
O enfoque da Terapia Nutricional no estado nutricional de mulheres portadoras de câncer de mama: uma revisão bibliográfica

Nutritional therapy's focus on nutritional status of women with breast: a bibliographical review

Débora Tarcinalli Souza¹

Naiane Fabbri de Mello²

Cristiane Guilherme Silva³

RESUMO

O câncer é definido pelo crescimento desordenado das células, formando um tecido sem função no organismo; essas células cancerígenas podem migrar para locais distantes do corpo, como tecidos, linfonodos da axila e para órgãos como pulmão, fígado, osso e cérebro, processo conhecido como metástase. Para detectar o câncer de mama (CM) precocemente é fundamental o exame clínico da mama. A terapia nutricional (TN) tem como finalidade melhorar o estado nutricional das pacientes fazendo que com elas suportem mais os tratamentos necessários ao combate do câncer garantindo uma qualidade de vida melhor. **Objetivo:** apresentar definição do CM, etiologia e fisiopatologia do mesmo, mostrar os possíveis sinais e sintomas que as portadoras podem apresentar, mostrar que a terapia nutricional pode influenciar no prognóstico destes pacientes. **Métodos:** O presente trabalho foi descrito através de uma pesquisa exploratória, utilizando a técnica de pesquisa bibliográfica, utilizando-se de artigos científicos e literatura nacional e internacional. **Conclusão:** Verificou-se que a TN é de grande importância na prevenção e no tratamento de pacientes acometidas com o câncer de mama, sendo o profissional nutricionista muito importante na equipe multiprofissional.

Palavras-chave: câncer de mama, estado nutricional, terapia nutricional.

1. Nutricionista, com especialização em Nutrição Clínica e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade do Sagrado Coração (USC) – Bauru-SP, coordenadora do curso de Nutrição da FIB.

2. Nutricionista, cursando especialização em Gestão em UAN e Merenda Escolar pela CEFAP - UNIMAR.

3. Nutricionista, com mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade do Sagrado Coração (USC) – Bauru-SP, coordenadora do curso de Nutrição das Faculdades ESEFAP/UNIESP.

ABSTRACT

Cancer is defined by disordered growth of cells, forming a tissue without function in the body, these cancer cells can migrate to distant locations in the body tissues, lymph nodes of armpit and to organs such as liver, lung, bone and brain, a process known as metastasis. To detect breast cancer (CM) early is vital to the clinical examination of the breast. Nutritional therapy (TN) aims to improve the nutritional status of patients doing that with them support more necessary treatments to combat cancer by ensuring a better quality of life. **Objective:** to present the definition of CM, etiology and pathophysiology of the same, show the possible signs and symptoms that the carriers may submit, show that TN may influence the prognosis of these patients. **Methods:** the present study was described through an exploratory research, using the scientific articles and technique of bibliographical research, using national and international literature. **Results:** it was observed that nutritional therapy can influence the prognosis of patients, both in prevention and in his recovery, and after the treatments. **Conclusion:** it was found that the TN is of great importance in the prevention and treatment of patients afflicted with the CM, being the professional dietitian very important in multidisciplinary team.

Keywords: Breast Neoplasms; Nutritional Status; Nutrition Therapy.

INTRODUÇÃO

O câncer é definido como um conjunto de mais de 100 tipos diferentes de doenças tendo em comum o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo, podendo ser originado por condições multifatoriais. Esses fatores causais podem agir em conjunto ou em sequência iniciando ou promovendo o câncer (carcinogênese) (1).

Quando o sistema imune do organismo não consegue bloquear essas alterações, as células mutantes vão disseminar-se dando origem a várias células cancerosas. Essas células se dividem formando os tumores (2).

Neoplasia significa literalmente o processo de um novo crescimento e o novo crescimento é chamado de neoplasma. O termo tumor foi originalmente aplicado ao edema causado por uma inflamação. Os neoplasmas também causam edemas, mas já há muito tempo o emprego não neoplásico de tumor saiu de uso, portanto, o termo agora equivale a neoplasma. Oncologia (grego, oncos = tumor) é o estudo de tumores malignos. Apesar de as origens antigas deste termo serem relativamente incertas, provavelmente deriva do termo em latim para caranguejo, câncer presumivelmente porque um câncer “agarrar-se de uma maneira obstinada a qualquer parte de que se apodera, como o caranguejo” (3).

O projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc, do inglês *International Agency for Research on Cancer*), da Organização Mundial da Saúde (OMS), estimou que houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, em 2012. A tendência é continuar aumentando nos países em desenvolvimento e crescendo ainda mais

em países desenvolvidos se medidas preventivas não forem amplamente aplicadas. Nos países desenvolvidos os tipos de câncer mais comum na população masculina foram próstata, pulmão, cólon e reto; na população feminina mama, cólon, reto e pulmão. Já nos países em desenvolvimento, os três tipos de câncer mais frequentes em homens foram pulmão, estômago e fígado; nas mulheres o de mama, colo do útero e pulmão (1).

