

COMPORTAMENTOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE APÓS CANCRO

Nuno Miguel Peixoto

Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Porto
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica/ Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica / Doutorando em Enfermagem,
Universidade Católica Portuguesa / Prof. Assistente Convidado
da Escola Superior de Enfermagem do Porto
nunomiguelpeixoto@gmail.com

Tiago André Peixoto

Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Porto
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica/ Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica / Doutorando em Enfermagem /
Universidade Católica Portuguesa / Prof. Assistente Convidado da
Escola Superior de Enfermagem do Porto
tiago.andre.peixoto@hotmail.com

RESUMO: Vítimas de uma doença crónica, os sobreviventes de cancro vivenciam um processo de readaptação, e mais do que a reinserção social, é lhes exigida a reincorporação de atividades de promoção de um estilo de vida saudável.

Objetivos: Explorar o estado atual do conhecimento científico relacionado com os comportamentos de promoção de saúde em sobreviventes de cancro e descrever essas evidências, desenvolvendo um mapa conceptual sobre o nível de envolvimento dos sobreviventes de cancro nos comportamentos de promoção de saúde.

Metodologia: revisão da literatura, com base nos modelos do *Instituto Joanna Briggs* para *Scoping Reviews*. Dos 407 artigos encontrados, 14 foram incluídos.

Resultados: Os comportamentos identificados centram-se na prática do exercício físico, na alimentação saudável, na manutenção do peso ideal, na gestão das recomendações dos profissionais de saúde e dos regimes medicamentosos, na gestão do stress, na realização de *screenings* e *check-ups* regulares, no ajuste ao novo estilo de vida, no suporte/apoio social e na espiritualidade

Conclusão: Há informações contraditórias relativo ao tipo de envolvimento dos sobreviventes em comportamentos de promoção de saúde. Esses conflitos obrigam a comunidade científica a aprofundar os dados apresentados em populações mais homogêneas.

PALAVRAS-CHAVE: neoplasias; comportamentos saudáveis; doença crónica; promoção da saúde.

ABSTRACT: *Theoretical framework: Victims of a chronic disease, cancer survivors experience a rehabilitation process, and more than social reintegration, they are required to re-incorporate activities to promote a healthy lifestyle.*

Objectives: *Explore the current state of scientific knowledge related to health promotion behaviors in cancer survivors, developing a conceptual map about the level of involvement of survivors in health promotion behaviors.*

Methodology: *The methodology used was a literature review, based on the models of the Institute Joanna Briggs for Scoping Reviews.*

Results: *The identified behaviors focus on the practice of physical exercise, healthy eating and adequate nutritional support, maintenance of weight, management of health professionals recommendations and drug regimens, stress management, regular screenings and check-ups, adjusting to the new lifestyle, social support, and spirituality.*

Conclusion: *There is conflicting information on the level of survivor involvement in health promotion behaviors. These conflicts oblige the scientific community to deepen the data presented in more homogenous populations of survivors.*

KEYWORDS: *neoplasms; health behavior; chronic disease; health promotion.*

1. Introdução

As políticas de saúde têm-se centralizado cada vez mais na gestão dos processos saúde-doença, concentrando esforços na responsabilização da pessoa para cuidar de si própria em relação às atividades de vida diária, que passa pela otimização dos comportamentos de promoção de saúde da sociedade através de uma intervenção profissional de complementaridade (Petronilho, 2012).

A promoção da saúde tem assumido destaque, mais do que uma atividade, tem sido encarada como uma estratégia mundial, um recurso para o desenvolvimento social e um direito humano fundamental (Martins, 2005). Exemplos disso são: a criação da Organização Mundial de Saúde, em 1945, que definiu a saúde como um estado físico completo, bem-estar mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade e como objetivo principal a maximização do nível de saúde de todos os povos (WHO, 2014); a Declaração de Alma-Ata (1977); a Carta de Ottawa (1986), que definiu a promoção da saúde como o *“processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde (...) que vai para além de um estilo de vida saudável”* (Carta de Ottawa, 1986, p.1), e a Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde (2000), que alertou que doenças novas e re-emergentes poderiam ameaçar o progresso registado na área da promoção da saúde.

Entre as ameaças esperadas para o século XXI, surge a problemática do cancro. Fruto da complexidade inerente à multiplicidade de situações clínicas e à agressividade dos tratamentos (Phillips e Currow, 2010), o cancro tem ultrapassado a dimensão de uma doença incurável para ser enquadrado no domínio de uma doença crónica potencialmente incapacitadora (Aziz e Rowland, 2003).

As doenças crónicas têm sido definida como uma doença que tem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, e podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (WHO, 2005).

Como doença crónica, o cancro mina todas as dimensões da vida da pessoa (Rowland e Baker, 2005) e as suas consequências físicas, psicológicas e sociais têm empurrado os seus sobreviventes para condições de grande ameaça,

incerteza e insegurança sobre a sua própria saúde. Entende-se que a vida da pessoa com cancro precisa ser valorizada e especificamente atendida dada a experiência dramática que o cancro provoca na vida de qualquer pessoa (Doyle, 2008). Por tal, as questões relacionadas com o sucesso dos cuidados de saúde em oncologia não podem ser avaliadas recorrendo exclusivamente a indicadores biomédicos, como o tempo livre de doença, as complicações médicas ou a toxicidade dos tratamentos. As questões relacionadas com o impacto da doença, a qualidade de vida e a gestão da doença crónica devem ser cada vez mais valorizadas (Canavaro et al., 2010).

