

# Autocuidado e estilo de vida para o sobrevivente do câncer

Rodrigo José de Vasconcelos Valença  
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa  
Rafael dos Santos Nunes



**Rodrigo José de Vasconcelos Valença  
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa  
Rafael dos Santos Nunes  
(Orgs.)**

---

**AUTOCUIDADO E ESTILO DE  
VIDA PARA O SOBREVIVENTE  
DO CÂNCER**

---



2023



## UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI

**Evandro Alberto de Sousa**

Reitor

**Jesus Antônio de Carvalho Abreu**

Vice-Reitor

**Mônica Maria Feitosa Braga Gentil**

Pró-Reitora de Ensino de Graduação

**Josiane Silva Araújo**

Pró-Reitora Adj. de Ensino de Graduação

**Raurys Alencar de Oliveira**

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

**Fábia de Kássia Mendes Viana Buenos Aires**

Pró-Reitora de Administração

**Rosineide Candeia de Araújo**

Pró-Reitora Adj. de Administração

**Lucídio Beserra Primo**

Pró-Reitor de Planejamento e Finanças

**Joseane de Carvalho Leão**

Pró-Reitora Adj. de Planejamento e Finanças

**Ivoneide Pereira de Alencar**

Pró-Reitora de Extensão, Assuntos Estudantis e Comunitários

**Marcelo de Sousa Neto**

Editor da Universidade Estadual do Piauí

**Universidade Estadual do Piauí**

Rua João Cabral • n. 2231 • Bairro Pirajá • Teresina-PI

Todos os Direitos Reservados



**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI**



Rafael Tajra Fonteles **Governador do Estado**  
Themístocles de Sampaio Pereira Filho **Vice-Governador do Estado**  
Evandro Alberto de Sousa **Reitor**  
Jesus Antônio de Carvalho Abreu **Vice-Reitor**

**Conselho Editorial EdUESPI**

Marcelo de Sousa Neto **Presidente**  
Algemira de Macedo Mendes **Universidade Estadual do Piauí**  
Antonia Valtéria Melo Alvarenga **Academia de Ciências do Piauí**  
Antonio Luiz Martins Maia Filho **Universidade Estadual do Piauí**  
Artemária Coêlho de Andrade **Universidade Estadual do Piauí**  
Cláudia Cristina da Silva Fontineles **Universidade Federal do Piauí**  
Fábio José Vieira **Universidade Estadual do Piauí**  
Hermógenes Almeida de Santana Junior **Universidade Estadual do Piauí**  
Laécio Santos Cavalcante **Universidade Estadual do Piauí**  
Maria do Socorro Rios Magalhães **Academia Piauiense de Letras**  
Nelson Nery Costa **Conselho Estadual de Cultura do Piauí**  
Orlando Maurício de Carvalho Berti **Universidade Estadual do Piauí**  
Paula Guerra Tavares **Universidade do Porto - Portugal**  
Raimunda Maria da Cunha Ribeiro **Universidade Estadual do Piauí**

---

[Marcelo de Sousa Neto](#) **Editor**

Organizadores **Capa, Ilustrações e Diagramação**

[Editora e Gráfica UESPI](#) **E-book**

Endereço eletrônico da publicação: <https://editora.uespi.br/index.php/editora/catalog/book/143>

A939 Autocuidado e estilo de vida para o sobrevivente do câncer /  
Rodrigo José de Vasconcelos Valença, Rafael Everton  
Assunção Ribeiro da Costa, Rafael dos Santos Nunes,  
organização. – Teresina: EdUESPI, 2023.  
180 p. : il.

ISBN versão digital: 978-65-88108-95-6  
1. Câncer. 2. Autocuidado. 3. Estilo de Vida. 4.  
Sobreviventes. I. Valença, Rodrigo José de Vasconcelos. II.  
Costa, Rafael Everton Assunção Ribeiro da. III. Nunes, Rafael  
dos Santos. IV. Título.

CDD: 616.99

Ficha Catalográfica elaborada pelo Serviço de Catalogação da Universidade Estadual do Piauí - UESPI  
Nayla Kedma de Carvalho Santos (Bibliotecária) CRB 3ª Região / 1188

**[Editora da Universidade Estadual do Piauí - EdUESPI](#)**

Rua João Cabral • n. 2231 • Bairro Pirajá • Teresina-PI

Todos os Direitos Reservados

# SUMÁRIO

<b>Apresentação</b> .....	5
<b>PARTE UM</b> .....	6
<b>Conceitos básicos</b>	
<b>1. Quem é o sobrevivente do câncer?</b> .....	7
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa Rodrigo José de Vasconcelos Valença	
<b>2. O que é autocuidado?</b> .....	18
Maria Júlia Gomes Nunes Rodrigo José de Vasconcelos Valença	
<b>3. O que é a Medicina do Estilo de Vida?</b> .....	26
Augusto Cesar Maia Rio Lima Silveira Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa Rodrigo José de Vasconcelos Valença	
<b>PARTE DOIS</b> .....	39
<b>Princípios do cuidado</b>	
<b>4. Alimentação</b> .....	40
Jorge Felipe da Silva Bastos Samara Fernanda Vieira Valença	
<b>5. Atividade física</b> .....	49
Samya Viana da Silva Rodrigues Rodrigo José de Vasconcelos Valença	
<b>6. Controle de substâncias tóxicas</b> .....	59
Isabelle Oliveira de Lima Rêgo Rodrigo José de Vasconcelos Valença	
<b>7. Sono</b> .....	80
Janine Midori Figueiredo Watanabe Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa Rodrigo José de Vasconcelos Valença	
<b>8. Gestão do estresse</b> .....	86
Gabriel Vidal Oliveira Erlan Clayton Xavier Cavalcante Maria Clara Amorim Silva Rodrigo José de Vasconcelos Valença	

<b>9. Relacionamentos saudáveis .....</b>	<b>102</b>
Jonh Heberthon de Souza Araújo	
Rodrigo José de Vasconcelos Valença	
<b>10. Espiritualidade e religiosidade .....</b>	<b>111</b>
Monique Melo Fortaleza	
Rodrigo José de Vasconcelos Valença	
<b>11. Vida com a natureza .....</b>	<b>121</b>
Francisco Aragão de Sousa Neto	
Rodrigo José de Vasconcelos Valença	
<b>12. Saúde social .....</b>	<b>130</b>
Anna Beatriz de Quadros Viganó	
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa	
Rodrigo José de Vasconcelos Valença	
<b>13. Sexualidade após o câncer .....</b>	<b>137</b>
Erlan Clayton Xavier Cavalcante	
Maria Clara Amorim	
Elmarene Silva Athayde	

**PARTE TRÊS .....** **147**

**Gestão de vida após o tratamento**

<b>14. Visitas médicas e exames de acompanhamento .....</b>	<b>148</b>
Brunna Paloma Pessoa Lima	
Sabas Carlos Vieira	
<b>15. Efeitos e complicações tardias dos tratamentos .....</b>	<b>152</b>
Rafael dos Santos Nunes	
Rodrigo José de Vasconcelos Valença	
<b>16. Práticas integrativas .....</b>	<b>160</b>
Izabely dos reis de Paula	
Rafael dos Santos Nunes	
Rodrigo José de Vasconcelos Valença	
<b>17. Voluntariado e câncer .....</b>	<b>170</b>
Rodrigo de Oliveira Castelo Branco	
Luiz Ayrton Santos Júnior	

## Apresentação

**É** com grande satisfação que a Liga Acadêmica de Oncologia do Piauí (LAO-PI) divulga junto à comunidade esta obra voltada para o entendimento do autocuidado e estilo de vida no contexto de “sobreviventes do câncer”. Apesar de haver um constante aumento do número de pessoas atravessadas pelo câncer mundialmente, o conceito de “sobrevivência ao câncer” ainda é pouco estudado e entendido em alguns países, como o Brasil. Por outro lado, vem crescendo o papel da Medicina do Estilo de Vida (MEV), que aborda pilares fundamentais para uma vida harmônica e salutar, seja em indivíduos saudáveis ou já acometidos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a exemplo do câncer. Neste sentido, este livro visa esclarecer alguns conceitos relativos à “sobrevivência ao câncer” e abordar as principais indicações em MEV, pautadas nas evidências mais recentes, para uma vida mais produtiva e saudável em pacientes que tiveram câncer ou vivem com o câncer.

Aproveitamos a oportunidade para agradecer aos colaboradores da obra, médicos e estudantes de Medicina integrantes da LAO-PI (biênio 2022-2023), que juntos tornaram o projeto possível. O livro conta com 17 capítulos, abordando os principais temas referentes ao autocuidado e estilo de vida em “sobrevivência ao câncer”.

Esperamos que a leitura seja proveitosa para profissionais, estudantes e pessoas acometidas pelo câncer no passado ou presente e que, de alguma forma, possamos trazer melhoria no entendimento, assistência e gerenciamento do câncer.

Boa leitura!

# **PARTE UM**

## **Conceitos básicos**



# 1

## Quem é o sobrevivente do câncer?

Anteriormente o câncer era visto como uma sentença de morte e poucos eram aqueles que sobreviviam, hoje isso ficou no passado e a cura é possível para a maioria das pessoas.

*Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa  
Rodrigo José de Vasconcelos Valença*

### 1.1 Introdução

Nas últimas décadas, a melhoria das estratégias de rastreamento e prevenção do câncer, bem como o avanço das possibilidades terapêuticas e estratégias de controle sintomático da doença, têm levado ao aumento do número de pessoas que tiveram câncer ou vivem com o câncer (“sobreviventes do câncer”). Nos Estados Unidos da América (EUA), havia 3 milhões de pessoas que tiveram câncer ou vivem com o câncer em 1971. Em 2016, este número ultrapassou 15,5 milhões e, em 2026, as projeções são de que existirão 20,3 milhões de pessoas vivendo sob estas condições nos EUA.<sup>1</sup> Nos dados brasileiros, não existem informações específicas sobre os “sobreviventes do câncer” e também não há uma definição difundida no país sobre o que seria o sobrevivente do câncer, sendo um termo pouco utilizado e explorado em pesquisas no Brasil.<sup>2</sup>

Os autores americanos Surbone e Tralongo<sup>3</sup> definem clinicamente o termo “sobrevivente do câncer” em quatro estágios: (1) “sobreviventes” em fase aguda (pacientes com diagnóstico da doença ou recidiva em tratamento); (2) “sobreviventes” em fase crônica (evoluem de forma lenta e se encontram entre remissão e recaída); (3) “sobreviventes” em remissão (estão um longo tempo sem a doença, mas ainda há possibilidade de novo câncer ou recidiva ou estão vivenciando consequências físicas e emocionais da doença ou do tratamento); (4) “sobreviventes” curados (não mais apresentam a doença e oferecem risco de morte e expectativa de vida iguais à população geral). Contudo, a sobrevivência ao câncer também envolve questões subjetivas e familiares, haja vista as mudanças determinadas pelo diagnóstico e tratamento.<sup>2,3</sup>

Em face da complexidade de elementos envolvida na sobrevivência do câncer, existem diversas definições sobre o termo “sobrevivente do câncer”. Dessa forma, este capítulo inicial da obra objetiva mostrar, sob diferentes perspectivas, quem é o “sobrevivente do câncer” e quais as suas necessidades que precisam ser respeitadas para um cuidado integral.