Entre as doenças crônicas não transmissíveis, o câncer é a segunda principal causa de morte, sendo o de mama o mais temido pelas mulheres pela sua alta prevalência trazendo efeitos psicológicos que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal, principalmente quando são utilizados tratamentos mutilantes e agressivos (4).

Para o Brasil, em 2014, espera-se 57.120 casos novos de CM, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres. Além dos tumores de pele não melanoma, o CM é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (71,18/ 100 mil), Sul (70,98/ 100 mil), Centro-oeste (51,30/ 100 mil) e Nordeste (36,74/ 100 mil). Na região Norte, é o segundo tumor de mais incidência (21,29/ 100 mil). Para 2030, estima-se que a carga global será de 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer, em decorrência do crescimento e do envelhecimento da população, assim como da redução da mortalidade infantil e das mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento (1).

Há uma expectativa de que 20% das mulheres com CM morram da doença, estando a principal causa de morte relacionada com o diagnóstico tardio. Portanto, um diagnóstico e tratamento precoce aumentam as chances de cura, com uma sobrevivência de cinco anos em 97% das pacientes. A detecção precoce feita por meio da introdução da mamografia e do exame clínico para rastreamento e o tratamento adequado, reduz a incidência de mortalidade de CM (5).

O câncer de mama é uma neoplasia que surge em um órgão exposto e de fácil acesso para o autoexame e diagnóstico clínico, sendo que dentre as doenças crônicas, é uma das doenças mais preveníveis e curáveis (6,7).

Devido a esse aumento desenfreado do CM, este trabalho teve por objetivo apresentar a definição do câncer de mama, suas etiologia e fisiopatologia; mostrar os possíveis sinais e sintomas que as portadoras podem porventura apresentar; e enfatizar que a Terapia Nutricional pode influenciar no prognóstico desses pacientes, muitas vezes beneficiando os portadores.

Realizou-se pesquisa exploratória, utilizando a técnica de pesquisa bibliográfica, em literatura nacional e internacional, artigos científicos, pesquisa em bases de dados na internet como Bireme, Pubmed, Scielo e Lilacs entre outras.

Quanto à abordagem do problema pesquisado adotou-se análise qualitativa. Os autores utilizados para fundamentar a pesquisa destacam-se no mundo acadêmico por ampla produção científica e os artigos selecionados para análise neste trabalho foram publicados no período de 2001 a 2014.

A apresentação desta revisão seguirá as seguintes etapas: etiologia, fisiopatologia e manifestações clínicas do câncer de mama; alteração do estado nutricional das portadoras e a última parte abordará o tratamento, enfatizando principalmente a dietoterapia para essas pacientes.

ETIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS NO CÂNCER DE MAMA

Muitos estudos têm apontado vários fatores de risco para o surgimento do CM em mulheres como: idade (superior a 50 anos); estilo de vida (ingestão alimentar inadequada, fumo, uso de bebidas alcoólicas, exposição a radiações ionizantes, terapia de reposição hormonal); história familiar de CM (parentes de primeiro grau com CM ou de ovário); mutação dos genes BRCA1 e BRCA (genes do CM); primeira menstruação precoce (antes do 12 anos); menopausa após os 50 anos; gravidez após os 30 anos; etnia (mulheres afro-descendentes tem maiores chances de desenvolver a doença do que as mulheres brancas) e, história pessoal (mulheres que tiveram câncer em uma das mamas tem maior probabilidade de desenvolver na outra) (8,9).

A menarca precoce (antes dos 12 anos) aumenta o risco quatro vezes mais de desenvolver o CM como também a idade avançada para a primeira gestação (10).

De 5 a 10 % dos casos de câncer estão relacionados a defeitos genéticos, sendo que os restantes 90 a 95% são determinados por fatores relacionados ao estilo de vida, como contato com ou inalação de fumaça de cigarro, tipo de alimentação, ingestão de frituras, carne vermelha e álcool, exposição solar e à poluição ambiental, estresse, obesidade e sedentarismo. Aproximadamente 20-30% são devido a infecções (9).

Após a segunda metade do século XX vários tipos de câncer, incluindo o CM vêm aumentando de forma expressiva, possivelmente pelas mudanças em hábitos alimentares, padrões de trabalho e estresse. Na década de 1960, no Brasil o câncer matava menos que 5% dos indivíduos; no final dos anos 1970, esse número aumentou para 10%, e hoje esse valor é de 48,3% (11).