O cancro exige um longo tempo de vigilância e atividades de promoção da saúde (Loerzel & Meneses, 2010). Após a fase ativa da doença, o sobrevivente de cancro, ou seja, todo aquele que terminou os tratamentos com intenção curativa (Feuerstein, 2007), necessita adaptar-se num processo saúde-doença sinuoso. A doença obriga a pessoa a desenvolver mestria e integrar uma nova identidade, ou seja, requer a capacitação da pessoa para gerir a sua doença, nomeadamente através da gestão dos sintomas, redefinição da vida e das relações sociais e a aquisição de comportamentos de promoção de saúde para garantir uma vida ativa e emocionalmente satisfatória.

Vítimas de uma doença crónica, os sobreviventes de cancro vivenciam um processo de readaptação, e, mais do que a reinserção social, é-lhes exigida a reincorporação de atividades de promoção de um estilo de vida saudável: comportamentos de promoção de saúde. Esses comportamentos são definidos como uma abordagem positiva à vida e que aumentam o bem-estar e a autorrealização (Pender, Murdaugh & Parsons, 2010). Os comportamentos de promoção de saúde contribuem para otimizar a saúde, aumentar o potencial funcional dos indivíduos e melhorar a qualidade de vida, e não apenas para prevenir doenças (Saylor, 2004; Pender, Murdaugh & Parsons, 2010).

No que concerne à promoção da saúde na doença crónica, destacam-se dois modelos importantes. O “Modelo de Adaptação de Roy” que enfatiza a promoção da saúde dos indivíduos, grupos e sociedade e proclama que os enfermeiros são o epicentro da atuação profissional ao nível dos processos de vida humana (Roy, 2001). E o “Modelo de Promoção de Saúde de Pender” (MPSP) (1982), que assume protagonismo no desenvolvimento de cuidados de

enfermagem no âmbito da promoção da saúde. O MPSP assume-se como um modelo de enfermagem concebido para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar os comportamentos humanos que levam à promoção da saúde através do estudo da relação de três aspetos: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável (Victor, Lopes & Ximenes, 2005). O MPSP procurou integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, mas também as motivações dos indivíduos para se envolverem em comportamentos promotores de saúde (Pender, Murdaugh, Parsons, 2002).

Assim, e tendo em conta que esta é uma área de especial interesse para a enfermagem e fruto do seu corpo de conhecimento e da sua dimensão autónoma de atuação, desenvolveu-se uma revisão com o objetivo de explorar o estado atual do conhecimento científico relacionado com os comportamentos de promoção de saúde em sobreviventes de cancro, e descrever essas evidências, desenvolvendo um mapa conceptual sobre o nível de envolvimento dos sobreviventes de cancro nos comportamentos de promoção de saúde. Os resultados desta revisão poderão permitir melhorar a intervenção dos enfermeiros na promoção da saúde, apoiar o processo de gestão da doença crónica e a adaptação do sobrevivente à nova condição de saúde.

A questão de investigação baseou-se na mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto): “*O que é conhecido da literatura existente sobre os comportamentos de promoção de saúde nas pessoas que foram diagnosticadas com cancro e já completaram os tratamentos?*”.

2. Material e métodos

Os objetivos, os critérios de inclusão e os métodos realizados para a concretização da revisão foram detalhadamente especificados e documentados num protocolo previamente realizado.

Para a materialização dos objetivos, concebeu-se uma *scoping review* sobre os comportamentos de promoção da saúde utilizados pelos sobreviventes de cancro e os conceitos relacionados com base na metodologia do Instituto Joanna Briggs para Scoping Reviews (2015) e no modelo PRISMA

(*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) para a organização da informação.

Os critérios de inclusão dos artigos estão sumariados na tabela 1.

Tabela 1. Critérios de inclusão.

População	Conceitos	Contexto
Estudos que incluam indivíduos adultos (<i>age > 18</i>), que tenham sido diagnosticados com cancro, independentemente da localização ou tipo de tumor: <i>Cancer (Neoplasms); Cancer patients; Cancer survivors</i>	Estudos que abordem os conceitos de promoção de saúde: <i>Health promotion; Health promoting behavior;</i>	Estudos que abordem a fase de sobrevivência: <i>After treatment; After cancer; Survivorship;</i>
Tipos de estudo: Todos os estudos primários ou secundários, qualitativos ou quantitativos.		
Língua: Estudos publicados em língua portuguesa ou inglesa.		
Data de publicação: Estudos publicados entre 1 de janeiro de 2010 e 6 de maio de 2016;		