## 1.2 Definição do termo “sobrevivente do câncer”

O conceito de sobrevivente do câncer (pessoas que tiveram câncer ou vivem com o câncer) foi utilizado pela primeira vez por Fitzhugh Mullan, em 1985, no artigo “*Seasons of Survival*”, publicado no *New England Journal of Medicine*. Em 1986, Fitzhugh Mullan e um grupo de “sobreviventes do câncer” e profissionais em Oncologia fundaram a *National Coalition for Cancer Survivorship* (NCCS), associação que lutou para mudar o léxico social de vítima de câncer para “sobrevivente”.<sup>1</sup> Desde então, novas leituras e definições do termo têm sido elaboradas. O Quadro 1, logo abaixo, traz um compilado levantado por Wronski<sup>4</sup> das definições propostas sobre o termo “sobrevivente do câncer” desde 1985:<sup>4</sup>

**Quadro 1.** Definições propostas sobre o termo “sobrevivente do câncer” desde 1985, segundo Wronski.<sup>4</sup>

<b>Fonte</b>	<b>Termo</b>	<b>Definição</b>
Definição histórica (Leigh, 1996) <sup>5</sup>	“Sobrevivente do câncer”	Familiaries que sobreviveram à perda de um ente querido para o câncer.
<i>Centers for Disease Control and Prevention e Lance Armstrong Foundation, 2004</i> <sup>6</sup>	“Sobrevivente do câncer”	Qualquer pessoa que tenha sido diagnosticada com câncer, desde o diagnóstico até o equilíbrio de sua vida.
Definição biomédica (Leigh, 1996; Marcus, 2004; Rowland, 2007; Twombly, 2004) <sup>5,7-9</sup>	“Sobrevivente”	Indivíduos que tiveram uma doença com risco de vida, mas permaneceram livre de doença por um período mínimo de cinco anos.
<i>World Health Organization, 2007</i> <sup>10</sup>	“Sobreviventes do câncer”	Aqueles pacientes que tiveram câncer, estão, após o tratamento, agora curados da doença. A cura é definida como a obtenção da expectativa de vida normal e tem três componentes importantes: (1) recuperação de todas as evidências de doença (remissão completa); (2) obtenção de um estágio de risco mínimo ou nenhum de recorrência ou recaída; (3) restauração do funcionamento da saúde (física, de desenvolvimento e psicossocial).
<i>Journal of Cancer Survivorship</i> (Feuerstein, 2007) <sup>11</sup>	“Sobreviventes do câncer”	Populações e indivíduos com diagnóstico de câncer que concluíram o tratamento primário ou os principais aspectos de tratamento para o câncer. Os “sobreviventes” podem continuar com o “tratamento” ou seguimento, já que não é claro quando o tratamento primário termina. “Sobreviventes” também devem ter desejo ou necessidade de “continuar com suas vidas”. Os “sobreviventes” são considerados os indivíduos com diagnóstico de câncer, não a família.
<i>American Society of Clinical Oncology, 2014</i> <sup>12</sup>	“Sobrevivendo ao câncer” ou “sobrevivência”	Não ter nenhuma doença após a conclusão do tratamento.

<p><i>Cancer Survivorship: Evolutionary Concept Analysis</i> (Doyle, 2008)<sup>13</sup></p>	<p>“Sobrevida ao câncer”</p>	<p>Um processo que começa no diagnóstico e envolve incerteza. É uma experiência de mudança de vida com uma dualidade de aspectos positivos e negativos, e é única para o indivíduo, mas tem alguma universalidade. O antecedente primário é o diagnóstico de câncer e as consequências podem ser divididas em quatro temas principais: saúde física, saúde psicológica, saúde social e saúde espiritual.</p>
<p><i>Centers for Disease Control and Prevention e Lance Armstrong Foundation, 2004</i><sup>6</sup></p>	<p>“Sobrevida ao câncer” ou “sobrevida”</p>	<p>O processo de viver com, através e além do câncer. A sobrevida ao câncer começa no diagnóstico. Inclui pessoas que continuam em tratamento para reduzir o risco de recorrência ou para controlar doenças crônicas. Viver “com” câncer corresponde à experiência de receber o diagnóstico de câncer e o tratamento que pode seguir. Viver “através” do câncer corresponde ao estágio prolongado após o tratamento. Viver “além” do câncer corresponde ao pós-tratamento e sobrevida a longo prazo.</p>
<p><i>Seasons of Survival</i> (Mullan, 1985)<sup>14</sup></p>	<p>“Sobrevida aguda”</p>	<p>Começa com o diagnóstico e abrange o tempo de esforços adicionais de diagnóstico e tratamento. Medo, ansiedade e dor resultantes da doença e do tratamento são “elementos importantes e constantes desta fase”. O estágio é definido tanto pela vida da pessoa diagnosticada com câncer quanto pelos familiares afetados pelo diagnóstico.</p>
<p><i>Seasons of Survival</i> (Mullan, 1985)<sup>14</sup></p>	<p>“Sobrevida estendida”</p>	<p>Descreve o tempo imediatamente após o término do tratamento ou remissão, geralmente, medido em meses. É acompanhado pela diminuição do contato com a equipe de saúde. Este estágio é um momento de espera vigilante com o indivíduo se perguntando se os sintomas são sinais de recorrência ou apenas uma parte da vida cotidiana. Os “sobrevidentes” podem estar aprendendo a conviver com os efeitos colaterais crônicos, as limitações e a ansiedade associadas ao câncer e ao seu tratamento.</p>

<p><i>Seasons of Survival</i> (Mullan, 1985)<sup>14</sup></p>	<p>“Sobrevida permanente”</p>	<p>Descreve um período mais longo, muitas vezes, significando que a passagem do tempo desde o tratamento será medida em anos. Durante esta fase, a “atividade” da doença ou probabilidade de seu retorno é suficientemente pequeno para que o câncer possa agora ser considerado permanentemente controlado. Este estágio inclui mais do que o <i>status</i> da doença, pois os indivíduos ainda podem enfrentar problemas sociais, econômicos, psicológicos, de emprego, cuidados de saúde e ansiedade, além dos efeitos secundários do tratamento anterior do câncer.</p>
<p><i>Office of Cancer Survivorship of the National Cancer Institute, 2014</i><sup>15</sup></p>	<p>“Sobrevida ao câncer”</p>	<p>No câncer, a sobrevida se concentra na saúde e na vida de uma pessoa com câncer após o tratamento até o final da vida. Abrange os aspectos físicos, psicossociais e questões econômicas do câncer, além das fases de diagnóstico e tratamento. A sobrevida inclui questões relacionadas com a capacidade de obter cuidados de saúde e seguimento clínico, efeitos tardios do tratamento, cânceres secundários e qualidade de vida. Familiares, amigos e cuidadores também são considerados parte da experiência de sobrevida.</p>
<p><i>Office of Cancer Survivorship of the National Cancer Institute, 2014</i><sup>16</sup></p>	<p>“Pesquisa sobre sobrevida ao câncer”</p>	<p>A pesquisa de sobrevida ao câncer abrange as sequelas físicas, psicossociais e econômicas do diagnóstico de câncer e seu tratamento, tanto em crianças quanto adultos “sobreviventes do câncer”. Também inclui em seu domínio questões relacionadas à prestação de cuidados de saúde, acesso e acompanhamento dos cuidados, no que se refere aos “sobreviventes”. A pesquisa de sobrevida se concentra na saúde e na vida de uma pessoa com histórico de câncer, além da fase aguda de diagnóstico e tratamento. Ela busca tanto prevenir e controlar o diagnóstico de câncer adverso e os resultados relacionados ao tratamento, como efeitos tardios do tratamento, cânceres secundários e baixa qualidade de vida, para fornecer uma base de conhecimento sobre cuidados ideais de acompanhamento e vigilância dos cânceres e para otimizar a saúde após o tratamento do câncer.</p>

<p><i>National Comprehensive Cancer Network (Denlinger et al., 2014)<sup>17</sup></i></p>	<p>“Sobrevivência”</p>	<p>Um indivíduo é considerado um sobrevivente do câncer desde o momento do diagnóstico, passando pelo equilíbrio de sua vida. Familiares, amigos e cuidadores também são impactados. Inclui o impacto vasto e persistente do diagnóstico e tratamento do câncer no “sobrevivente” adulto. Inclui o impacto potencial na saúde, estados físico e mental, comportamentos de saúde e identidade profissional, sexualidade e situação financeira.</p>
---	------------------------	---

Apesar de já ter sido mostrado uma boa aceitação do vocábulo “sobrevivente do câncer” por parte dos pacientes, muitas pessoas com câncer não se sentem confortáveis com o termo por razões que podem ser as mais diversas. Por exemplo, Susan Gubar, portadora de câncer ovariano estágio IV, que escreve o blog *Living with Cancer* para o *The New York Times*, relata que sente que ainda não “ganhou” o título de “sobrevivente”. Outras pessoas viveram o câncer no passado, mas não querem seguir com o peso da definição “câncer” em suas vidas. Alguns argumentam que o termo traz a noção de “guerra”, levando a crer que pessoas que não sobreviveram “perderam a batalha” ou não foram fortes o suficiente. Muitas vezes, pacientes com a enfermidade já avançada não se sentem adequados ao termo “sobrevivente”. Também acontece que pacientes com doença em estágio muito inicial ou que necessitaram de tratamentos menos complexos consideram que o tratamento não foi difícil o suficiente para receberem a denominação de “sobreviventes”. Portanto, durante o tratamento, é necessário respeitar a decisão do paciente em relação a como este se sente frente à doença, seja “sobrevivente do câncer”, “pessoa vivendo com, ou além do câncer”, ou qualquer outro termo.<sup>1</sup>

### **1.3 Necessidades do “sobrevivente do câncer”**

O câncer e o seu tratamento estão relacionados a uma série de efeitos na qualidade de vida dos pacientes, que englobam aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.<sup>1</sup> Os capítulos subsequentes desta obra abordarão, de forma sintética, diversos aspectos relacionados à qualidade de vida dos “sobreviventes do câncer”, abrangendo os principais elementos físicos, psicológicos, sociais e espirituais que necessitam serem discutidos e acompanhados no contexto da sobrevivência do câncer.

O Quadro 2, localizado logo abaixo, mostra um modelo conceitual de qualidade de vida para “sobreviventes do câncer”, mostrado por Mayer, Nasso e Earp,<sup>1</sup> com base no estudo de Ferrell et al.<sup>1,18</sup>

**Quadro 2.** Modelo conceitual de qualidade de vida para “sobreviventes do câncer” mostrado por Mayer, Nasso e Earp<sup>1</sup>, com base no estudo de Ferrell et al.<sup>1,18</sup>

<b>Bem-estar físico e sintomático</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Capacidade funcional;</li><li>• Força ou fadiga;</li><li>• Dormir ou descansar;</li><li>• Fertilidade;</li><li>• Dor;</li><li>• Apetite;</li><li>• Saúde física geral.</li></ul>
<b>Bem-estar psicológico</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Controle;</li><li>• Ansiedade ou depressão;</li><li>• Diversão ou lazer;</li><li>• Dor ou angústia;</li><li>• Felicidade;</li><li>• Medo de recorrência;</li><li>• Cognição ou atenção;</li><li>• Percepção geral da qualidade de vida;</li><li>• Angústia de diagnóstico e tratamento.</li></ul>
<b>Bem-estar social</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sofrimento da família;</li><li>• Funções e relacionamentos;</li><li>• Afeição e função sexual;</li><li>• Aparência;</li><li>• Emprego;</li><li>• Isolamento;</li><li>• Finanças.</li></ul>



## Bem-estar espiritual

---

- Significado da doença;
- Religiosidade;
- Transcendência;
- Ter esperança;
- Incerteza;
- Esperança.

---

## CONCEITO 1

**Sobrevivente do câncer é um termo amplo que engloba todo indivíduo que teve sua vida impactada por esta doença, seja esse impacto físico, mental, emocional, espiritual e social.**

**Familiares, amigos e cuidadores também são considerados participantes da experiência da sobrevivência.**

---

### 1.4 Referências

1. Mayer DK, Nasso SF, Earp JA. Defining cancer survivors, their needs, and perspectives on survivorship health care in the USA. *Lancet Oncol.* 2017; 18(1): e11-8.
2. Alvarez KCP, Sales CA. Existential phenomenological view of health care experiences from the perspective of cancer survivors. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(suppl 6): e20190811.
3. Surbone A, Tralongo P. Categorization Of Cancer Survivors: Why We Need It. *J Clin. Oncol.* 2016; 34(28): 3372-4.