Os hábitos alimentares ocidentais têm levado as crianças e os adolescentes à obesidade, o que pode provocar hiperinsulinemia durante a puberdade. Persistindo

a obesidade na fase adulta, a hiperinsulinemia poderá interagir com os receptores do estrogênio no epitélio mamário, podendo levar ao aumento da atividade proliferativa das células cancerígenas. É importante mencionar que a amamentação durante dois anos ou mais diminui pela metade o risco de uma mulher desenvolver o CM, destacando que a obesidade, os baixos níveis de atividade física e o consumo superior a uma porção por dia de bebida alcoólica aumentam as chances de desenvolvimento da neoplasia mamária (10).

A dieta tem papel significativo no surgimento do CM, sendo a gordura um dos fatores predominantes que elevam a chance de desenvolver a doença, porém o consumo balanceado de alimentos que contém beta-caroteno mostrou um risco reduzido para o aparecimento dessa neoplasia mamária. Já quanto ao consumo de caféina não há evidências que certifiquem que o mesmo possa aumentar o risco de desenvolver o CM (7). Outros autores dizem que o aumento do consumo de carne bovina e suína pode também estar relacionado com o surgimento do câncer de mama (10,12).

O câncer de mama hereditário está relacionado aos genes BRCA1 e BRCA2; aproximadamente 25% dos cânceres familiares podem ser atribuídos a dois genes autossômicos dominantes altamente penetrantes, enquanto o câncer de mama esporádico está relacionado à exposição hormonal, sexo, idade da menarca e menopausa, histórico reprodutivo, amamentação no peito e estrogênios exógenos (7).

Devido à etiologia variável com relação ao CM, a prevenção requer estratégias como: parar de fumar; aumentar a ingestão de frutas, verduras e grãos integrais; uso moderado de álcool; restrição calórica; exercício físico; evitar exposição direta aos raios ultravioleta e diminuir o consumo de carne vermelha (9).

ALTERAÇÕES DO ESTADO NUTRICIONAL NO CÂNCER DE MAMA

Cruz, Barros e Hoehne (13) afirmam que mulheres com câncer de mama apresentam alterações do estado nutricional, como a obesidade ou desnutrição devido aos efeitos da cirurgia, quimioterapia e radioterapia, que são métodos extremamente agressivos, porém são os únicos com eficácia comprovada para combater o CM.

A desnutrição e a obesidade estão associadas a uma série de complicações, pois aumentam o risco de infecções, reduzem a qualidade de vida e aumentam o tempo de permanência hospitalar gerando mais custos, além do aumento da mortalidade.

Portanto, deve ser prioridade no plano terapêutico a avaliação do estado nutricional do paciente seja no pré ou pós-operatório e em todas as fases do tratamento. O objetivo da avaliação nutricional é auxiliar na detecção de problemas nutricionais (14).

Para avaliar o estado nutricional da paciente com câncer utilizam-se indicadores como dados dietéticos, avaliações subjetivas antropométricas e laboratoriais (15).

Todos os pacientes devem passar por uma triagem nutricional para identificar possíveis riscos nutricionais. Dentre as ferramentas utilizadas para avaliação nutricional em pacientes com câncer de mama, destaca-se a avaliação nutricional subjetiva global realizada para avaliar o estado nutricional das pacientes hospitalizadas cirúrgicas e não cirúrgicas, sendo, portanto, indicado em casos de pacientes hospitalizadas em risco nutricional detectado (16).

A avaliação nutricional subjetiva produzida pelo paciente é um indicador de avaliação do estado nutricional em pacientes que apresentam risco nutricional em acompanhamento ambulatorial. Durante a internação ou no tratamento ambulatorial poderão ser analisados os parâmetros antropométricos, bioquímicos, anamnese alimentar e exame físico e clínico (16).

É observado em mulheres em tratamento de quimioterapia um aumento de peso; o índice de massa corpórea – IMC encontrado é entre 25 e 29,9 kg/m² (sobrepeso) ou até ≥ 30 kg/m² (obesidade). Essa alteração do estado nutricional, assim como a desnutrição, aumenta os índices de mortalidade e morbidade, pois, durante o processo da neoplasia mamária e do tratamento ocorrem várias alterações no estado nutricional da paciente, resultando em um tempo maior de hospitalização e uma resposta menor ao tratamento da quimioterapia e radioterapia, assim aumentando os riscos de complicações (17).

Um trabalho mostra que mulheres acometidas com câncer de mama tendem ao ganho de peso progressivo durante o tratamento quimioterápico, em decorrência de ingestão alimentar inadequada, pouca atividade física, mudança da taxa metabólica basal ou menopausa (6).

Como a alimentação é um fator predisponente ao câncer, mulheres com CM devem consumir uma dieta equilibrada com redução de gordura saturada e aumentar os exercícios físicos evitando a obesidade e sobrepeso (18).

Verde (6) apresenta em seu estudo diversos trabalhos que apontam que o ganho de peso ocorre entre 50% - 90% das pacientes com câncer de mama durante o tratamento, o que pode prejudicar a sobrevida dessas pacientes, aumentando as chances de recidiva da doença e o surgimento de outras doenças crônicas como

cardiopatia e diabetes, porém as causas desse ganho de peso ainda não são bem definidas, necessitando de mais estudos que demonstrem sua etiologia.