O primeiro passo para a identificação dos artigos consistiu na realização de pesquisas convencionais em bases de dados eletrónicas com as palavras chave anteriormente definidas. Em seguida, através da consulta dos artigos mais pertinentes, foram identificados os principais termos de pesquisa utilizados e foram definidas as frases booleanas: MEDLINE: Frase booleana: (((MH “neoplasms”) OR (“cancer patient^{*}”) OR (“cancer surviv^{*}”)) AND ((MH “health promotion”) OR (“health promoting”)) AND (“after cancer” OR (“after treatment^{*}”) OR (“survivor^{*}”))); Filtros ativados: Limitadores: Texto completo; Data de publicação de: 2010/01/01-2016/05/06; Expansores: Pesquisar também no texto completo dos artigos; Modos de pesquisa: Booleano/Frase; CINAHL: Frase booleana: (((MH “neoplasms”) OR (MH “cancer patients”) OR (MH “cancer survivors”)) AND ((MH “health promotion”) OR (MH “health promoting behavior”)) AND (“after cancer” OR (“after treatment^{*}”) OR (“survivor^{*}”))); Filtros ativados: Limitadores: Texto completo; Data de publicação

de: 2010/01/01-2016/05/06; Expansores: Pesquisar também no texto completo dos artigos; Modos de pesquisa: Booleano/Frase; COCHRANE PLUS LIBRARY: Frase booleana: (“neoplasms” OR “cancer patient*” OR “cancer surviv*”) AND (“health promotion” OR “health promoting”) AND (“after cancer” OR “after treatment*” OR “survivorship”); Filtros ativados: Limitadores: Texto completo; Data de publicação de: 2010/01/01-2016/05/06.

Foram também identificados e incluídos seis outros estudos, através de pesquisas livres na literatura cinzenta, que cumprissem os critérios de inclusão. A língua da pesquisa foi o Inglês, no entanto, estudos em língua inglesa e portuguesa podiam ser incluídos. As publicações foram consideradas desde janeiro de 2010 até 6 de maio de 2016, momento em que se realizou a pesquisa. A revisão foi limitada a artigos originais. A estratégia de pesquisa não foi restringida a qualquer tipo de estudo.

A Figura 1 ilustra o procedimento de identificação e seleção dos estudos.

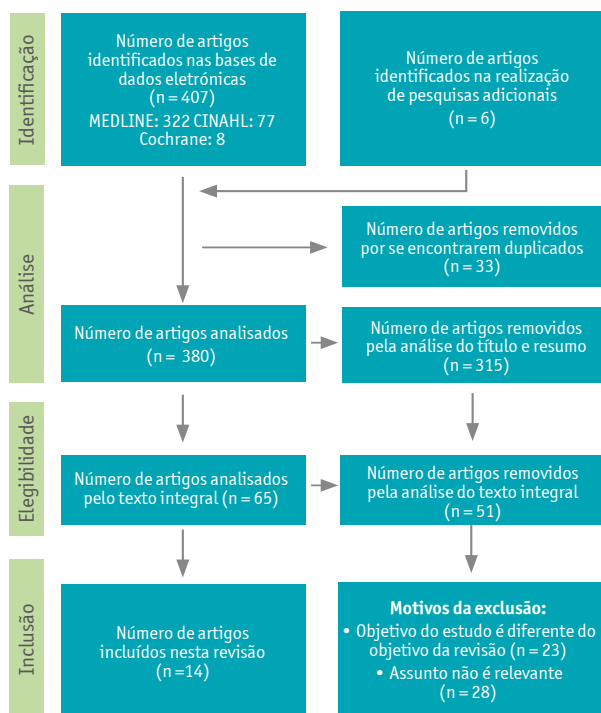


Figura 1. Processo de identificação dos estudos - PRISMA diagram flow.

3. Resultados e Discussão

Da análise da distribuição das publicações por ano, entende-se que em 2010 foi publicado um estudo relevante, em 2011, dois estudos, em 2012, dois estudos, em 2013, cinco, em 2014, dois. No ano de 2015 foi publicado apenas um estudo relevante. Em termos de país de origem, os países com publicações mais relevantes são EUA (onze estudos), Coreia (um estudo), Irão (um estudo) e Holanda (um estudo). Quanto à caracterização metodológica dos estudos incluídos, incluíram-se estudos qualitativos (dois), mas também estudos descritivos (três), um estudo experimental, estudos exploratórios (três) e cinco revisões. Relativo ao tipo de amostra, seis estudos (42,8%) usaram exclusivamente sobreviventes de cancro, três utilizaram sobreviventes de cancro e outros participantes (21,4%), nomeadamente cuidadores e familiares, e cinco não apresentavam amostra por serem revisões. Relativamente ao tamanho da amostra, um estudo tinha amostra até 20 participantes, inclusive, dois estudos amostras entre 20 e 100 participantes, inclusive, e seis estudos amostras superiores a 100 participantes. A tabela 2 apresenta o resumo dos objetivos dos estudos selecionados.

De uma forma geral, entende-se que os comportamentos utilizados pelos sobreviventes de cancro para promover a sua saúde após o cancro se relacionam com a prática do exercício/atividade física (E1, E2, E4, E6, E7, E9, E13, E14), uma alimentação saudável (E1, E4, E7, E9, E13, E14) e suporte nutricional adequado (E2, E4), manutenção do peso ideal (E1, E4, E9, E10), gestão das recomendações dos profissionais de saúde e dos regimes medicamentosos (E2), gestão do stress (E12, E13, E14), realizar *screening* e *check-ups* regulares (E9), o ajuste ao novo estilo de vida (E2), o suporte/apoio social (E3, E8, E9) e a espiritualidade (E3).

Globalmente, o E11 explorou os fatores que influenciam os comportamentos de promoção de saúde em sobreviventes de cancro da mama e verificou que estes eram mais propensos a adotar um estilo de vida saudável (melhores níveis no instrumento *Health Promoting Lifestyle Profile-II* (HPLP-II)), se eles tivessem experimentado um forte apoio social, tivessem maior auto-eficácia, tivessem realizado quimioterapia, apresentassem maiores níveis de locus de controlo interno e menores níveis de depressão.