4. Wronski SL. Defining cancer survivor and cancer survivorship: the who, what, and when. *Psicooncologia*. 2015; 12(1): 7-18.
5. Leigh S. Defining our destiny. In: Hoffman B, editor. *A Cancer Survivor's Almanac: Charting Your Journey*. 2. ed. Minneapolis: Chronimed Publishing; 1996. p. 261-71.
6. Centers for Disease Control and Prevention, Lance Armstrong Foundation. *A National Action Plan for Cancer Survivorship: Advancing Public Health Strategies*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2004.
7. Marcus AD. Debate Heats Up On Defining A Cancer Survivor. *The Wall Street Journal* March 24, 2004; p. D4.
8. Rowland J. Survivorship research: Past, present, and future. In: Ganz P, editor. *Cancer survivorship: Today and tomorrow*. 1. ed. New York: Springer; 2007. p. 28-42.
9. Twombly R. What's in a name: who is a cancer survivor? *J Natl Cancer Inst*. 2004; 96(19): 1414-5.
10. World Health Organization. *Cancer Control: Knowledge Into Action: WHO Guide for Effective Programmes*. Geneva: World Health Organization; 2007.
11. Feuerstein M. Defining cancer survivorship. *J Cancer Surviv*. 2007; 1(1): 5-7.
12. American Society of Clinical Oncology. *Survivorship*. Alexandria: American Society of Clinical Oncology; 2014.
13. Doyle N. Cancer survivorship: evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*. 2008 ;62(4): 499-509.
14. Mullan F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *N Engl J Med*. 1985; 313(4): 270-3.

15. Office of Cancer Survivorship of the National Cancer Institute. Survivorship. NCI Dictionary of Cancer Terms. Bethesda: National Cancer Institute; 2014.
16. Office of Cancer Survivorship of the National Cancer Institute. Statistics and Graphs. Bethesda: National Cancer Institute; 2014.
17. Denlinger CS, Carlson RW, Are M, Baker KS, Davis E, Edge SB, et al. Survivorship: introduction and definition. Clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2014; 12(1): 34-45.
18. Ferrell BR, Dow KH, Leigh S, Ly J, Gulasekaram P. Quality of life in long-term cancer survivors. Oncol Nurs Forum. 1995; 22(6): 915-22.

# 2

## O que é autocuidado?

**Eu sou o ator principal na jornada da minha cura.**

Maria Júlia Gomes Nunes  
Rodrigo José de Vasconcelos Valença

### 2.1 Introdução

O autocuidado é um termo que engloba a autonomia do indivíduo em cuidar de sua própria saúde e envolve as atividades, realizadas individualmente ou coletivamente, que objetivam que a saúde seja alcançada, mantida ou promovida. O autocuidado está submetido a influências externas, seja da situação em que está inserido ou da cultura envolvida.<sup>1</sup>

Práticas de autocuidado não são algo novo e já que existem registros no período vitoriano na Grã-Bretanha, como o enfrentamento de questões de autoajuda, resiliência familiar e comunitária.<sup>2</sup>

Os conceitos de autogerenciamento e automonitoramento fazem parte do autocuidado, o primeiro seria a capacidade do indivíduo em buscar mudanças de estilo de vida, mudanças culturais ou até alteração de algum tratamento, dentre outros aspectos, em conjunto com profissionais da saúde ou não. Já

o automonitoramento seria a percepção do indivíduo que é o momento dele buscar ajuda de um profissional de saúde, seja devido a algum sinal de alerta fisiológico ou sintoma.<sup>1,3</sup>

**Quadro 1.** Definições propostas para o termo autocuidado desde 1979.<sup>3</sup>

Fonte	Definição
Levin et al., 1979 <sup>4</sup>	Processo pelo qual os pacientes agem de maneira autônoma na promoção de saúde e prevenção de doenças, detecção e tratamentos.
Hatch e Kickbusch, 1983; OMS <sup>5</sup>	Atividades que indivíduos, famílias e comunidades realizam com a intenção de melhorar a saúde, prevenir doenças, limitar doenças e restaurar a saúde
Orem, 2001 <sup>6</sup>	Atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio nome para manter a vida, a saúde e o bem-estar.
Departamento de Saúde (Londres), 2005 <sup>7</sup>	As ações que as pessoas realizam para si mesmas, seus filhos e suas famílias para se manterem em forma e garantir uma boa saúde física e mental, atendendo necessidades sociais e psicológicas, prevenir doenças ou acidentes, cuidar de doenças menores e de longo prazo e manter a saúde, bem-estar após uma doença aguda ou alta hospitalar.

## 2.2 A cultura e o autocuidado

A cultura é uma das variáveis que afetam diretamente a realização do cuidado, pois essa pode funcionar tanto como motivador para mudança de hábitos como influenciar que outras pessoas apoiem as mudanças que vem entrelaçadas ao autocuidado.<sup>8,9</sup>

Na Ásia, comportamentos como parar de fumar e bebidas alcoólicas são mais comuns, pois as normas culturais rotulam essas condutas como não saudáveis ou como causadores de câncer,

assim sendo, os asiáticos possuem certa “facilidade” em assumir práticas de autocuidado relacionadas a estes hábitos.<sup>10</sup>

Muitos países determinam o valor do indivíduo pela sua contribuição à sociedade, ou seja, a função, o trabalho que este exerce, assim, é socialmente exigido que o indivíduo que sobreviveu a um câncer, por exemplo, tenha a capacidade de voltar a ter uma vida “normal”, exercendo seu papel social e familiar. Essa necessidade de voltar a ser produtivo atua como um motivador estimulando a realização de exercícios, por exemplo em pacientes com câncer de mama, a fim de prevenir o linfedema.<sup>11</sup>

Nos exemplos anteriores, é possível notar que a cultura motivou as práticas de autocuidado, mas nem sempre é o que acontece. Dependendo da tendência ao fatalismo da crença religiosa do indivíduo, esses podem ver sua doença como destino ou um carma e, dessa forma, ter uma postura passiva, não praticando atividades de autocuidado.<sup>12</sup>

O meio em que a pessoa está inserida também faz parte da cultura; desse modo, este também tem a capacidade de afetar a iniciativa do autocuidado. Um estudo feito com pacientes da zona rural e urbana notou que aqueles que tiveram câncer de mama e evoluíram com linfedema e eram de zona rural não possuíam a noção da importância desse sinal, se comparados com aqueles que moravam em zonas urbanizadas.<sup>13</sup>

### **2.3 A religião e o autocuidado**

A religião é uma variável que pode estimular o autocuidado segundo estudos, já que a saúde mental e física se relaciona com a espiritualidade.<sup>14</sup>

O *coping* religioso para Koenig seria a utilização de crenças e práticas religiosas que ajudam a resolver problemas, além de prevenir ou aliviar as emoções negativas, auxiliando assim em exercícios de autocuidado tanto em doenças agudas quanto crônicas.<sup>15</sup>

É evidente que o câncer altera de maneira significativa a vida do indivíduo e traz uma carga emocional, já que o tratamento tem repercussões no organismo do indivíduo, como enjoos e queda de cabelo; no âmbito familiar, entretanto, estudos afirmam que o *coping* pode atuar gerando uma motivação que pode induzir a práticas de autocuidado, além de aumentar a autoestima.

#### **2.4 O autocuidado dentro da perspectiva do câncer**

O número dos indivíduos que sobreviveram ao câncer aumentou de maneira gradativa ao longo dos anos com os avanços na área da saúde e, dessa forma, na década de 60, iniciou-se o uso do termo “sobrevivente do câncer”, já que anteriormente a doença era vista como uma sentença de morte, e poucos eram aqueles que sobreviviam. Assim, alguns desses indivíduos passaram a conviver com as sequelas que a doença lhes deixou, o que exige condutas de autocuidado para atingir melhor qualidade de vida.<sup>16</sup>

A partir de então, surgiu a necessidade de um cuidado em saúde contínuo, entretanto, esse tratamento ofertado é centrado muitas vezes apenas na detecção precoce das recorrências do câncer. Quando se fala em autocuidado, a dimensão do cuidado ultrapassa apenas a busca por recidivas, pois se busca oferecer um tratamento abrangente que inclua tanto a saúde física do paciente quanto a psicológica, além de educação em saúde, promovendo autonomia e conhecimento.<sup>16</sup>

Após o diagnóstico de câncer, grande parte dos pacientes passam a ter sintomas que diminuem sua qualidade de vida, seja em resposta à doença em si ou ao tratamento, assim podem passar a apresentar fadiga crônica, caracterizada por depressão, alterações cognitivas e problemas endócrinos, e podem desenvolver outros tipos de cânceres ou apresentar metástases. Dessa forma, o autocuidado surge como uma resposta, buscando a melhora da qualidade vida desses.<sup>17</sup>

O'Regan relacionou o benefício que o autocuidado tem em pacientes com fadiga, um sintoma que pode ser encontrado em enfermos com câncer e que os prejudicam fisicamente e cognitivamente, levando a um maior índice de mortalidade. A estratégia mais utilizada pelos pacientes foi a de descansar e relaxar, obtendo-se uma taxa de 60,4% de efetividade em diminuir a fadiga.<sup>18</sup>

Dentre as medidas de autocuidado, pode-se citar condutas de abstinência de álcool e cigarro, indicação de realização de exercícios, indicar práticas de socialização e mudanças na dieta, dentre outras atividades que visem o bem-estar psíquico, social e físico.

Ademais, as práticas de autocuidado refletem na melhoria da qualidade de vida do paciente e auxiliam na redução de sintomas deixados pela doença, influenciando, assim, diretamente no aumento da capacidade de realização de atividades, resultando em melhor adesão ao tratamento, melhor qualidade de vida, menor morbidade e mortalidade e gerando diminuição dos custos em saúde.<sup>19,20</sup>

A *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) recomendou, no ano de 2016, que os pacientes diagnosticados com câncer deveriam participar de maneira ativa do seu tratamento; dessa forma, é importante educar estes sobre as práticas que abordam o autocuidado, englobando desde o uso de medicamentos a intervenções não medicamentosas, como terapia, a socialização com amigos e familiares, realizar atividades prazerosas, dormir adequadamente e outras manifestações.<sup>18,21</sup>

---

## CONCEITO 2

**Autocuidado é quando o próprio indivíduo assume verdadeiramente a responsabilidade de cuidar da sua saúde e da sua vida.**

**É um ato de amor de você para com você mesmo.**

**Ter autocuidado é um dos Marcos que significa que a pessoa atingiu a maturidade.**

---



## 2.5 Referências

1. Richard AA, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. *J Nurs Scholarsh.* 2011; 43(3): 255-64.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. A rapid review of the current state of knowledge regarding lay-led self-management of chronic illness. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005.
3. Johnston B, McGill M, Milligan S, McElroy D, Foster C, Kearney N. Self-care and end of life care in advanced cancer: literature review. *Eur J Oncol Nurs.* 2009; 13(5): 386-98.
4. Levin LS, Katz AH, Holst E. *Self-Care: Lay Initiatives in Health.* New York: Prodist; 1976.
5. World Health Organization. *Self-help and Health in Europe: New Approaches in Health Care.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1984.
6. Orem DE. *Nursing: Concepts of Practice.* Maryland Heights: Mosby; 2001.
7. Department of Health. *Self-Care – A Real Choice.* London: Department of Health; 2005.
8. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *J Adv Nurs.* 2012; 35(3): 194-204.
9. Osokpo OH, James R, Riegel B. Maintaining cultural identity: a systematic mixed studies review of cultural influences on the self-care of African immigrants living with non-communicable disease. *J Adv Nurs.* 2021; 77(9): 3600-17.
10. Wong JYH, Ho JWC, Lee AM, Fong DYT, Chu N, Leung S, et al. Lived experience of dietary change among Chinese