A fadiga excessiva tem um impacto negativo na qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico contribuindo também para o ganho de peso (19).

Quanto à perda de peso, observa-se que a radioterapia e a quimioterapia são tratamentos que podem desencadear alguns efeitos colaterais como náuseas, disfagia, vômitos, dor abdominal, diarreia, obstipação, mucosite e má absorção, porém esses efeitos também podem levar a quadros de desnutrição desencadeados pelos métodos agressivos empregados no tratamento anticâncer (20).

A desnutrição em pacientes oncológicos depende do tipo e do estágio do tumor, da terapia empregada contra o câncer e os órgãos acometidos (metástase). Pacientes podem possuir câncer de mama associado a comorbidades como diabetes e doenças gastrintestinais os quais se constituem fatores agravantes para a desnutrição. Em um estudo multicêntrico com pacientes com 12 tipos de câncer para verificar a prevalência de perda de peso durante os 6 meses antes do diagnóstico da doença, foi constatado que o câncer de mama tem menor prevalência (31-40%) para perda de peso em pacientes com neoplasia mamária (21).

Em cerca de 30 a 50% dos casos de câncer, ocorre a desnutrição também conhecida como caquexia, resultando em várias manifestações clínicas, como: perda rápida de tecido gorduroso, atrofia de órgãos viscerais e anergia, atrofia da musculatura esquelética e miopatia. Vários fatores podem ser responsáveis pela desnutrição como a anorexia causada por fatores anoréticos, ocasionados pelo câncer, ou hospedeiro, ou ainda pela dor. Os próprios tratamentos realizados no combate ao câncer (cirurgia, quimioterapia e radioterapia) podem conduzir à anorexia. Outras causas também podem estar relacionadas à anorexia como as alterações na percepção do paladar, aversão à comida, saciedade precoce e estresse psicológico do diagnóstico do câncer. Dependendo da dose e do tempo de tratamento a gravidade dos efeitos colaterais aumentam (15).

A desnutrição representa um indicador de sobrevida menor, pacientes desnutridas ficam mais suscetíveis a sérias intoxicações hematológicas, decorrentes do CM e seus tratamentos e, além disso, correm mais risco de mortalidade quando comparadas a pacientes eutróficas (21).

De acordo com Sizer e Whitney (22) “[...] para a pessoa que tem câncer, a dieta pode fazer uma diferença crucial na recuperação”.

TERAPÊUTICAS UTILIZADAS NO CÂNCER DE MAMA

O câncer consiste em uma vasta variedade de distúrbios com diversas etiologias. No tratamento contra o câncer existem diversos procedimentos como a mastectomia, radioterapia, quimioterapia e imunoterapia ou uma combinação de todas essas técnicas (20).

Os principais tratamentos empregados na maioria dos casos de câncer de mama são a cirurgia mamária, que consiste na mastectomia, ou as cirurgias conservadoras da mama, como a lumpectomia (remove apenas o nódulo mamário e uma margem adjacente de tecido normal) e a quadrantectomia (remove o câncer, mas deixa a maior parte da mama) (4).

As cirurgias são indicadas dependendo do estadiamento clínico e do tipo histopatológico do câncer (23).

O estadiamento é um sistema utilizado para identificar a extensão do câncer. É conhecido como TNM tendo como base os seguintes critérios: tamanho do tumor, grau de crescimento e disseminação sendo as letras T usada para padronizar o tamanho do tumor, N para verificar o grau de disseminação dos nódulos para o sistema linfático e M para a apresentação de metástase (24).

Mulheres submetidas à mastectomia podem fazer a reconstrução imediata da mama ou submeter-se à reconstrução depois de algum tempo. A reconstrução da mama também pode ser realizada em mulheres que foram submetidas a cirurgias conservadoras, em que houve grande extração da mama, visando a corrigir algumas deformidades, porém a mastectomia pode ser vivenciada de forma traumática, mesmo que seja acompanhada de reconstrução mamária, sendo considerada uma mutilação por muitas mulheres. Ademais, o membro superior pode ainda ficar comprometido em sua funcionalidade devido ao linfedema de braço que surge após a dissecação dos linfonodos axilares; outra mudança que ocorre é a sensação tátil do seio após sua reconstrução (4).

A cirurgia conservadora consiste na ressecção de um segmento da mama (serectomia, a tumorectomia alargada e a quadrantectomia, com a retirada dos gânglios axilares ou linfonodos sentinela). A não conservadora é a mastectomia (23). As pacientes submetidas às cirurgias mamárias requerem uma dieta equilibrada para uma excelente recuperação, favorecendo a reconstrução dos tecidos danificados (25).