Tabela 2. Estudos incluídos por autor, nome, ano e objetivo.

Estudo	Objetivo
E1 - Inoue-Choi, M., Robien, K. & Lazovich, D. (2013). Adherence to the WCRF/AICR guidelines for cancer prevention is associated with lower mortality among older female cancer survivors. <i>Cancer Epidemiol Biomarkers Prev</i> , 22(5) 792-802; DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-13-0054	Avaliar que tipo de comportamentos de adesão às guidelines do World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (WCRF/AICR) estão relacionadas com menor taxa de mortalidade nos sobreviventes de cancro.
E2 - Volker, D., Becker, H. & Kullberg, V. (2013). A double whammy: health promotion among cancer survivors with preexisting functional limitations. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 40(1) 64-71; DOI: 10.1188/13.ONF.64-71	Explorar a experiência de viver com uma limitação funcional e um diagnóstico de cancro e identificar as estratégias de promoção de saúde utilizadas por esses sobreviventes.
E3 - Wells, A., Gulbas, L., Sanders-Thompson, V., Shon, E. & Kreuter, M. (2014). African-American breast cancer survivors participating in a breast cancer support group: translating research into practice. <i>Journal Of Cancer Education</i> 29 619-625; DOI 10.1007/s13187-013-0592-8	Analisar as estratégias de coping facilitadoras da transição saúde-doença utilizadas por mulheres afro-americanas com cancro.
E4 - Skolarus, T., Wolf, A., Erb, N., Brooks, N., Rivers, B., Underwood, W., et al. (2014). Cancer Society prostate cancer survivorship care guidelines. <i>CA: A Cancer Journal For Clinicians</i> , 64(4) 225-249; DOI: 10.3322/caac.21234	Identificar as principais recomendações de promoção da saúde nos sobreviventes de cancro da próstata.
E5 - Choi, K., Park, J. & Park, S. (2011). Cancer patients' informational needs on health promotion and related factors: a multi-institutional, cross-sectional study in Korea. <i>Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer</i> , 19(10) 1495-1504; DOI: 10.1007/s00520-010-0973-z	Analisar as necessidades de informação sobre a promoção da saúde das pessoas com cancro e avaliar outros fatores associados a essas necessidades informativas.
E6 - Faguy, K. (2013). Cancer Survivors and Quality of Life. <i>Radiation Therapist</i> , 22(2) 185-205.	Analisar como é que o cancro e o seu tratamento afetam a saúde e a qualidade de vida dos sobreviventes, a longo prazo.
E7 - Stolley, M., Restrepo, J. & Sharp, L. (2010). Diet and physical activity in childhood cancer survivors: a review of the literature. <i>Annals Of Behavioral Medicine: A Publication Of The Society Of Behavioral Medicine</i> , 39(3) 232-249; DOI: 10.1007/s12160-010-9192-6	Rever e sumarizar os estudos publicados sobre alimentação, atividade física e intervenções relacionadas em sobreviventes de cancro da infância.
E8 - Barber, F. (2013). Effects of social support on physical activity, self-efficacy, and quality of life in adult cancer survivors and their caregivers. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 40(5) 481-489; DOI: 10.1188/13.ONF.481-489	Explorar as relações ente os sobreviventes de cancro e o suporte social dos cuidadores nas questões de atividade física e qualidade de vida.
E9 - Wolin, K., Dart, H. & Colditz, G. (2013). Eight ways to stay healthy after cancer: an evidence-based message. <i>Cancer Causes & Control: CCC</i> , 24(5) 827-837; DOI: 10.1007/s10552-013-0179-z	Rever a bibliográfica relacionada com recomendações do Siteman Cancer Center da Universidade de Washington para a manutenção de uma vida saudável após o cancro.
E10 - Soerjomataram, I., Thong, M., Korfage, I., Polinder, S., Heide, A., Vries, E., et al. (2012). Excess weight among colorectal cancer survivors: target for intervention. <i>Journal Of Gastroenterology</i> , 47(9) 999-1005; DOI: 10.1007/s00535-012-0567-2	Explorar a proporção de sobreviventes de cancro colorretal que preenchem as recomendações internacionais de estilo de vida e de peso corporal.
E11 - Tabrizi, F. (2015). Health promoting behavior and influencing factors in Iranian breast cancer survivors. <i>Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention: APJCP</i> , 16(5) 1729-1736;	Explorar as relações entre o locus de controlo interno,, a percepção de saúde, a autoeficácia e o apoio social com os comportamentos de promoção de saúde das sobreviventes de cancro da mama.
E12 - Harding, M. (2012). Health-Promotion Behaviors and Psychological Distress in Cancer Survivors. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 39 (2) 132-140;	Determinar os comportamentos de promoção da saúde e a experiência de sofrimento psíquico dos sobreviventes de cancro
E13 - Meraviglia, M., Stuijbergen, A., Morgan, S. & Parsons, D. (2015). Low-Income Cancer Survivors' Use of Health-Promoting Behaviors. <i>Med Surg Nursing: Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses</i> , 24(2) 101-106;	Determinar a fiabilidade de uma intervenção de promoção de saúde com sobreviventes de cancro focada na auto eficácia, aumentar os comportamentos de promoção de saúde e melhorar a saúde global desses sobreviventes.
E14 - Rabin, C. (2011). Review of health behaviors and their correlates among young adult cancer survivors, <i>Journal Of Behavioral Medicine</i> , 34(1) 41-52; DOI: 10.1007/s10865-010-9285-5	Identificar os comportamentos de promoção de saúde que mais necessitam de intervenção profissional, os subconjuntos mais vulneráveis da população e as teorias de comportamento de saúde que podem guiar o desenvolvimento dessa intervenção.