- colorectal cancer survivors in Hong Kong: A qualitative study. *BMJ Open*. 2021; 11(8): e051052.
11. Lindquist H, Enblom A, Bergmark K. Self-care among female cancer survivors with secondary lymphedema: a qualitative study. *Rehab Oncol*. 2015; 33(1): 51-7.
  12. Ashing-Giwa KT, Padilla G, Tejero J, Kraemer J, Wright K, Coscarelli A, et al. Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psychooncology*. 2004; 13(6): 408-28.
  13. Anbari AB, Sun Y, McCaffrey S, Morton J, Armer JM. The impact of breast cancer-related lymphedema on rural and small-town Survivors' return-to-work and quality of life: A multiple-case study. *Cancer Treat Res Commun*. 2021; 29: 100459.
  14. Heidari S, Raisi M, Ahmari-Tehran H, Khorami-Rad A. Relationship between religious activities and spiritual health with glycemic control in patients with diabetes. *Iran J Nurs*. 2013; 26(81): 78-87.
  15. Koenig HG. Spirituality, wellness, and quality of life. *Sex Reprod Menopause*. 2004; 2(2): 76-82.
  16. Yeom JW, Yeom IS, Park HY, Lim SH. Cultural factors affecting the self-care of cancer survivors: An integrative review. *Eur J Oncol Nurs*. 2022; 59: 102165.
  17. Cuthbert CA, Farragher JF, Hemmelgarn BR, Ding Q, McKinnon GP, Cheung WY. Self-management interventions for cancer survivors: A systematic review and evaluation of intervention content and theories. *Psychooncology*. 2019; 28(11): 2119-40.

18. O' Regan P, Hegarty J. The importance of self-care for fatigue amongst patients undergoing chemotherapy for primary cancer. *Eur J Oncol Nurs.* 2017; 28: 47-55.
19. Richard AA, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. *J Nurs Scholarsh.* 2011; 43(3): 255-64.
20. Biagioli V, Drury A, Wells M, Eicher M, Kelly D. Self-care and cancer: Comment on Riegel et al. (2020) "Characteristics of self-care interventions for patients with a chronic condition: A scoping review". *Int J Nurs Stud.* 2021; 115: 103877.
21. Goudarzian AH, Boyle C, Beik S, Jafari A, Bagheri Nesami M, Taebi M, et al. Self-Care in Iranian Cancer Patients: The Role of Religious Coping. *J Relig Health.* 2019; 58(1): 259-70.

# 3

## O que é a Medicina do Estilo de Vida?

Quem não se preocupa com seu estilo de vida hoje,  
vai se preocupar com uma doença amanhã.

Augusto Cesar Maia Rio Lima Silveira  
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa  
Rodrigo José de Vasconcelos Valença

### 3.1 Introdução

No mundo atual, o médico é atraído pelo diagnóstico, tratamento e cura das enfermidades, mas, se for questionado as pessoas o que elas querem, a população vai preferir nunca ficar doente, se isso for inevitável, vai ao menos querer descobrir a enfermidade logo de início e tratar para que não lhe traga maiores prejuízos.

Com o passar dos anos vemos um aumento significativo da expectativa de vida do ser humano, devido aos avanços científicos na área da saúde, por meio de várias tecnologias, dentre elas: novas vacinas, medicamentos e procedimentos robóticos. Porém, diante desse panorama, tem-se alimentação, exercícios físicos e a Medicina do Estilo de Vida (MEV) que roubam o cenário, devido aos seus benefícios e ao surgimento de estudos e documentos que comprovam a melhoria da aptidão física para a saúde. Os cuidados preventivos, hoje, estão entrelaçados diretamente com a prática

clínica do médico junto ao aconselhamento comportamental eficaz para motivar, assim, a mudança no estilo de vida e, principalmente, evitar Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). As DCNT representam um grupo de doenças, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cânceres e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), enfermidades associadas diretamente a fatores comportamentais.<sup>1</sup>

Afinal, o que de fato o que é a MEV e qual a sua importância? A Medicina do Estilo de Vida é a busca por uma vida mais saudável, englobando alguns fatores como sono, alimentação saudável, atividade física, sociabilidade, saúde mental e controle de tóxicos (tabagismo, álcool e drogas); é uma abordagem de cunho científico comprovado que estimula pessoas a adotarem hábitos de vidas saudáveis, impactando de maneira positiva a qualidade de vida, a saúde e gerando um estado de equilíbrio no indivíduo.<sup>1</sup>

Segundo o American College of Lifestyle Medicine, a MEV possui seis pilares fundamentais que são: Nutrição, atividade física, manejo do estresse, sono restaurador, conexões sociais e controle de substâncias tóxicas. Neste momento, vamos discorrer sobre eles.

### **3.2 Sono**

O sono apresenta dois tópicos importantes: profundidade, a qual está associada à qualidade, e duração, relacionada à quantidade, sendo o equilíbrio destes dois fatores fundamentais para uma melhor manutenção do organismo físico e mental. A alteração em algum desses pilares pode ocasionar três intercorrências que são: a privação aguda do sono, que está diretamente interligada à ausência do sono ou à redução de sua quantidade habitual; insuficiência crônica do sono, existente quando o indivíduo dorme menos do que a duração ideal para o seu funcionamento, e pode ser confundida com insônia; e, por último, a insuficiência do sono: na qual pode-se encontrar alteração nas duas dimensões,

seja na qualidade, com a fragmentação deste em breves despertares, ou na quantidade, com a redução do período de adormecimento, comprometendo assim o seu nível de alerta. Contudo, de quanto tempo de sono precisamos? É difícil estimar individualmente a quantidade do tempo de sono que uma pessoa precisa. Diversas abordagens teorizam diferentes formas, como dormir até acordar de maneira espontânea, outra afirma que, o indivíduo deve testar diversas durações de sono até encontrar aquela que lhe deixa em maior estado de alerta, ou seja, revigorado e com ausência de cansaço ao longo do dia. A necessidade do sono varia significativamente entre os indivíduos ao longo da vida.<sup>2</sup>

Para refletir essa variabilidade interindividual, a *National Sleep Foundation* atualizou suas recomendações para quantidades diárias de sono ao longo da vida, esclarecendo que a quantidade média de horas recomendada "pode ser apropriada", mas varia significativamente entre os indivíduos e novos intervalos para cada faixa etária foram dados. Para a faixa etária entre 0-3 meses (recém-nascido): 11 a 19 horas; 4-11 meses (infantil): 10 a 18 horas; 1-2 anos (criança pequena): 9 a 16 horas; 3 a 5 anos (pré-escolares): 8 a 14 horas; 6 a 13 anos (idade escolar): 7 a 11 horas; 14 a 17 anos (adolescentes): 7 a 11 horas; 18 a 25 anos (adultos jovens): 6 a 11 horas; 26 a 64 anos (adultos): 6 a 10 horas; 65 anos ou mais (idosos): 5 a 9 horas.<sup>3,4</sup>

### 3.3 Alimentação

Hoje, nos Estados Unidos da América (EUA), a má alimentação representa a principal causa de mortalidade, superando o tabagismo, sobrepeso e hipertensão, sendo também a terceira principal causa de danos à vida ajustados por incapacidade.<sup>5</sup> Por isso, neste tópico, iremos discutir sobre o impacto da alimentação na saúde das pessoas.

Apesar das diversas especificidades, possuindo uma gama de variabilidade quanto à alimentação saudável, sempre o objetivo

da dieta saudável vai ser melhorar a saúde e diminuir os riscos de doenças. Estudos já nos mostram que escolhas de dietas saudáveis podem prolongar a longevidade<sup>6</sup> e reduzir os riscos das mais importantes DCNT, além de ajudar o paciente quanto ao controle de peso e melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde.<sup>7-10</sup>

Os padrões de dieta específicos podem variar, porém, de maneira global, a dieta saudável e com uma alta qualidade prioriza o consumo limitado de carne vermelha e processados, açúcar, sódio, álcool e gorduras não-saudáveis, como gordura trans saturada e industriais, e valoriza uma maior ingestão de legumes, verduras, frutas, nozes e grãos integrais. Hoje, tem-se vários tipos de dieta, abordando a individualidade de cada região ou limitação de componentes da dieta, como alimentos ou focos específicos. Dentre estas dietas, podemos encontrar: abordagem dietética para hipertensão (DASH) ou Dieta DASH: plano alimentarequilibrado e apurado na ingestão de quatro a cinco porções de frutas, duas a três porções de laticínios com baixo teor de gordura e quatro a cinco porções de vegetais por dia, com um teor de menos de 25% das calorias diárias de ingestão de gordura. A combinação da DASH com uma dieta de baixo teor de sódio resultou em reduções adicionais na pressão arterial (PA), equivalentes ao uso de anti-hipertensivos;<sup>11</sup> Dieta com baixo teor de gordura: essas dietas procuram se concentrar em limitar o percentual das calorias de gordura; hoje, não existem estudos científicos que comprovem o seu benefício e a maioria aponta para pouco ou nenhum impacto para a saúde e mortalidade.<sup>12-14</sup> No geral, as evidências científicas apresentam que essa dieta é a mais eficaz quando comparada a outras dietas para o controle do peso apenas;<sup>15,16</sup> Dieta com baixo teor de colesterol, como o nome já sugere, limita a quantidade de colesterol na dieta; sabe-se que altos níveis de colesterol e lipoproteínas de baixa densidade (LDL) são fatores de riscos associados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, porém, a relação entre o consumo de colesterol e doenças cardiovasculares é incerta;<sup>17</sup> Dietas a base de plantas e vegetarianas: dieta a base de

plantas tem como propósito se concentrar no consumo de cereais, frutas, vegetais, legumes e nozes, com restrição parcial ou total de alimentos de origem animal, incluindo carne, laticínios e ovos.<sup>18</sup> Os efeitos dessa dieta sobre o resultado voltado a uma melhor saúde são difíceis de separar do fator estilo de vida. No entanto, alguns estudos observacionais apontam para um menor risco de obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensão, alguns tipos de câncer e talvez mortalidade. Mesmo com alguns estudos mostrando benefícios, a população que tem como um dos seus estilos de vida essa dieta deve ter cuidado com a ausência de algumas vitaminas e minerais importantes para o funcionamento do nosso corpo, como Vitamina B12 e cálcio.<sup>19-26</sup>

Por último, a dieta mediterrânea: essa dieta aborda uma alimentação rica em frutas, legumes, grãos integrais, nozes, sementes e feijão. Adiciona também o azeite como uma de suas características mais peculiares e importante fonte de gordura, permitindo também um consumo leve a moderado de vinho. Realizando uma comparação com a dieta de baixo teor de gordura, a dieta mediterrânea apresentou melhores resultados quando observados eventos cardiovasculares maiores e acidente vascular cerebral (AVC), sendo assim associada a menor mortalidade geral e cardiovascular.<sup>27-30</sup>

### **3.4 Atividade física**

O exercício regular traz diversos benefícios à saúde, dentre eles, uma melhor aptidão cardiorrespiratória e prevenção das DCNT. Os tipos de atividades físicas variam de acordo com a sua meta de treinamento; dentre esses exercícios, podemos listar resistência, treinamento de força, exercícios para melhorar o equilíbrio e propriocepção e de alongamento para uma melhor mobilidade do corpo. Neste tópico, iremos falar sobre a frequência, intensidade, tempo e tipo (FITT) de treinamento que deve ser seguido diariamente para prevenir futuras doenças.