A radioterapia consiste na emissão de ondas ou partículas de energia radiante na parte externa e interna. É usada sistematicamente como terapia do câncer, pois destrói as células cancerosas que se multiplicam rapidamente, porém essa

radiação acaba atingindo e destruindo também as células saudáveis que se multiplicam rapidamente como os folículos pilosos da medula óssea e da membrana da mucosa gastrointestinal (20).

A radioterapia pode prejudicar o estado nutricional da paciente, que perde totalmente o apetite, levando a vômitos e náuseas devido aos danos causados na mucosa gastrointestinal, podendo também ocorrer má absorção dos nutrientes; pacientes com bom estado nutricional suportam mais as doses de radiação. Apesar de ser uma forma de tratamento, traz ao paciente, consequências deletérias se tornando mais uma complicação principalmente para a terapia nutricional. A aplicação da radioterapia pode durar de um mês a um ano, sendo que a radiação na parte superior do corpo pode levar à inflamação na garganta e boca.

A anorexia que é típica durante o tratamento da radioterapia termina algumas semanas após a última dose de radiação e pode ocorrer tosse, falta de ar, rouquidão, dificuldade de engolir, indigestão, febre, alteração no peso e disgeusia (alteração no paladar). As células do trato gastrointestinal podem ser destruídas afetando sua digestão na exposição direta ou indireta da radiação. A perda do sabor é consequência da radiação que acaba destruindo as papilas linguais. A salivagem também é afetada, levando à dificuldade na deglutição e ao ressecamento da boca. Pode ainda ocorrer uma sensação de queimadura na boca e até mesmo perda de dentes, o que complica ainda mais a ingestão de alimentos (15,20).

A quimioterapia é o uso de drogas no tratamento do câncer, que tem como finalidade destruir todas as células malignas, que se dividem rapidamente, tentando sempre preservar o maior número de células saudáveis, como as da membrana da mucosa gastrointestinal, os folículos pilosos e a medula óssea (20).

O paciente submetido à radioterapia, ou outras formas de tratamento, geralmente apresenta vários efeitos adversos quando expostos à quimioterapia, como anorexia, xerostomia, diarreia, náuseas, vômitos, necrose da mucosa do colón e estomatite (15).

Geralmente esses distúrbios ocorrem quando se inicia a quimioterapia e continua por vários dias. Quando o tratamento é realizado uma vez ao mês, as outras três semanas o paciente passa sem anorexia, nesse intervalo aproveita-se para melhorar o estado nutricional do paciente fazendo a ingestão de nutrientes essenciais para que possa corrigir suas deficiências nutricionais. Entretanto, se o tratamento é diário, faz-se necessário o ajuste nos horários de quimioterapia para que os efeitos ocorram durante o sono, sem prejudicar o consumo de alimentos nos momentos livres de náuseas e vômitos, portanto, pequenas e frequentes refeições devem ser ofertadas para beneficiar o controle desses distúrbios (20).

Já a imunoterapia é um dos tratamentos de controle do câncer que tem como objetivo melhorar a resposta imunológica do paciente, assim auxiliando o organismo a combater e destruir as células cancerígenas. Existem três métodos de imunoterapia - ativa, passiva, ou adaptativa. Na imunoterapia ativa, são injetados nos pacientes antígenos preparados à base de células do tumor ou BCG (*bacillus Calmete Guerrin*). Na imunoterapia passiva, são utilizados anticorpos de doadores, linfócitos ou células linfoides. A imunoterapia adaptável ou adaptativa consiste da transferência de células do doador e o seguinte desenvolvimento de anticorpos ativos. Se o paciente se encontra debilitado nutricionalmente, a resposta imunológica diminui (20).

Os pacientes com CM devem ser tratados por uma equipe multidisciplinar, incluindo o nutricionista, pois a doença e seus tratamentos trazem efeitos deletérios à saúde, exigindo uma nutrição que atenda a demanda fisiológica do organismo (25).

TERAPÊUTICA NUTRICIONAL

A terapia nutricional em casos de câncer tem como objetivo primordial melhorar o EN do paciente e, aumentar o sistema imune, favorecendo o organismo a tolerar os tratamentos quimioterápicos e radioterápicos, através de um fornecimento adequado de calorias, proteínas e micronutrientes (11).

A dietoterapia no paciente oncológico deve ser individualizada com o objetivo de prevenir ou reverter o declínio do EN e evitar que se instale um quadro de caquexia, aumentando a resposta imune, melhorando o balanço nitrogenado e reduzindo a proteólise (14).

Segundo Mendonça (11), a dietoterapia é um dos fatores que auxiliam o restabelecimento do paciente, tendo alguns princípios básicos apresentados no quadro 1.