A análise dos estudos encontrados nesta revisão permitiu enquadrá-los com as áreas de atenção de promoção da saúde estabelecidas pelo instrumento HPLP-II de Walker e colaboradores (1987, citado em E11) traduzido e validado para o contexto português por Sousa, Gaspar, Vaz e col. (2014), que serve para determinar a frequência com que as pessoas relatam envolver-se em atividades voltadas para aumentar o seu nível de saúde e bem-estar (comportamentos de promoção de saúde), nomeadamente *responsabilidade de saúde, atividade física, nutrição, gestão do stress, relacionamento interpessoal e crescimento espiritual*.

Os compromissos relacionados com a *responsabilidade em saúde* apresentam uma área preponderante na promoção de comportamentos de saúde: ao nível do envolvimento com as questões relacionadas com a procura de informação em saúde, a vigilância, o autocontrolo e o envolvimento nas questões de saúde com os profissionais.

No que se reporta à procura de informação em saúde, os sobreviventes que apresentam limitações físicas impostas pelo cancro referem, usualmente, encontrar profissionais de saúde insensíveis às suas necessidades e limitações, e enfatizam a importância da comunicação na coordenação dos cuidados entre os diversos profissionais (E2). No E5, 64,8% e 66,4% dos sobreviventes referem ter falta de informação relativa aos comportamentos de promoção de saúde básicos e à nutrição, respetivamente.

O E13 revelou que 80% dos sobreviventes referiram relatar sinais incomuns ou sintomas novos aos profissionais de saúde, 70% afirmaram questionar os profissionais de saúde a fim de compreender instruções e 76% assumiram que inspecionavam os seus corpos mensalmente para detetar possíveis mudanças físicas (autovigilância).

No que concerne com a autovigilância, o E9 aponta dados contraditórios. Se por um lado, os sobreviventes de cancro da próstata eram menos propensos a realizar os *screenings* de cancro colorretal que o grupo controlo (doentes sem cancro), quase todos os sobreviventes do cancro do cólon estavam em conformidade com a colonoscopia (97%), a mamografia (80%) e com exame de “*Papanicolau*” (63%) (E9). O autocontrolo do peso corporal também é assumido como uma responsabilidade de saúde, na medida em que, o peso, no momento do diagnóstico, é considerado o mais forte preditor de doença e qualidade de vida nas mulheres diagnosticadas com cancro da mama. Relativamente ao con-

trolo do peso, o E4 assume que a obesidade tem sido associada a piores resultados em saúde. O E10 aponta que 48% dos sobreviventes de cancro colorretal apresentam excesso de peso. O E1 destaca que 37,5% dos sobreviventes de cancro estudados têm um IMC (Índice de Massa Corporal) entre 18,5 e 25, ou seja, dentro do peso ideal, no entanto, 25,8% apresentam um IMC compatível com obesidade, superior a 30. Apesar das dificuldades relatadas em perder peso nos estudos encontrados, as intervenções profissionais têm demonstrado promessas, contudo, perder/manter o peso ideal continua a ser um desafio para os sobreviventes de cancro, independentemente da sua tipologia (E9).

A *sessão tabágica* é assumida como uma outra responsabilidade em saúde, reunindo esforços na prevenção dos riscos de desenvolver um novo cancro e na mortalidade. Os sobreviventes de cancro acarretam o seu próprio “set” de riscos relacionados com o tabagismo (E9). A *sessão tabágica* aumenta a sobrevivência, reduz o risco de reaparecimento do tumor, de ocorrência de novos tumores e de metastização do primário, além de aumentar a resposta aos tratamentos e reduzir as toxicidades dos mesmos (Ostroff e Dhingra, 2007, citado em E9). No caso do cancro do pulmão, aproximadamente 90% das pessoas diagnosticadas são fumadoras. Após o diagnóstico, verifica-se que entre 8 a 17% dos sobreviventes de cancro do pulmão mantêm os hábitos tabágicos (E6). As recomendações da American Cancer Society reforçam que o tabagismo, após os tratamentos, aumenta o risco de recorrência de cancro da próstata e de um segundo cancro (E4). O estudo de Cooley, Sipples, Murphy e Sarna (2008, citado em E6) relata que os benefícios da *sessão tabágica* incluem ter mais energia e altos níveis de atividade, menos dispneia, mais apetite, melhor sono e disposição. Moor e colaboradores (2011) estudaram um variado leque de fatores que poderiam estar associados aos comportamentos de cessação tabágica, e perceberam que a existência de internamento hospitalar por um problema médico pode facilitar a cessação tabágica, ao contrário do número de cigarros fumados por semana, a permissão de fumar no trabalho, o incentivo para parar de fumar de um familiar e a percepção de autoeficácia para parar de fumar que atrasam ou dificultam a *sessão tabágica*. Entende-se ainda que apesar da bibliografia apontar eficácia nas intervenções profissionais para redução dos hábitos tabágicos, existe ainda pouca disseminação e pouco investimento dos centros de tratamento (E9).

