitário/ Departamento de fundamentos / Faculdade de Educação Física UFJF

CEP: 36036-900.– Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 2102 3283

E-mail: eliana.ferreira@ufjf.edu.br

## ANEXO III - AVISO DE RECEBIMENTO DA REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIA E MOVIMENTO

### Aviso de recebimento do artigo

#### #4720 Avaliação

#### Submissão: Revista Brasileira de Ciência e Movimento

Autores Ana Cláudia Dias Sousa Figueiredo, Livia Fabiana Saço, Roberta Nogueira Furtado Ferreira, Eliana Lúcia Ferreira  
 Título PREVALÊNCIA DA OBESIDADE EM MULHERES TRATADAS DO CÂNCER DE MAMA EM UMA UNACOM EM JUIZ DE FORA  
 Seção Artigo Original  
 Editor Tânia Mara Sampaio  
 Gislane Melo

#### Por Pares

#### Rodada 1

Versão da 4720-17954-1-RV.doc 2013-12-19  
 Avaliação  
 Iniciado —  
 Última alteração —  
 Documento Nenhum(a)  
 transferido

#### Decisão Editorial

Decisão —  
 Notificar Editor Registro de E-mails Editor/Autor  
 Versão do Editor Nenhum(a)  
 Versão do Autor Nenhum(a)  
 Transferir  
 Versão do Autor  
 R. Bras. Ci. e Mov./ Brazilian Journal of Science and Movement

## ANEXO IV - AVISO DE RECEBIMENTO DA REVISTA CONSCIENTIA E SAÚDE

**Artigo submetido à avaliação**  
**#4783 Sumário**

*Submissão: Revista ConScientia e Saúde*

Autores	Ana Cláudia Figueiredo, Lívia Fabiana Saço, Vinicius Oliveira Damasceno, Roberta Nogueira Furtado Ferreira, Eliana Lúcia Ferreira	
Título	EFEITOS DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM VARIÁVEIS ANTROPOMÈTRICAS	
Documento Original	4783-26956-1-SM.DOC 2014-02-06	
Doc. Sup.	4783-26957-1-SP.JPG 2014-02-06 4783-26958-1-SP.JPG 2014-02-06 4783-26959-1-SP.JPG 2014-02-06 4783-26960-1-SP.JPG 2014-02-06 4783-26961-1-SP.JPG 2014-02-06	INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
Submetido por	Ana Claudia Dias Figueiredo 	
Data de submissão	fevereiro 6, 2014 - 12:27	
Seção	Artigos	
Editor	Nenhum(a) designado(a)	
Situação	Aguardando designação	
Iniciado	2014-02-06	
Última alteração	2014-02-10	

Metadados da Submissão

EDITAR METADADOS

Autores

Nome	Ana Cláudia Figueiredo 
Instituição	Universidade Federal de Juiz de Fora
País	Brasil
Resumo da Biografia	Médica- pós graduando em mastologia, ginecologia e obstetrícia - Professora da Faculdade de Ciências médicas e da Saúde-SUPREMA - Mestranda na Universidade Federal de Juiz de Fora - MG - Brasil.
Nome	Lívia Fabiana Saço 

Instituição Universidade Federal de Juiz de Fora  
 País Brasil  
 Resumo da Biografia Fisioterapeuta - Mestre em Educação Física - Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, Juiz de Fora, MG - Brasil.  
 Contato Principal para correspondência.

Nome Vinicius Oliveira Damasceno   
 Instituição Universidade Federal de Pernambuco  
 País Brasil  
 Resumo da Biografia Professor Doutor da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, PE - Brasil.

Nome Roberta Nogueira Furtado Ferreira   
 Instituição Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde  
 País Brasil  
 Resumo da Biografia Discente da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - SUPREMA, , Juiz de Fora - MG - Brasil.

Nome Eliana Lúcia Ferreira   
 Instituição Universidade Federal de Juiz de Fora  
 País Brasil  
 Resumo da Biografia Professora Doutora da Universidade Federal de Juiz de Fora - Física - Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, Juiz de Fora, MG - Brasil.

#### Título e Resumo

Título EFEITOS DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM VARIÁVEIS ANTROPOMÈTRICAS

Resumo Introdução. O tratamento do câncer de mama pode provocar variação do peso corporal associado à pior prognóstico e risco cardiovascular. Objetivos. Avaliar o efeito do tratamento adjuvante para o câncer de mama em variáveis antropométricas e seus respectivos índices. Métodos. Estudo transversal retrospectivo com 65 pacientes diagnosticadas com câncer de mama. Realizou-se avaliação antropométrica no período pós-tratamento e comparada com as medidas do pré-tratamento contidas nos prontuários. Resultados. Constatou-se uma prevalência de pré-obeso e obeso nas pacientes em 43,0% e 37,0% respectivamente. Não foi observado variação significativa no IMC pré e pós-tratamento ( $p=0,328$ ). Relacionado à variação individual do peso no pré/pós-tratamento, 64,62% ganharam peso e destes, ocorreu variação

superior a 10% do peso inicial em 26,15% e em 16,92% ocorreu um decréscimo acima de 10% do peso inicial. Conclusões. Observou-se nesse grupo obesidade que perdurou durante o tratamento importante destaque pois, associa à pior prognóstico e risco para doenças cardiovasculares.

Indexação

Palavras-chave Câncer de mama. Antropometria. Obesidade abdominal. Prognóstico

Idioma Pt

Agências de Financiamento

Agências Fapemig

***Conscientia e Saúde***

ISSN da versão impressa: 1677-1028/ISSN da versão online: 1983-9324

<http://www.uninove.br/revistasaude>

## ANEXO V - AVISO DE RECEBIMENTO DA REVISTA INTERFACE

22/6/2014

ScholarOne Manuscripts



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

### Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*.

Manuscript ID: ICSE-2014-0445

Title: O CÂNCER DE MAMA EM UM CORPO ATRAVESSADO PELA ATIVIDADE FÍSICA

Authors: Figueiredo, Ana Claudia  
Saço, Livia  
Nogueira Furtado Ferreira, Roberta  
Ferreira, Eliana

Date Submitted: 22-Jun-2014



Print



Return to Dashboard