Quadro 1 – Princípios Básicos da Dietoterapia no Câncer de Mama

- Prevenir ou evitar a desnutrição durante o período de internação hospitalar;
- Manter as reservas nutricionais do paciente;
- Considerar os hábitos e preferências alimentares do paciente, o padrão econômico religioso;
- Adequar a ingestão de energia e nutrientes à situação patológica do paciente;
- Ser adaptada à sua atividade profissional;
- Utilizar-se de alimentos de fácil aquisição e preparo;
- Os alimentos utilizados devem ser determinados para atender as necessidades nutricionais e também pelo estado de consciência do paciente (acordado ou em coma);
- Atender ao pré ou pós-operatório;
- Atender à situação de seu estado metabólico e à integridade de seu trato gastrointestinal (TGI);
- O paciente e seus familiares devem ser orientados sobre os objetivos da dieta e o seu preparo na residência;
- O paciente deve ser liberado da dieta especial o mais rápido possível, a não ser que seja indicada uma dieta de manutenção para o tratamento;
- A alimentação oral é sempre a mais indicada. Somente quando o paciente é incapaz de ser alimentado pela boca ou quando a ingestão dos componentes da dieta for insuficiente é que deve ser indicada a alimentação enteral ou parenteral.

Fonte: Mendonça Rejane Teixeira. Nutrição: guia completo de alimentação, práticas de higiene, cardápios, doenças, dietas, gestão. São Paulo: Riedell, 2010. 448 p.

O atendimento nutricional deve ser planejado e instituído no início do tratamento, e as alterações devem ir ocorrendo conforme as mudanças de tratamento ou em função da resposta ao tratamento. Pacientes em tratamento contra o câncer apresentam uma capacidade reduzida de sentir o gosto do sal e uma perda maior de sentir o gosto do açúcar. A perda da ureia pode causar aversão à carne em algumas pacientes, pois há relatos de mulheres em tratamento dizendo que a carne tem cheiro desagradável. Uma opção que deve ser instituída é substituir a carne por queijos, ovos e leite.

Algumas pacientes com câncer de mama apresentam saciedade precoce, elas tornam-se saciadas logo no início das refeições, não perdem o apetite, mas acabam

ingerindo uma quantidade pequena de alimentos. Para essas pacientes, podem ser ofertadas refeições menores e guloseimas fracionadas ao longo do dia. Existem pacientes que se alimentam melhor pela manhã e, conforme o dia vai progredindo, seu apetite vai decrescendo. A estas, o jejum deve ser reforçado e as refeições futuras sendo cada vez menores no decorrer do dia. É necessária uma correta intervenção nutricional para que sejam supridas todas as necessidades nutricionais dessas pacientes (20).

Em pacientes incapacitados de consumir as necessidades energéticas de forma voluntária por via oral, devido aos sintomas de anorexia ou limitações mecânicas, recomenda-se a nutrição via enteral por sonda (11).

É recomendado que os portadores de câncer sigam uma dieta de imunodepressão com restrição de alimentos industrializados, doces, guloseimas e carne vermelha, principalmente com gordura frita (19).

A dietoterapia para pacientes com câncer de mama deve ser equilibrada, adequada em proteínas, carboidratos, gorduras, vitaminas e minerais. Os alimentos quentes tendem a ser rejeitados, sendo mais bem aceitos os alimentos frios, como líquidos claros gelados, as bebidas gasosas, a gelatina, o pepino, a melancia, a uva e o sorvete; estes podem ser servidos com castanhas (nozes, amêndoas, castanha de caju) para aumentar seu valor proteico (20).

Em substituição à carne utilizam-se ovos, leite e, queijos, como fontes proteicas. Geralmente as saladas são mais toleradas que os pratos quentes ou mornos. O suco de limão e algumas especiarias e condimentos podem ser adicionados aos alimentos a fim de torná-los mais apetitosos. Em casos de pacientes que sentem náuseas antes das refeições, recomendam-se inspiração profunda, pedaços de gelos ou goles de bebidas gasosas para acalmar esse transtorno. Os alimentos com consistência branda devem ser ofertados às pacientes que cansam facilmente, devido ao desgaste físico decorrente de vários tratamentos. O ambiente em que se realizam as refeições deve ser tranquilo e agradável e as bandejas ou pratos devem ser atrativos e decorados. O aroma e a aparência dos alimentos são de suma importância quando a palatabilidade estiver afetada. As refeições realizadas com outras pessoas podem ajudar a aumentar a ingestão dos alimentos, sempre aconselhando as visitas a trazerem alimentos que possam compartilhar. Nos casos de pacientes que estiverem sentindo muita dor, as medicações devem ser ministradas antes das refeições, ou as refeições serem realizadas quando a dor estiver em seu nível mais baixo (20).

Aconselha-se reduzir o consumo de açúcar refinado e preconiza-se uma dieta com grãos integrais e carboidratos integrais complexos para reduzir o risco de câncer, como também para auxiliar no tratamento dietoterápico (24).