A *prática de atividade física* de forma regular é um dos comportamentos de promoção de saúde mais valorizado, fruto dos benefícios conhecidos. No que se relaciona com a atividade física, entende-se que a mesma pode diminuir o risco de recorrência do cancro, melhorar a sobrevivência ao cancro, acelerar a recuperação dos efeitos colaterais do tratamento, evitar efeitos de longo prazo (E9, E4) ter influência no controlo do peso e na prevenção de riscos cardiovasculares e outros cancros (E7, E9), sendo segura durante e após todos os tratamentos de cancro (E9).

De uma forma geral, os sobreviventes sem limitações funcionais e sem contraindicações médicas devem realizar pelo menos 150 minutos de exercício físico por semana de intensidade moderada ou 75 minutos por semana de alta intensidade (Rock and Doyle, 2012, citado em E4). O E13 reporta que apenas 13% dos sobreviventes têm um plano de exercício físico programado. No E1, apenas 22,2% dos sobreviventes referem realizar exercício físico intenso, durante pelo menos 30 minutos, pelo menos 2 vezes por semana (por exemplo correr, nadar ou jogar ténis) ou praticar exercício de moderada intensidade, pelo menos 5 vezes por semana (por exemplo caminhar, jogar golfe ou desportos leves), e 52,2% referiam praticar exercício de moderada intensidade menos de 2 vezes por semana.

Contudo, a envolvimento dos sobreviventes em atividades de exercício físico ainda está longe de obter consenso. Por um lado, oito dos vinte estudos abordados na revisão de Stolley e colaboradores (E7) fazem referência a baixos níveis de atividade física entre os sobreviventes de cancro estudados. Em média os dados apontam que menos de 50% dos sobreviventes se envolvem em atividade física regular ou preenchem as *guidelines* para uma regular prática de exercício físico. Os dados do *Behavior Risk Factor Survey Study* (BRFSS) (2003, citado em E7) apontam que 52,1% dos sobreviventes de cancro não atendem as diretrizes do CDC (Centers for Disease Control and Prevention) de atividade física vigorosa de 20 minutos pelo menos 3 dias por semana ou atividade moderada (30 minutos, pelo menos, 5 dias por semana) e 22,7% eram completamente inativos (E7). Por outro, estudos de Finnegan e colaboradores (2007, citado em E7) e Cox e colaboradores (2009, citado em E7) apontam valores de 80 e 70%, respetivamente, de sobreviventes que preenchem os critérios do CDC para a prática de exercício físico.

Existem inúmeros fatores associados à falta de envolvên-

cia dos sobreviventes com a prática de atividade física, nomeadamente o tipo de cancro, o tipo de tratamento realizado, o facto de ser fumador (E7) as variáveis psicológicas como a motivação e a depressão, o medo e a fadiga/cansaço (E7). No entanto, intervenções profissionais bem dirigidas podem aumentar o envolvimento dos sobreviventes e reduzir a própria fadiga relacionada com o cancro (E9). Um estudo de Jones e colaboradores (2008, citado em E6), relata que uma intervenção de promoção do exercício físico através de um *“byciling program”* aumentou os níveis de capacidade física dos sobreviventes de cancro do pulmão em 11%, próximo do espectável da população saudável (15%).

Identificar as formas como os sobreviventes de cancro podem adotar e manter a atividade física é crucial para que os mesmos se possam envolver em estilos de vida saudáveis e bem-estar, no entanto, é indispensável compreender os gostos e preferências de cada pessoa para se maximizar essa envolvimento.

As recomendações relativas à promoção de uma alimentação saudável nos sobreviventes de cancro variam. Tipicamente, incluem a importância de comer fruta e vegetais, a necessidade de ingestão de comida sem aditivos e reforço com suplementos alimentares (E2). Outras recomendações passam por uma dieta com vegetais ricos em micronutrientes fitoquímicos e frutas, baixas quantidades de gordura saturada, uma ingestão adequada de vitamina D, e um consumo adequada, mas não excessivo, de fontes alimentares de cálcio (isto é, não superior a 1200 mg/dia) que contribuem para uma vida mais saudável, com menor risco de desenvolver obesidade, problemas cardiovasculares e osteoporose (Rock and Doyle, 2012, citado em E4; E7).

Contudo apesar de as recomendações estarem dispersas e difundidas pelos sistemas de saúde, a envolvimento dos sobreviventes em hábitos alimentares saudáveis ainda é abaixo do espectável. O problema, muitas vezes, é o facto de muitos dos sobreviventes no momento do diagnóstico terem hábitos alimentares completamente desequilibrados (E9). No entanto, os benefícios de uma dieta saudável, rica em frutas, verduras, legumes, grãos integrais, aves domésticas e peixe, não devem ser menosprezados, e relacionam-se, sobretudo com reduções da mortalidade e melhor qualidade de vida nos sobreviventes (Kroenke, Fung, Hu e Holmes, 2005, citado em E9).

No E1, apenas 6,8% dos sobreviventes referiram dispensar totalmente bebidas açucaradas da sua dieta, só 18,9%

apresentam uma diminuída ingestão de carnes vermelhas (inferior a 500g/dia) e, meramente 27,3% apresentam um consumo de sal, em alimentos processados ou comidas salgadas de acordo com o recomendado (E1). No E13, verificou-se que 60% dos sobreviventes reportam comer dieta rica em gorduras saturadas e açúcares, e 42% não estavam a comer a quantidade recomendada de vegetais. Um estudo de Demark-Wahnefried e colaboradores (2005, citado em E7) refere que menos de 45% dos sobreviventes adolescentes e 25% dos adultos sobreviventes reuniram diretrizes para a ingestão adequada de cálcio. Os dados resumidos no estudo E7 apontam que os sobreviventes de cancro adolescentes têm maior consumo de alimentos saudáveis do que os adultos sobreviventes.