Estudos recomendam distribuir o tempo semanal de exercícios aeróbios em três ou mais dias durante a semana, melhorando de maneira consistente os benefícios à saúde e prevenindo o risco de lesões. Caso não seja possível realizar a recomendação de três ou mais dias durante a semana, o adequado é separar o tempo de treino em dois dias no caso de dois treinos de 75 minutos, ou somente um treino de 150 minutos, podendo trazer benefícios equivalentes, porém, aumentando as chances de lesão.<sup>31</sup>

Quanto à intensidade, o seu aumento pode gerar benefícios semelhantes ao de um período curto. Um exemplo é realizar uma corrida de 20 minutos, que tem o mesmo benefício de uma caminhada de 40 minutos de intensidade moderada. O tempo varia de acordo com a frequência e a intensidade do exercício aeróbico de cada semana. O benefício pode ser acumulativo de várias maneiras e, geralmente, uma abordagem mais flexível é recomendada, com treinos variando em etapas de 30-60 minutos, ou acumulada ao longo do dia em atividades de 5-10 minutos. Porém, o recomendado é 150 minutos de atividade aeróbica moderada à vigorosa por semana, associada a dois treinos de musculação.<sup>32</sup>

Há uma gama de exercícios que podem ser utilizados e isso vai depender muito do seu objetivo. Os exercícios aeróbicos, como caminhada e corrida, são as atividades padrões, por serem simples e não precisarem de equipamentos e serem de fácil cronometragem. Em um grande estudo observacional prospectivo, indivíduos que caminharam apenas 15 minutos por dia ou 90 minutos por semana tiveram uma redução de 14% na mortalidade em um acompanhamento médio de 8,1 anos em comparação com seus colegas inativos.<sup>33</sup>

### **3.5 Relacionamentos sociais**

Por incrível que pareça uma vida de amigos e com satisfação conjugal tem o efeito mais benéfico de todos, quando o assunto é longevidade associada à saúde. Um estudo de Havard lançado

em 2017, com duração de quase 80 anos, provou que ter bons relacionamentos nos ajuda a viver mais e sermos mais felizes. Com prelúdio em 1938, essa iniciação científica teve como finalidade o acompanhamento de 268 alunos do segundo ano de Havard até os dias atuais, dos quais 19 ainda estão vivos e com mais de 90 anos. Neste *paper*, foi relatado que aqueles que conseguiram relacionamentos calorosos lograram viver mais e mais felizes; de acordo com o diretor do estudo, quanto aos solitários, a maioria morreu mais cedo. Segundo Waldinger, diretor do estudo: “A solidão mata e é tão danosa quanto o ato de fumar ou do alcoolismo”. Pode-se encontrar diversas surpresas neste estudo, dentre elas, que a satisfação conjugal contribuiu de maneira benéfica para uma melhor qualidade de vida, apresentando um efeito protetor na saúde mental das pessoas. Parte de um estudo que foi incluído no artigo “*good genes are nice, but joy is better*” descobriu que pessoas na faixa dos 80 anos que tivera casamentos felizes relataram que seus humores não sofreram tanto, mesmo nos dias em que tiveram mais dor física; já aqueles que tiveram casamentos infelizes sentiram mais dor emocional e física. Em um breve resumo, um bom relacionamento ajuda a ter um propósito de vida, estímulo nos dias difíceis, aconselhamento nos períodos de decisão e tempo de qualidade. Por isso, encontrar alguém com o coração aberto para amar e ser amado e aproveitar cada momento com essa pessoa, nunca deixando um ‘eu te amo’ ou um ‘querido amigo’ para depois, é um grande aliado da saúde.<sup>34</sup>

### **3.5 Gestão do Estresse**

Cada vez mais os médicos estão reconhecendo que, para muitos pacientes, a experiência do câncer e suas terapias afetam todos os aspectos de suas vidas; tanto físicos, psicológicos, sociais, existenciais ou preocupações financeiras, dentre outros. Infelizmente, o diagnóstico causa estresse e sofrimento psicológico. Além de existir o risco de não se curar da doença

inicial, há também a preocupação de uma possível recorrência e de problemas de saúde em geral associados ao próprio tratamento oncológico que afetam o bem-estar físico e emocional.<sup>35</sup>

O Estresse faz parte de toda jornada do paciente oncológico, inicia-se no diagnóstico e perdura por anos após o fim do tratamento. Mais de 50% dos sobreviventes do câncer relatam dificuldades contínuas na recuperação e no retorno ao “normal” após o tratamento. Alguns experimentam medo constante de recorrência, sofrimento, depressão e ansiedade. Com enormes custos emocionais, interpessoais e financeiros para os pacientes e familiares, bem como consequências econômicas para o sistema de saúde quando transtornos depressivos e de ansiedade não são tratados.<sup>35</sup>

As diretrizes para manejo do estresse em pacientes com câncer, recomendam atividade física, musicoterapia, dança, suporte espiritual, atividades em grupos de apoio, meditação, Yoga, mindfulness e terapia de relaxamento como estratégias com nível de evidência suficientemente adequados para a sua utilização e recomendação.<sup>36</sup>

### **3.6 Controle de Substâncias tóxicas**

A utilização de substâncias tóxicas como álcool, tabaco e outras drogas constitui fator de risco para o desenvolvimento de neoplasias malignas e favorece diversas implicações negativas à saúde dos usuários, especialmente para pacientes em tratamento, como também para os sobreviventes de câncer, atualmente a recomendação é que após o diagnóstico de um câncer o indivíduo não utilize mais nenhuma forma de álcool ou cigarro.<sup>37</sup>

---

## CONCEITO 3

**Estilo de vida saudável é viver em paz e em equilíbrio consigo mesmo, com Deus e com os outros.**

**Um olhar delicado e cuidadoso no nosso dia a dia para a alimentação, atividade física, estresse, sono, substâncias tóxicas e nossos relacionamentos é uma fórmula científica para uma vida feliz e longa.**

---

### 3.6 Referências

1. Hing E, Albert M. State Variation in Preventive Care Visits, by Patient Characteristics, 2012. NCHS Data Brief. 2016; (234): 1-8.
2. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*. 2004; 27(7): 1255-73.
3. Sleep Foundation. How Much Sleep Do We Really Need?. Seattle: Sleep Foundation; 2022.
4. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*. 2014; 146(5): 1387-94.
5. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018; 392(10152): 1015-35.
6. English LK, Ard JD, Bailey RL, Bates M, Bazzano LA, Boushey CJ, et al. Evaluation of Dietary Patterns and All-

Cause Mortality: A Systematic Review. *JAMA Netw Open*. 2021; 4(8): e2122277.

7. Mancini JG, Filion KB, Atallah R, Eisenberg MJ. Systematic Review of the Mediterranean Diet for Long-Term Weight Loss. *Am J Med*. 2016; 129(4): 407-15.e4.
8. Govindaraju T, Sahle BW, McCaffrey TA, McNeil JJ, Owen AJ. Dietary Patterns and Quality of Life in Older Adults: A Systematic Review. *Nutrients*. 2018; 10(8): 971.
9. Xu F, Cohen SA, Lofgren IE, Greene GW, Delmonico MJ, Greaney ML. Relationship between Diet Quality, Physical Activity and Health-Related Quality of Life in Older Adults: Findings from 2007-2014 National Health and Nutrition Examination Survey. *J Nutr Health Aging*. 2018; 22(9): 1072-9.
10. Zhong VW, Ning H, Van Horn L, Carnethon MR, Wilkins JT, Lloyd-Jones DM, et al. Diet Quality and Long-Term Absolute Risks for Incident Cardiovascular Disease and Mortality. *Am J Med*. 2021; 134(4): 490-8.e24.
11. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al; DASH-Sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med*. 2001; 344(1): 3-10.
12. Howard BV, Van Horn L, Hsia J, Manson JE, Stefanick ML, Wassertheil-Smoller S, et al. Low-fat dietary pattern and risk of cardiovascular disease: the Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial. *JAMA*. 2006; 295(6): 655-66.
13. Thomson CA, McCullough ML, Wertheim BC, Chlebowski RT, Martinez ME, Stefanick ML, et al. Nutrition and physical activity cancer prevention guidelines, cancer risk, and

- mortality in the women's health initiative. *Cancer Prev Res (Phila)*. 2014; 7(1): 42-53.
14. Harcombe Z, Baker JS, DiNicolantonio JJ, Grace F, Davies B. Evidence from randomised controlled trials does not support current dietary fat guidelines: a systematic review and meta-analysis. *Open Heart*. 2016; 3(2): e000409.
  15. Tobias DK, Chen M, Manson JE, Ludwig DS, Willett W, Hu FB. Effect of low-fat diet interventions versus other diet interventions on long-term weight change in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015; 3(12): 968-79.
  16. Ge L, Sadeghirad B, Ball GDC, da Costa BR, Hitchcock CL, Svendrovski A, et al. Comparison of dietary macronutrient patterns of 14 popular named dietary programmes for weight and cardiovascular risk factor reduction in adults: systematic review and network meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2020; 369: m696.
  17. Zhong VW, Van Horn L, Cornelis MC, Wilkins JT, Ning H, Carnethon MR, et al. Associations of Dietary Cholesterol or Egg Consumption With Incident Cardiovascular Disease and Mortality. *JAMA*. 2019; 321(11): 1081-95.
  18. U.S. Department of Agriculture. *Enjoy Vegetarian Meals*. Alexandria: U.S. Department of Agriculture; 2022.
  19. Craig WJ. Health effects of vegan diets. *Am J Clin Nutr*. 2009; 89(5): 1627S-33S.
  20. Rao V, Al-Weshahy A. Plant-based diets and control of lipids and coronary heart disease risk. *Curr Atheroscler Rep*. 2008; 10(6): 478-85.
  21. Barnard ND, Katcher HI, Jenkins DJ, Cohen J, Turner-McGrievy G. Vegetarian and vegan diets in type 2 diabetes management. *Nutr Rev*. 2009; 67(5): 255-63.

22. Le LT, Sabaté J. Beyond meatless, the health effects of vegan diets: findings from the Adventist cohorts. *Nutrients*. 2014; 6(6): 2131-47.
23. Orlich MJ, Singh PN, Sabaté J, Jaceldo-Siegl K, Fan J, Knutsen S, et al. Vegetarian dietary patterns and mortality in Adventist Health Study 2. *JAMA Intern Med*. 2013; 173(13): 1230-8.
24. Dinu M, Abbate R, Gensini GF, Casini A, Sofi F. Vegetarian, vegan diets and multiple health outcomes: A systematic review with meta-analysis of observational studies. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2017; 57(17): 3640-9.
25. Kim H, Caulfield LE, Rebholz CM. Healthy Plant-Based Diets Are Associated with Lower Risk of All-Cause Mortality in US Adults. *J Nutr*. 2018; 148(4): 624-31.
26. Segovia-Siapco G, Sabaté J. Health and sustainability outcomes of vegetarian dietary patterns: a revisit of the EPIC-Oxford and the Adventist Health Study-2 cohorts. *Eur J Clin Nutr*. 2019; 72(Suppl 1): 60-70.
27. Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*. 2008; 337: a1344.
28. Schwingshackl L, Hoffmann G. Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Cancer*. 2014; 135(8): 1884-97.
29. Ahmad S, Moorthy MV, Demler OV, Hu FB, Ridker PM, Chasman DI, et al. Assessment of Risk Factors and Biomarkers Associated With Risk of Cardiovascular Disease Among Women Consuming a Mediterranean Diet. *JAMA Netw Open*. 2018; 1(8): e185708.
30. Paterson KE, Myint PK, Jennings A, Bain LKM, Lentjes MAH, Khaw KT, et al. Mediterranean Diet Reduces Risk of

- Incident Stroke in a Population With Varying Cardiovascular Disease Risk Profiles. *Stroke*. 2018; 49(10): 2415-20.
31. Ferguson B. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription 9th Ed. 2014. *J Can Chiropr Assoc*. 2014; 58(3): 328.
  32. Piercy KL, Troiano RP, Ballard RM, Carlson SA, Fulton JE, Galuska DA, et al. The Physical Activity Guidelines for Americans. *JAMA*. 2018; 320(19): 2020-8.
  33. Wen CP, Wai JP, Tsai MK, Yang YC, Cheng TY, Lee MC, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet*. 2011; 378(9798): 1244-53.
  34. The Harvard Gazette. Health & Medicine: Good genes are nice, but joy is better. Cambridge: The Harvard Gazette; 2017.
  35. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, et al. American Society of Clinical Oncology. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol*. 2014; 32(15): 1605-19.
  36. Mijwel S, Jervaeus A, Bolam KA, Norrbom J, Bergh J, Rundqvist H, et al. High-intensity exercise during chemotherapy induces beneficial effects 12 months into breast cancer survivorship. *J Cancer Surviv*. 2019; 13(2): 244-56.
  37. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2013.