Deve-se incentivar o consumo diário de pelo menos cinco a nove porções de frutas e vegetais e seis alimentos contendo cereais, para que a paciente tenha acesso a nutrientes e fitoquímicos importantes que auxiliarão no tratamento do câncer. Uma porção é equivalente a um pedaço de fruta fresca ou 180 ml (3/4 xícara) de suco de fruta exclusivamente natural (100% natural), uma xícara de vegetais cozidos ou de fruta, uma xícara de verduras ou de salada, meia xícara de ervilhas secas ou de feijão cozido (10).

Vale ressaltar que o consumo regular de chá verde e outras fontes de polifenóis podem reduzir e auxiliar no tratamento do câncer (24).

O quadro 2 apresenta algumas orientações alimentares de acordo com a forma de tratamento.

Quadro 2 – Orientações Alimentares de Acordo com as Formas de Tratamento

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	RADIOTERAPIA
<ul style="list-style-type: none">- consumir de duas ou mais porções diárias de carnes magras, leite desnatado, ovos, peixes e frutos do mar que são ricos em proteínas e zinco, nutrientes essenciais para a cicatrização das feridas;- se houver rejeição à carne vermelha é pertinente e necessário que haja algumas substituições na dieta, adicionando-se claras de ovos, aves, legumes e grãos que atendam as necessidades de proteínas e zinco;- pode ser necessária a prescrição de suplementos que contenham tais nutrientes para evitar sua deficiência.	<ul style="list-style-type: none">- um aporte adequado de líquidos e refeições menos volumosas, ricas em calorias e em proteínas podem ser utilizados no tratamento da radiação;- alguns alimentos devem ser evitados quando a boca e garganta estiverem inflamadas como, por exemplo, os condimentos ou líquidos ácidos, alimentos muito quentes ou frios;- quando a mastigação e a deglutição estão prejudicadas, os alimentos de consistência branda são mais aceitos;- é aconselhado uso de molhos e cremes, tomar bastante líquido para facilitar a umidificação dos alimentos;- a ingestão de líquidos deve ser adequada para evitar a desidratação
QUIMIOTERAPIA	IMUNOTERAPIA
<ul style="list-style-type: none">- as refeições devem ser preparadas com alimentos ricos em calorias, em proteínas e líquidos;	<ul style="list-style-type: none">- primeiramente restabelecer o EN do paciente complementando o tratamento de imunoterapia;

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- estes pacientes aceitam melhor os alimentos frios ou gelados, as bebidas gasosas, sorvetes e cubos de gelo, pois ajudam a melhorar as náuseas;- é essencial a higiene bucal logo após o vômito, usar escovas de dente com cerdas macias e uma solução não irritante, recomendada para realizar a higienização, pois pode evitar a estomatite;- alguns alimentos devem ser evitados quando ocorrer estomatite, como alimentos sólidos, condimentados, quentes e álcool, deve-se, portanto, utilizar uma dieta branda com alimentos amolecidos para aliviar o desconforto na área bucal, sendo prescrito com frequência pelo médico a lidocaína (xilocaína) antes das refeições;- em casos de diarreia, utiliza-se uma dieta sem resíduos e alimentos constipantes como purê de maçã crua, banana crua amassada e leite desnatado fervido. Em casos em que o paciente perde muito potássio recomenda-se chá verde para repor esse nutriente. | <ul style="list-style-type: none">- intervenção do profissional nutricionista para melhorar o estado nutricional, considerando as intercorrências ocasionadas nos tratamentos contra o câncer; |
|---|--|

Fonte: Bodisnk LH. Dietoterapia: princípios e prática. São Paulo: Atheneu; 2006.

A terapia nutricional administrada pelo profissional nutricionista tem como finalidade melhorar a saúde física, psicológica e social da paciente com câncer de mama, contribuindo para aumentar as chances de cura e qualidade de vida. Em conjunto com os diversos métodos de tratamento, a terapia nutricional pode produzir resultados satisfatórios no estado clínico dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho mostrou que o aumento do número de mulheres diagnosticadas com CM é atribuído a diversos fatores, porém os estudos apontam que a dieta promove benefícios relevantes na etiologia, profilaxia e terapêutica dessa neoplasia, embora os mecanismos pelo qual os alimentos atuam nesse processo não estejam suficientemente esclarecidos.

O prognóstico de uma paciente com câncer, além das condições dessa doença, depende do diagnóstico precoce e um planejamento terapêutico combinado com a terapia nutricional. Essas condições são necessárias para aumentar as taxas de cura e melhorar a qualidade de vida.

Uma vez que a alimentação influi na prevenção e tratamento do câncer de mama, é prudente recomendar um baixo consumo de gordura saturada, um maior consumo de grãos integrais, frutas e vegetais capazes de auxiliar tanto na prevenção do CM como no seu tratamento, reduzindo o risco de reincidência da doença. Também é necessária a prática de atividade física como parte da rotina diária para a manutenção de um peso adequado, a fim de evitar várias doenças crônicas como o CM, principalmente em mulheres na pós-menopausa.