No entanto, verifica-se que 92,4% dos sobreviventes referem uma redução da ingestão de bebidas alcoólicas e 61,4% mencionam um consumo de vegetais e frutas igual ou superior a 5 porções por dia (E1). Mulhern e colaboradores (1995, citado em E7) notificou que cerca de 60% dos adolescentes sobreviventes de cancro comiam refeições equilibradas na maioria das vezes, em comparação com 48% dos jovens adultos sobreviventes, dado que poderá ter ocorrido pela influência dos pais na dieta ou por relatos tendenciosos dos mesmos.

Ter uma dieta saudável não deve ser confundida com a ingestão de suplementos dietéticos, que ao longo da revisão têm mostrado pouco ou nenhum benefício para a melhoria do prognóstico de saúde após o cancro (E9).

Os sobreviventes de cancro podem experimentar ao longo do processo saúde-doença extremo sofrimento psicológico, que se manifesta pela ansiedade e depressão relacionada com o medo de recorrência, o risco de desenvolvimento de um segundo cancro, e a gestão dos efeitos do tratamento, incluindo fadiga e dor (E12). Esse sofrimento requer um leque de comportamentos para uma *gestão do stresse* mais eficaz. A adoção de comportamentos de vida saudáveis oferece a oportunidade de os sobreviventes assumirem o controlo sobre alguns aspetos da sua saúde e ajuda-os a gerir os efeitos adversos de cancro, bem como sobre a experiência de sofrimento psíquico (E12).

O estudo E4, estima que pelo menos 30% dos sobreviventes de cancro enfrentem stresse. Contudo, a maior parte dos estudos explorados procuram evidências no primeiro ano após os tratamentos, deixando as evidências sobre os

períodos de sobrevivência maiores (5 anos ou mais) muito limitada. Alguns fatores de risco mencionados, que estão na origem de altos níveis de stresse nos sobreviventes de cancro da próstata, são ser solteiro, ter um baixo nível de escolaridade, baixa capacidade física ou cognitiva, ter uma idade mais jovem, apresentar co-morbidades médicas, ter histórico psiquiátrico, e/ou ter fracas habilidades de *coping* (E4).

No que refere à gestão do stresse os sobreviventes do E2 diminuíram a perceção de bem-estar, e por tal referem envolver-se em atividades como exercícios de relaxamento, gestão das atividades diárias para permitir descansos periódicos, yoga e acupuntura para gerirem eficazmente o stresse (E2).

No E14, entende-se, que embora os níveis elevados de depressão ou ansiedade estejam geralmente relacionadas com estilos de vida menos saudáveis (beber bebidas alcoólicas e ter menos atividade física) (Lown et al 2008; Ness et al 2009; Santacroce; Lee 2006, citado em E14), os jovens adultos sobreviventes que experimentam uma maior preocupação com a sua saúde, podem ser mais propensos a ter um estilo de vida mais saudável (E14).

As evidências apontam que manter *relacionamento interpessoal* com amigos e familiares melhora a qualidade de vida após o diagnóstico de cancro. Viver após o cancro com apoio social, formal ou informal, parece reduzir o stresse, a depressão e a fadiga e levar a melhorias no humor, auto-imagem e qualidade de vida nos sobreviventes de cancro. Além disso, o apoio social também facilita as mudanças comportamentais de promoção da saúde (E9).

Alguns sobreviventes estudados no E2, referem ter sido relutante aproximar-se dos significativos para procurarem apoio emocional e suporte nas suas necessidades de cuidados com o cancro. Em contrapartida, outras sobreviventes, identificaram influências positivas do suporte social: a) nos laços familiares, assumindo que o cancro "*made us closer (...) we talk more*" (p.623, E3); b) na partilha da história da sua doença com outras pessoas, sendo uma forma de ultrapassar o cancro, "*giving back*" (dar a volta) (p.623, E3) e de aumentar o conhecimento público da importância de uma deteção precoce; c) e nos grupos de suporte, sendo o espaço onde eram contagiadas pela força, fé e paixão das outras sobreviventes e onde ganhavam energia para um dia contarem a sua história (E3).

No E8, alguns sobreviventes de cancro entendem o suporte social como uma importante fonte de companhia, de

motivação, mas também para os ligar aos comportamentos de promoção de saúde. Se por um lado consideram positivo ter alguém próximo com quem partilhar as experiências de promoção de saúde, por outro identificam o suporte social como uma força que os encoraja e motiva para participar nessas experiências (E8).