# PARTE DOIS

## Princípios do cuidado

# 4

## Alimentação

Jorge Felipe da Silva Bastos  
Samara Fernanda Vieira Valença

### 4.1 Introdução

O câncer é um dos problemas mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta nas últimas décadas, devido sua magnitude epidemiológica, social e econômica.<sup>1</sup> Conforme dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a alimentação e nutrição inadequadas são classificadas como a segunda causa de câncer que pode ser prevenida,<sup>2</sup> já que os alimentos possuem uma capacidade de interferência no estímulo ao desenvolvimento ou na proteção contra os tumores.<sup>3</sup> É sabido, pois, que uma dieta, peso corporal e níveis de atividade física adequados ajudam a prevenir alguns tipos de câncer e podem ainda reduzir significativamente o risco de óbito pela doença.<sup>4,5</sup>

Em um panorama social, as transformações socioeconômicas ocorridas no Brasil acarretaram modificações no perfil alimentar e de saúde da população no transcorrer dos anos. A dieta do brasileiro mudou principalmente no que se refere à qualidade e quantidade.

Percebe-se uma maior preferência por alimentos industrializados, ricos em gorduras e açúcares refinados, além de uma redução no consumo de frutas, legumes, verduras e fibras.<sup>6</sup>

Frente à problemática que envolve o paciente oncológico, tornam-se necessárias a avaliação do consumo alimentar e a sua adequação, bem como da sua qualidade de vida (QV), termo que é multidimensional, dinâmico, subjetivo, complexo e que tem por finalidade correlacionar saúde física com aspectos sociais, culturais, ambientais e espirituais.<sup>7</sup> É mister ressaltar que o objetivo final dessa avaliação diz respeito à detecção de possíveis alterações que possam dificultar o tratamento e o prognóstico desse paciente oncológico.

#### **4.2 Fatores dietéticos associados ao desenvolvimento do câncer**

Sabe-se que dieta, peso corporal e atividade física consistem em fatores de risco nutricional modificáveis. A carcinogênese tem impacto direto no estado nutricional dos indivíduos, devido a presença de muitos fatores associados que favorecem à desnutrição. Neste âmbito, certos quesitos têm relevante importância no tocante à progressão do quadro, a saber: o tipo de alimento consumido, os componentes químicos envolvidos, seu método de preparo, o tamanho das porções, o equilíbrio calórico e, não menos importante, a variedade desses alimentos. A presença do tumor afeta as necessidades nutricionais do organismo e a desnutrição é muito frequente. As alterações metabólicas inerentes ao crescimento dos tumores, como: aumento da lipólise, da utilização de glicose, da produção de marcadores inflamatórios, aumento do gasto energético e inapetência, liberação de substâncias catabólicas etc., além do tratamento antineoplásico, contribuem para a depleção nutricional e a redução da qualidade de vida (QV) do paciente.<sup>8</sup>

Dentre as principais alterações nutricionais percebidas no paciente oncológico, cita-se a redução da alimentação (devido

a um quadro de inapetência, náusea, vômito ou alterações sensorceptivas), efeitos locais do tumor (disfagia, obstrução), fatores biopsicossociais (ansiedade, depressão, aversão a alguns alimentos), cirurgia (complicações pós-cirúrgicas), radioterapia (disgeusia, por exemplo) e quimioterapia (disfagia, estomatite, etc.). Em relação ao risco alimentar, vários alimentos possuem substâncias com potencial carcinogênico e, entre elas, os derivados de leites, produtos enlatados, grãos e cereais em má conservação, frituras, carnes curadas e defumadas, embutidos e carne vermelha, ganham destaque no aumento do risco. Importante destacar que assim como na dieta mediterrânea, outras dietas baseadas em frutas e plantas, com limitação de gorduras saturadas, açúcar, carne vermelha e produtos processados mostraram uma redução da mortalidade geral e câncer específico.<sup>9</sup>

### **4.3 Orientações para o acompanhamento nutricional do “sobrevivente do câncer”**

Os pacientes em estado avançado de enfermidades crônico-degenerativas como o câncer, apresentam muitos sintomas decorrentes não só da doença em si, mas também dos grandes efeitos colaterais causados pelo tratamento de quimioterapia e radioterapia. Dentre eles, destacam-se as alterações fisiológicas que impedem o paciente de se alimentar normalmente, as quais podem favorecer quadros de anorexia, decorrentes, sobretudo, da síndrome de caquexia, a qual é muito frequente em pacientes com câncer terminal. Desse modo, a nutrição inadequada do paciente oncológico contribui para a piora no prognóstico da doença e reduz a qualidade de vida do mesmo, tornando o tratamento muito mais doloroso e demorado.<sup>10</sup>

Dessa forma, é importante que “sobreviventes do câncer” sigam as recomendações para prevenção de câncer e detecção precoce destinados a população geral, incluindo evitar ou parar de fumar, atividade física, dieta e nutrição, peso saudável e

recomendações para detecção dessa enfermidade. A assistência nutricional a esses “sobreviventes”, por exemplo, pode ser realizada por meio de, a priori, uma triagem nutricional, na qual se avaliam os hábitos de vida desse paciente identificando os potenciais riscos para recidiva ou 2º tumor primário; a posteriori, pode ser feita uma intervenção voltada para prevenção e controle do quadro; e, por fim, faz-se o monitoramento e a avaliação dos resultados. As diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), da WCRF (*World Cancer Research Fund*)/AICR, da *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) e do *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) orientam um padrão alimentar rico em vegetais, frutas, grãos inteiros e leguminosas, ingestão baixa de produtos lácteos, carne vermelha e, pouca, ou nenhuma, carne processada, bem como açúcar, doces e álcool.<sup>11-13</sup>

Os autores Van Duyn e Pivonka<sup>14</sup> destacaram evidências epidemiológicas de que o consumo de frutas e hortaliças tem um efeito protetor contra diversas formas de câncer. O referido estudo se baseou em uma extensa análise de pesquisas epidemiológicas a nível mundial, realizadas de forma independente por comitês de especialistas do *World Cancer Research Fund and the American Institute for Cancer Research* e do *Chief Medical Officer’s Committee on Medical Aspects of Food and Nutrition Policy*.<sup>14</sup> A Tabela 1 abaixo traz o resultado desse levantamento proposto pelos pesquisadores, em 2004:

**Tabela 1.** Evidências epidemiológicas do efeito protetor do consumo de frutas e hortaliças sobre o risco de câncer.

Tipos de câncer	Hortaliças		Frutas	
	AICR	COMA	AICR	COMA
Esôfago	Convincente	Consistência forte	Convincente	Consistência forte
Pulmão	Convincente	Consistência fraca	Convincente	Consistência moderada

Estômago	Convincente	Consistência moderada	Convincente	Consistência moderada
Cólon e reto	Convincente	Consistência moderada		Inconsistente, dados limitados
Mama feminina	Provável	Consistência moderada	Provável	Consistência fraca
Endométrio	Possível	Insuficiente	Possível	Insuficiente
Colo do útero	Possível	Consistência forte, porém, dados limitados	Possível	Consistência forte, porém, dados limitados
Próstata	Possível	Consistência moderada		Inconsistente

AICR: *American Institute for Cancer Research*; COMA: *Committee on Medical Aspects of Food and Nutrition Policy (British Department of Health)*.

**Fonte:** Adaptado de Van Duyn e Pivonka.<sup>14</sup>

Depreende-se destes resultados que os registros dos comitês apresentaram divergências. Entretanto, verifica-se evidências do efeito protetor do consumo de hortaliças e frutas sobre diversos tipos de câncer. Fazendo uma projeção na estimativa de prevenção, pode-se supor que o aumento no consumo de frutas e hortaliças promove uma redução na incidência global de câncer, que varia de 7% a 31%.<sup>15</sup>

Outra recomendação importante no contexto nutricional do paciente “sobrevivente do câncer” é o da *World Cancer Research Found Internacional (WCRF)* e do *American Institute Cancer Reseach (AICR)* de 2018, que é de não evitar completamente comer carne, mas, limitar o consumo para não extrapolar 350-500g por semana.<sup>12</sup>

A adequação do padrão alimentar é importante tanto para prevenção, quanto durante o tratamento do câncer. Realizar modificações nos fatores ambientais ou hábitos de vida como a alimentação, mantendo-os adequados, pode agir inibindo a rápida

evolução do tumor<sup>10</sup> e auxiliar na melhora do estado nutricional, refletindo em uma melhor adesão do paciente ao tratamento com consequente mudança no perfil do prognóstico desses indivíduos.<sup>16</sup>

À vista disso, considerando o exposto bem como os dados epidemiológicos sugestivos de que a dieta equilibrada desempenha papel protetor tanto contra o desenvolvimento de câncer quanto de potenciais recidivas, o comitê de peritos da WCRF em associação aos do AICR desenvolveram um painel contendo as principais recomendações ao paciente, visando a prevenção do câncer,<sup>17</sup> disponível na Tabela 2 abaixo:

**Tabela 2.** Recomendações propostas pelo WCRF em associação com o AICR.

<b>Recomendações</b>	<b>Orientações gerais</b>
1. Variedade e equilíbrio	Escolher uma alimentação variada e baseada predominantemente em verduras, legumes e frutas, com a utilização mínima de alimentos processados e açúcares simples.
2. Peso saudável	Evitar excesso de peso e o peso muito inferior ao recomendado para a idade.
3. Atividade física	Dedicar uma hora diária para caminhada ou exercícios similares a uma hora, pelo menos uma vez por semana, para exercícios mais intensos.
4. Hortaliças e frutas	Ingerir 400 a 800g, ou 5 ou mais porções de frutas e verduras por dia.
5. Cereais, leguminosas, raízes e tubérculos	Ingerir 600 a 800g ou mais de sete porções diárias de cereais variados, leguminosas, raízes, tubérculos e verduras. Evitar alimentos processados e limitar o consumo de açúcar refinado.
6. Consumo de álcool	O consumo de álcool não é recomendado. Contudo, o limite para o sexo masculino é de dois copos de vinho por dia e um para o sexo feminino.