Por isso, se faz necessário um estudo mais aprofundado sobre o cotidiano dessas pacientes, visando subsídios à capacitação de nutricionistas na promoção dessa melhora na qualidade de vida, com o propósito de amenizar os efeitos colaterais decorrentes dessa neoplasia.

Verificou-se, então, que a terapia nutricional administrada pelo profissional nutricionista tem como finalidade primordial melhorar a saúde física (estado nutricional), psicológica e social da paciente, contribuindo para aumentar as chances de cura e melhorar sua qualidade de vida, pois o tratamento clínico em conjunto com a terapia nutricional só traz benefícios.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância: Estimativas 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
2. Bricarello LP, Vasconcelos MIL de, Rodrigues TFF. Terapia nutricional em casos de câncer. In: SILVA SMCS da, MURA J D'Arc P. Tratado de alimentação & dietoterapia. São Paulo: Roca; 2007. p. 694-710.
3. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins & Conran - patologia: bases patológicas das doenças. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
4. Santos DB, Vieira EM. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. Ciênc Saúde coletiva [online]. 2011;16(5):2511-2522.
5. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância: Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
6. Verde SMML. Impacto do tratamento quimioterápico no estado nutricional e no comportamento alimentar de pacientes com neoplasia mamária e suas consequências na qualidade de vida [dissertação]. São Paulo: USP, 2007.

7. Lester SC. A mama. In: KUMAR V, ABBAS AK, FAUSTO N. Robbins & Contran- Patologia: bases patológicas das doenças. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 1169-1202.
8. Paulinelli RR, Freitas JR, Curado MP, Souza AA. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [online]. 2003; 3(1): 17-24. ISSN 1519-3829.
9. Anand P, Kunnumakara AB, Sundaram C, Harikumar KB, Tharakan ST, Lai OS, Sung B, Aggarwal BB. O câncer é uma doença evitável que exige mudanças importantes no estilo de vida. Associação Brasileira de Medicina Complementar [online] 2008 jul. [acesso em 2014 mar 15]. Disponível em: <<http://www.medicinacomplementar.com.br/tema221209zz.asp>>.
10. Escott SS. Nutrição relacionada ao diagnóstico e tratamento. 6 ed. Barueri: Manole; 2011.
11. Mendonça RT. Nutrição: guia completo de alimentação, práticas de higiene, cardápios, doenças, dietas, gestão. São Paulo: Riedell, 2010. 448 p.
12. Nunes LC, Leite, Isabel CG, Carmo WFS. Consumo alimentar e câncer de mama: revisão de estudos publicados entre 2000 e 2008. Rev. APS [online] 2009 jul./ set.;12(3):328-338.
13. Cruz CT, Barros NE, Hoehne EL. Evidências sobre o uso de práticas alternativas e complementares no tratamento convencional de neoplasias mamárias. Revista Brasileira de Cancerologia. [online] 2009 jul./set.; 55(3): 237-246.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Consenso nacional de nutrição oncológica./ Instituto Nacional de Câncer - INCA. Rio de Janeiro; 2009.
15. Dias MCG. Câncer. In: Cuparri L. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. 2 ed. Barueri: Manole; 2005.
16. Cardenas TC, Waitzeberg DL. Manual de terapia nutricional em oncologia do ICESP. São Paulo: Atheneu; 2011.
17. Mendes ESR. Efeito da quimioterapia adjuvante sobre o peso e índice de massa corporal em mulheres com câncer de mama [dissertação]. São Paulo: USP, 2009, 136 p.
18. Wiseman M. Nutrição e câncer. In: Truswell A, Mann J. Nutrição humana. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 343-358.
19. Azevedo CD, Bosco SMD. Perfil nutricional e dietético e qualidade de vida de pacientes em tratamento dietoterápico. ConScientea Saúde. 2011; 10(1): 23-30.
20. Bodisnk LH. Dietoterapia: princípios e prática. São Paulo: Atheneu; 2006.

21. Schattner M, Shike M. Suporte nutricional do paciente com câncer. In: Shils Maurice E, Cousins Robert J, Ross A Catharine, Shike Moshe, Caballero Benjamin. Nutrição moderna na saúde e na doença. 2 ed. Barueri: Manole, 2009; p. 1382-1407.
- 22.Sizer F, Whitney E. Nutrição: conceitos e controvérsias. 8 ed. Barueri: Manole; 2003.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento de consenso./ Instituto Nacional de Câncer - INCA. Rio de Janeiro; 2004.
24. Grant B. Terapia nutricional para o câncer. In: Mahan LK, Escott-Estump S. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. p. 959-987.
25. Alimentos saudáveis alimentos perigosos: guia prático para uma alimentação rica e saudável. 9 ed. Rio de Janeiro: Reader's Digest, 2002. 400p.