O E3 assume que as reflexões sobre a *espiritualidade* na fase de sobrevida são uma estratégia de destaque. No mesmo estudo, salienta-se que as mulheres afro-americanas sobreviventes de cancro envolvem-se em discussões com Deus e procuram a construção de um significado espiritual para a sua vida, quer seja ele na procura das lições que Deus procura que as sobreviventes aprendam, quer seja numa vertente mais fatalista, de resiliência perante o futuro que não se pode mudar. Um estudo de Hodgkinson e colaboradores (2007, citado em E6) relatou que 80% dos sobreviventes de cancro indicaram pelo menos um aspeto positivo de ter tido cancro, entre eles: crescer como pessoa (56%), preocupar-se com coisas mais importantes (55%), fazer mudanças positivas (51%) e perceber quão preciosa é a vida (49%) (E6). O E13 revelou que 75% (n=38) dos sobreviventes afirmaram acreditar que a vida tem um propósito/objetivo, 69% (n=35) olhavam com esperança para o futuro, 82% (n=42) estavam cientes do que é importante na vida, e 75% (N = 38) referiram sentir-se ligados com uma força maior do que eles.

4. Conclusão:

O estudo realizado permitiu enumerar evidências sobre seis áreas de comportamentos de promoção de saúde (responsabilidade de saúde, atividade física, nutrição, gestão do stress, relacionamento interpessoal e crescimento espiritual) e decodificar a informação revista. Os dados apontam para informações contraditórias ao nível da envolvência dos sobreviventes em comportamentos de otimização do estilo de vida. Esses conflitos obrigam a comunidade científica a aprofundar os dados apresentados em populações mais homogêneas de sobreviventes, em relação ao tipo de cancro e ao tempo de sobrevivência.

Por tal, as limitações do estudo encontram-se na generalização da população em estudo. Entende-se que é difícil universalizar os resultados entre os diferentes grupos de sobrevivente de cancro porque cada tipo de cancro tem uma história natural única ao nível do protocolo de tratamento, progressão da doença, efeitos adversos dos tratamentos,

dados demográficos e médicos e as características do estilo de vida dos sobreviventes serem sempre ímpares.

Após esta revisão, concordamos que o cancro acarreta a oportunidade de os sobreviventes se envolverem mais com a sua saúde, considerarem a adaptação a estilos de vida mais saudáveis, procurarem orientações em saúde e realizarem escolhas em saúde ponderadas e informadas. No seio de um mundo cada vez mais informado, onde a informação é cada vez mais acessível, parece determinante o apoio profissional com intervenções baseadas na evidência científica.

Assim, uma abordagem profissional para a promoção dos comportamentos de promoção de saúde deve englobar uma análise prévia do nível de literacia, habilidades de leitura, preferência pessoal para a aprendizagem, aspetos culturais e/ou religiosos, nível de dor e os níveis de ansiedade de cada sobrevivente (Mann, 2011).

Referências bibliográficas

1. Aziz N.M.; Rowland J.H. (2003) – Trends and advances in cancer survivorship research: challenge and opportunity; Seminars in Radiation Oncology vol. 13; p. 248–266; 2003;
2. Canavarro, M.; Pereira, M.; Moreira, H.; Paredes, T. (2008) – Qualidade de Vida e Saúde: Aplicações do WHOQOL; Repositório Aberto; Universidade de Coimbra;
3. Carta de Ottawa (1986) – Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde; Ottawa, Canadá;
4. Centers For Disease Control And Prevention (2009) – A glance; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion - Improving health and quality of life for all people; CDC;
5. Doyle, Natalie (2008) – Cancer survivorship: evolutionary concept analysis. Journal of Advanced Nursing, vol.62 (4), p. 499-509;
6. Feuerstein, M. (2007) – Defining cancer survivorship. The Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice;
7. Loerzel, V. & Meneses, K. (2010) – Cancer Survivorship: A critical Aspect of Care; Cancer Nursing; Principles and practice; Jones & Bartlett Learning; 7th edition; Part VII; Chapter 70 p.1743-1752;
8. Martins, Maria do Céu Antunes (2005) - A Promoção da saúde: percursos e paradigma. Revista de saúde Amato Lusitano. ISBN 0873-5441. A. IX, nº 22 (4º trimestre 2005), p. 42-46
9. Petronilho, F. (2012) – Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem. 1a edição. Coimbra: Formasau, ISBN 978-989- 8269-17-1;
10. Phillips, J.; Currow, D. (2010) – Cancer as a chronic disease. Collegian, p. 47 – 50;
11. Rowland, J. ; Baker, F. (2005) – Introduction: resilience of cancer survivors across the lifespan. Cancer, 104 (11 Supplement), 2543-2548;
12. World Health Organization (2005) - Preventing chronic diseases : a vital investment : WHO global report. World Health Organization.
13. World Health Organization (2014) – Basic documents, 48th ed. World Health Organization;
14. Pender N., Murdaugh C, & Parsons M (2010) – Health promotion in nursing practice. 6th ed. Upper Saddle River: Pearson/Prentice-Hall;
15. Saylor, C. (2004) – The circle of health: A health definition model. Journal of Holistic Nursing, 22, p. 97-115
16. Victor, J.; Lopes, M. & Ximenes, L. (2005) - Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender; Acta Paulista de Enfermagem, 18(3):235-40;
17. Pender, N, Murdaugh, C., Parsons, M. (2002) – Health promotion in nursing practice. 4ª ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall;
18. Moor, J.; Puleo, E.; Ford, J.; Greenberg, M.; Hodgson, D. et al. (2011) - Disseminating a smoking cessation intervention to childhood and young adult cancer survivors: baseline characteristics and study design of the partnership for health-2 study. BMC Cancer11:165.
19. Mann, K. (2011) - Education and Health Promotion for Newly Diagnosed Patients; Clinical Journal of Oncology Nursing, 15(1).