7. Carne bovina	Limitar o consumo de carne vermelha para menos de 80g diariamente, podendo substituir a carne bovina por peixe, frango ou carne de animais não-domesticados. Utilizar métodos de preparo com temperaturas mais baixas, como grelhado, assado ou cozido. Nunca expor o alimento diretamente ao fogo.
8. Gorduras	Limitar o consumo de alimentos gordurosos, principalmente se for de origem animal. Recomenda-se até 30% do Valor Calórico Total (VCT), com redução do consumo de gorduras saturadas (< 3g/100g do alimento) e colesterol. Tentar incluir óleo de oliva, peixe e castanhas na dieta.
9. Ervas e temperos naturais	Limitar o consumo de alimentos com excesso de sal e o uso de temperos prontos. Preferir ervas e temperos naturais.
10. Estocagem	Não consumir alimentos estocados por muito tempo, principalmente amendoim e derivados, em razão do risco de contaminação com micotoxinas.
11. Refrigeração	Utilizar a refrigeração ou outros métodos adequados para preservar alimentos perecíveis, evitando a salga e o vinagre.
12. Aditivos e resíduos	Consumir alimentos que possuam somente os aditivos e contaminantes previstos por legislação vigente.
13. Método de preparo	Evitar alimentos em conserva ou salmoura, bem como os curados ou defumados, a carne de churrasco e alimentos tostados. Preferir carne ou peixe grelhados, assados ou cozidos.
14. Suplementos	Não são necessários suplementos para indivíduos que seguem estas recomendações.
15. Cigarro e tabaco	Não fumar ou mascar fumo.

**Fonte:** Adaptada do *World Cancer Research Fund (WCRF)* e *American Institute for Cancer Research (AICR)*.<sup>17</sup>



---

**Cuidar da alimentação é necessário para ter saúde plena.  
É fundamental para todas as pessoas acometidas pelo câncer  
realizar avaliação e acompanhamento com nutrólogo e  
nutricionista oncológico.**

---

#### **4.4 Referências**

1. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer. O que é o câncer?. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2022.
2. Pereira PL, Nunes AL, Duarte SFP. Qualidade de Vida e Consumo Alimentar de Pacientes Oncológicos. *Rev Bras Cancerol.* 2015; 61(3): 243-51.
3. Hipólito KPP, Ribeiro KARA. Importância da nutrição na prevenção e no tratamento de neoplasias. *Interciênc Soc.* 2014; 3(2): 51-9.
4. Prado BBF. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. *Cien Cult.* 2014; 66(1): 21-4.
5. Jemal A, Vineis P, Bray F, Torre L, Forman D. The Cancer Atlas, 2nd Edition. Atlanta: American Cancer Society; 2014.
6. Silva AC, Alves RC, Pinheiro LS. As implicações da caquexia no câncer. *e-Scientia.* 2012; 5(2): 49-56.
7. Kimura CA, Kumada I, Fortes RC, Monteiro OS. Reflexões para os profissionais de saúde sobre a qualidade de vida de pacientes oncológicos estomizados. *Comun Ciênc Saúde.* 2009; 20(4): 333-40.
8. Port GZ. Avaliação nutricional bioquímica de pacientes portadores de cirrose com carcinoma hepatocelular. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Hepatologia] – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2012.

9. Moore HCF. Breast cancer survivorship. *Semin Oncol.* 2020; 47(4): 222-8.
10. Pinto IF, Campos CG, Nascimento RF, Pereira J, Gonçalves JAF. Protocolo do estudo de caso qualitativo “assistência alimentar e nutricional em cuidados paliativos”. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2018; 31(Supl): 1-6.
11. Pereira PL, Nunes AL, Duarte SFP. Qualidade de Vida e Consumo Alimentar de Pacientes Oncológicos. *Rev Bras Cancerol.* 2015; 61(3): 243-51.
12. De Cicco P, Catani MV, Gasperi V, Sibilano M, Quaglietta M, Savini I. Nutrition and Breast Cancer: A Literature Review on Prevention, Treatment and Recurrence. *Nutrients.* 2019; 11(7): 1514.
13. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: survivorship. Plymouth Meeting: National Comprehensive Cancer Network; 2021.
14. Van Duyn MA, Pivonka E. Overview of the health benefits of fruit and vegetable consumption for the dietetics professional: selected literature. *J Am Diet Assoc.* 2000; 100(12): 1511-21.
15. Glade MJ. Food, nutrition, and the prevention of cancer: a global perspective. American Institute for Cancer Research/World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research, 1997. *Nutrition.* 1999; 15(6): 523-6.
16. Bodai BI, Tuso P. Breast cancer survivorship: a comprehensive review of long-term medical issues and lifestyle recommendations. *Perm J.* 2015; 19(2): 48-79.
17. Clinton SK, Giovannucci EL, Hursting SD. The World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research Third Expert Report on Diet, Nutrition, Physical Activity, and Cancer: Impact and Future Directions. *J Nutr.* 2020; 150(4): 663-71.

# 5

## Atividade física

Samya Viana da Silva Rodrigues  
Rodrigo José de Vasconcelos Valença

### 5.1 Introdução

O exercício físico praticado de maneira regular é um dos elementos mais importantes para a prevenção e controle de várias doenças descritas como crônico-degenerativas, principalmente doenças cardíacas, hipertensão arterial, diabetes, osteoporose, depressão e câncer.<sup>1</sup> Estima-se que essa prática pode ser responsável por reduzir em aproximadamente 4 milhões a taxa de mortalidade anual.<sup>2</sup>

Os benefícios da atividade física são diversos: reduzir e aumentar os níveis de colesterol LDL e HDL, respectivamente, reduzir significativamente as taxas de triglicerídeos plasmáticos, otimizar os níveis de glicose plasmática, aumentar receptores de insulina, manter o peso corporal, auxiliar no ganho de massa óssea, melhorar a força e resistência muscular, estimular o sistema imunológico e melhorar a qualidade do sono, além dos inúmeros benefícios psicológicos.<sup>1,3</sup>

O câncer é uma doença de causa multifatorial e seu desenvolvimento está relacionado a uma complexa interação de fatores genéticos e ambientais.<sup>4</sup> Diante disso, o Instituto Nacional do Câncer<sup>5</sup> afirma que quase 90% dos cânceres estão primordialmente associados ao estilo de vida dos indivíduos e que, portanto, a prevenção primária seria a única forma de reduzir os novos casos e também a mortalidade da doença.<sup>5</sup> Logo, manter hábitos saudáveis cotidianamente, como a realização de exercícios físicos, é um dos fatores determinante na prevenção desta doença que, segundo a Organização Mundial de Saúde,<sup>6</sup> é responsável por 1 em cada 6 mortes no mundo.<sup>6</sup>

Faz-se necessário enfatizar também que, até algumas décadas atrás, os pacientes com câncer eram vistos de forma muito fragilizada e que a recomendação dos profissionais de saúde era evitar qualquer tipo de esforço físico.<sup>7</sup> Entretanto, com base em diversas metanálises e trabalhos científicos executados, observou-se que os exercícios físicos são fortes aliados no tratamento dos pacientes que vivem com e além do câncer.<sup>8</sup>

Dessa forma, apesar da vantajosa relação entre atividade física e câncer já ser amplamente exposta na literatura mundial, muitos estudos ainda são realizados atualmente com o intuito de consolidar esse papel diante dos diferentes modelos de prevenção de saúde e dos diversos tipos de cânceres que acometem a população.<sup>9</sup>

Diante da importância dessa temática para a Oncologia, o capítulo em questão visa abordar os impactos positivos da prática de atividade física tanto em indivíduos sem histórico pessoal de câncer, comportando-se como fator de prevenção primária, como também naqueles pacientes diagnosticados com câncer e que estão em tratamento ou livres da doença.

## **5.2 Atividade física e seu papel na prevenção primária do câncer**

A partir da década de 1980, a correlação entre a inatividade física e o maior risco de desenvolver câncer começou a ser

explorada pelos pesquisadores, visto que foi observado um preponderante aparecimento de câncer em indivíduos com melhor nível socioeconômico, o que possivelmente teria associação com o fato de que estas pessoas necessitavam de menos esforço muscular em suas tarefas laborais.<sup>10</sup>

Alguns tipos de cânceres já possuem fortes evidências científicas e endossam essa correlação, como é o caso do câncer de mama, de cólon e de endométrio, enquanto para outros como o de cabeça e pescoço, pâncreas e os hematológicos ainda não há tantas pesquisas publicadas. No entanto, essa informação não significa que a prática de exercícios físicos tenha efeitos negativos e que não deva ser estimulada.<sup>11</sup>

A atividade física tem potencial para gerar um ambiente metabólico que diminui a sensibilidade para a carcinogênese. Os mecanismos responsáveis por essa relação benéfica são diversos e constantemente explorados na literatura.<sup>12</sup> Dessa forma, algumas evidências serão relatadas a seguir:

**Redução do IMC:** no tecido adiposo, encontra-se uma enzima chamada de aromatase, que é responsável por converter andrógenos em estrogênio, que são hormônios associados ao crescimento tumoral, principalmente no câncer de mama. Logo, quanto menor o tecido adiposo, menor a concentração deste hormônio;<sup>13</sup>

**Redução do estresse oxidativo:** atividades como nadar, correr e pedalar, que estão no grupo dos exercícios aeróbicos, exercem um papel fundamental na diminuição do estresse oxidativo e, conseqüentemente, dificultam certas etapas do processo de formação do câncer;<sup>14</sup>

**Aumento da imunidade:** a prática de atividade física também estimula o sistema imunológico, garantindo que o corpo desempenhe um papel de proteção mais eficaz contra o câncer.<sup>15</sup>

A Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC)<sup>7</sup> recomenda que os indivíduos realizem atividades de intensidade

moderada durante pelo menos 30 minutos em cinco ou mais dias da semana e aqueles de intensidade mais enérgica por cerca de 75 minutos semanais.<sup>7</sup> Todavia, de acordo com McTiernan et al.,<sup>11</sup> todos os níveis de atividade física garantem alguma vantagem para quem os realiza, além de sugerir um esperado benefício dessa prática em grupos epidemiológicos heterogêneos.<sup>11</sup>

Além disso, desestimular o sedentarismo da população pode não apenas evitar uma doença tão grave e consumptiva para as pessoas convivendo como o câncer, mas também mitiga os exorbitantes gastos financeiros que o sistema de saúde encara com a assistência oncológica.<sup>16</sup> Segundo o Instituto Nacional do Câncer,<sup>16</sup> 1,4 bilhões de reais foram gastos em 2018 com cânceres relacionados a insuficiente realização de atividade física pelos brasileiros e a previsão para 2040 é que esse número suba para 3,44 bilhões, resultando em um aumento de quase 150%.<sup>16</sup>

Não obstante, Schwingshackl, Dias e Hoffmann,<sup>17</sup> em sua metanálise, deixam evidente que a prática de atividade física, isoladamente, não seria suficiente como fator de prevenção, mas sua associação a uma dieta saudável conseguiria obter resultados muito mais significativos. Ou seja, da mesma forma que o câncer tem causas multifatoriais, sua prevenção também exige a associação de diversos hábitos saudáveis e benéficos em nosso cotidiano.<sup>17</sup>

### **5.3 A atividade física pós-diagnóstico de câncer**

As opções terapêuticas do câncer, como a quimioterapia e a radioterapia, geralmente, desencadeiam inúmeros efeitos adversos nos pacientes e, em grande parte dos casos, relacionam-se a uma estafa generalizada e irreparável apenas com repouso, além de caquexia, atrofia muscular, dentre outros comprometimentos físicos. Com base nisso, os cientistas constantemente discutem a indicação da atividade física como recurso não farmacológico, tanto na prevenção do câncer como na reabilitação dos pacientes

posteriormente ao diagnóstico, garantindo uma melhor qualidade de vida para estes.<sup>18</sup>

As evidências indicam que a prática regular de exercícios físicos proporciona uma diminuição do risco de recidiva e das taxas de mortalidade causadas pelo câncer.<sup>10</sup> Ainda que as evidências e sugestões para uma maior inserção da prática de atividade física no tratamento oncológico estejam em ascensão,<sup>19</sup> esse tipo de reabilitação é um trabalho ainda pouco aproveitado,<sup>20</sup> o que favorece o aumento da morbimortalidade.<sup>8,21</sup> Reverter esse quadro deveria ser visto como essencial no que se refere aos cuidados do paciente oncológico, já que, segundo Truant,<sup>22</sup> os “sobreviventes do câncer” praticamente duplicará nas próximas décadas.

De forma geral, o hábito de realizar exercícios físicos é aceitável e seguro, até mesmo durante o tratamento do câncer. Dessa maneira, observa-se que essa prática deve ser estimulada pelos profissionais de saúde desde o diagnóstico oncológico. Todavia, necessita-se que haja mais estudos que esclareçam melhor as diretrizes a respeito do tipo de atividade, da frequência e da factibilidade dessa prática diante dos diversos tipos de câncer e das particularidades de cada paciente.<sup>7</sup>

O câncer de mama é o segundo mais incidente na população mundial,<sup>23</sup> e a maior parte dos estudos que buscam relacionar atividade física e câncer utilizam-se desses pacientes,<sup>11</sup> que, inclusive, pós-tratamento oncológico, estão mais susceptíveis a doenças ósseas e cardiovasculares que desfavorecem a qualidade de vida.<sup>24</sup> Esses prejuízos são estimulados pelos tipos de intervenção terapêutica: quimioterapia, radioterapia e terapia endócrina, dentre outros, e se agravam com a obesidade e o sedentarismo.<sup>25</sup>

Portanto, segundo Brown,<sup>26</sup> em pacientes pós-tratamento do câncer de mama, a funcionalidade física é capaz de indicar maior sobrevida e menor mortalidade, sendo útil como fator prognóstico.<sup>26</sup>

Além disso, sabe-se que no início do século XXI, era proscrito aos “sobreviventes do câncer de mama” a realização de atividades físicas muito intensas e repetitivas, principalmente envolvendo os membros superiores, pois acreditava-se que isso pudesse desencadear ou agravar um quadro preexistente de linfedema.<sup>27</sup> Harris e Niesen-Vertommen<sup>28</sup> foram um dos primeiros a questionar esta realidade e, posteriormente, diversos estudos experimentais e revisões sistemáticas foram desenvolvidos, evidenciando que esse receio não era justificável e que, na verdade, a movimentação bem orientada é fundamental para aliviar os sintomas.<sup>28</sup>

Nota-se, portanto, que o mais importante da relação entre o câncer e a atividade física está em compreender que esta deve ser estimulada pelos profissionais de saúde como um hábito imprescindível para toda a população, diante dos seus efeitos protetores e terapêuticos na Oncologia, sempre orientando esse cuidado de forma individualizada, com o intuito de garantir o bem-estar e a qualidade de vida.

---

**Realizar atividade física após o diagnóstico de um câncer, diminui a chance da doença voltar (recidiva) e a possibilidade de morrer devido ao câncer (mortalidade).**

**Qualquer nível de atividade física garante vantagem sobre os malefícios do sedentarismo.**

**Recomenda-se realizar atividades de intensidade moderada durante pelo menos 30 minutos em cinco ou mais dias da semana e para os adeptos de práticas mais intensas, como corrida, musculação e funcional, cerca de 75 minutos semanais.**

---



## 5.4 Referências

1. Bottcher LB. Atividade física como ação para promoção da saúde. *Rev G&amp.* 2019; S2019: 98-111.
2. Strain T, Brage S, Sharp SJ, Richards J, Tainio M, Ding D, et al. Use of the prevented fraction for the population to determine deaths averted by existing prevalence of physical activity: a descriptive study. *Lancet Glob Health.* 2020; 8(7): e920-30.
3. Fletcher GF, Landolfo C, Niebauer J, Ozemek C, Arena R, Lavie CJ. Promoting physical activity and exercise: JACC health promotion series. *J Am Coll Cardiol.* 2018; 72(14): 1622-39.
4. Cogliano VJ, Baan R, Straif K, Grosse Y, Lauby-Secretan B, El Ghissassi F, et al. Preventable exposures associated with human cancers. *J Natl Cancer Inst.* 2011; 103(24): 1827-39.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. Gastos federais atuais e futuros com os cânceres atribuíveis aos fatores de risco relacionados à alimentação, nutrição e atividade física no Brasil – Sumário executivo. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2022.
6. World Health Organization. WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. Geneva: World Health Organization; 2020.
7. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Atividade Física e Câncer: Recomendações para Prevenção e Controle. São Paulo: Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica; 2022.
8. Smith SR, Zheng JY, Silver J, Haig AJ, Chevillat A. Cancer rehabilitation as an essential component of quality care and survivorship from an international perspective. *Disabil Rehabil.* 2020; 42(1): 8-13.
9. Carvalho MN, Gil CRR, Costa EMOD, Sakai MH, Leite SN. Needs and dynamics of the Primary Healthcare workforce in Brazil. *Cien Saude Colet.* 2018; 23(1): 295-302.

10. Schmitz KH. Exercise Oncology: Prescribing Physical Activity Before and After a Cancer Diagnosis. 1. ed. New York: Springer; 2020.
11. McTiernan A, Friedenreich CM, Katzmarzyk PT, Powell KE, Macko R, Buchner D, et al; 2018 PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE\*. Physical Activity in Cancer Prevention and Survival: A Systematic Review. *Med Sci Sports Exerc.* 2019; 51(6): 1252-61.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. Dieta, nutrição, atividade física e câncer: uma perspectiva global : um resumo do terceiro relatório de especialistas com uma perspectiva brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2020.
13. Wiggs AG, Chandler JK, Aktas A, Sumner SJ, Stewart DA. The Effects of Diet and Exercise on Endogenous Estrogens and Subsequent Breast Cancer Risk in Postmenopausal Women. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2021; 12: 732255.
14. Knop K, Schwan R, Bongartz M, Bloch W, Brixius K, Baumann F. Sport and oxidative stress in oncological patients. *Int J Sports Med.* 2011; 32(12): 960-4.
15. Avendaño SB, Álvarez OM. Ejercicio en prevención primaria de enfermedad cardiovascular y câncer. *Rev MED.* 2018; 26(2): 44-51.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. Gastos federais atuais e futuros com os cânceres atribuíveis aos fatores de risco relacionados à alimentação, nutrição e atividade física no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2022.
17. Schwingshackl L, Dias S, Hoffmann G. Impact of long-term lifestyle programmes on weight loss and cardiovascular risk factors in overweight/obese participants: a systematic review and network meta-analysis. *Syst Rev.* 2014; 3: 130.

18. Miller KD, Siegel RL, Lin CC, Mariotto AB, Kramer JL, Rowland JH, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA Cancer J Clin.* 2016; 66(4): 271-89.
19. Mina DS, Langelier D, Adams SC, Alibhai SMH, Chasen M, Campbell KL, et al. Exercise as part of routine cancer care. *Lancet Oncol.* 2018; 19(9): e433-6.
20. Worku T, Mengistu Z, Semahegn A, Tesfaye G. Rehabilitation for cancer patients at Black Lion hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care.* 2017; 16(1): 53.
21. Anwar SL, Adistyawan G, Wulaningsih W, Gutenbrunner C, Nugraha B. Rehabilitation for Cancer Survivors: How We Can Reduce the Healthcare Service Inequality in Low- and Middle-Income Countries. *Am J Phys Med Rehabil.* 2018; 97(10): 764-71.
22. Truant TL, Fitch MI, O'Leary C, Stewart J. Global perspectives on cancer survivorship: From lost in transition to leading into the future. *Can Oncol Nurs J.* 2017; 27(3): 287-94.
23. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018; 68(6): 394-424.
24. Ording AG, Garne JP, Nyström PM, Frøslev T, Sørensen HT, Lash TL. Comorbid diseases interact with breast cancer to affect mortality in the first year after diagnosis--a Danish nationwide matched cohort study. *PLoS One.* 2013; 8(10): e76013.
25. Dieli-Conwright CM, Courneya KS, Demark-Wahnefried W, Sami N, Lee K, Sweeney FC, et al. Aerobic and resistance exercise improves physical fitness, bone health, and quality of life in overweight and obese breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Breast Cancer Res.* 2018; 20(1): 124.

26. Brown JC, Harhay MO, Harhay MN. Physical function as a prognostic biomarker among cancer survivors. *Br J Cancer*. 2015; 112(1): 194-8.
27. Hasenoehrl T, Palma S, Ramazanova D, Kölbl H, Dorner TE, Keilani M, et al. Resistance exercise and breast cancer-related lymphedema-a systematic review update and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2020; 28(8): 3593-603.
28. Harris SR, Niesen-Vertommen SL. Challenging the myth of exercise-induced lymphedema following breast cancer: a series of case reports. *J Surg Oncol*. 2000; 74(2): 95-8; discussion 98-9.

# 6

## Controle de substâncias tóxicas

Isabelle Oliveira de Lima Rêgo  
Rodrigo José de Vasconcelos Valença

### 6.1 Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 80% dos casos de câncer têm etiologia associada a fatores ambientais, dentre os quais estão incluídos o ambiente de consumo – de alimentos, bebidas, medicamentos e outros – e o ambiente cultural, a exemplo dos costumes e hábitos de vida. A utilização de substâncias como álcool, tabaco e outras drogas constitui fator de risco para o desenvolvimento de neoplasias malignas e favorece diversas implicações negativas à saúde dos usuários, especialmente pacientes em tratamento ou “sobreviventes de câncer”. Com isso, a importância do controle do consumo de tais substâncias excede a prevenção do câncer ao contribuir para melhorar os níveis de sobrevivência, reduzir o risco de complicações decorrentes do tratamento e melhorar a qualidade de vida desse grupo de pessoas.<sup>1</sup>

## 6.2 Álcool

O *status* do álcool como droga mais consumida no mundo suscita preocupações no âmbito da saúde, especialmente devido à sua associação com o desenvolvimento de câncer.<sup>2</sup> Estudos recentes evidenciaram, globalmente, mais de 700 mil novos casos de câncer em 2020 atribuíveis ao consumo de álcool – correspondendo a cerca de 4% do total de cânceres incidentes – e apontaram o hábito de etilismo crônico e excessivo como maior contribuinte da ocorrência dessa parcela de tumores malignos, destacando ainda que mesmo o consumo moderado também favorece a carcinogênese em uma fração considerável dos cânceres associados ao uso de álcool no mundo.<sup>3</sup>

Assim como outros componentes dietéticos, o álcool tem impacto nos processos biológicos relacionados ao desenvolvimento e à progressão do câncer, uma vez que, apesar de o etanol não ser cancerígeno, sua ingestão aumenta a produção de metabólitos genotóxicos e carcinogênicos e favorece a aquisição de mudanças fenotípicas estruturais e funcionais pelas células.<sup>4</sup> O consumo de bebida alcoólica, independentemente da quantidade, mostrou-se associado ao aumento do risco de câncer de boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, fígado, intestino (cólon e reto) e mama, não havendo, portanto, níveis seguros de ingestão para prevenção de neoplasias malignas. Por outro lado, há evidências de que o etilismo e o risco de câncer possuem relação dose-resposta, ou seja, maiores doses ingeridas e tempo de exposição prolongado significam maior suscetibilidade ao desenvolvimento dos cânceres citados.<sup>5,6</sup> Apesar da presença de disparidades entre as descrições dos níveis de consumo de álcool entre diversos estudos, considera-se, aproximadamente, baixa ingestão de álcool como inferior ou igual a 1 bebida por dia (correspondente a 12,5g/dia de etanol ou menos), com no máximo 7 doses bebidas por semana, ingestão moderada de álcool entre 2 ou 3 bebidas por dia (entre 12,6 e

49,9g/dia de etanol) e ingestão excessiva de álcool como superior ou igual a 4 bebidas por dia (mais de 50g/dia de etanol).<sup>7</sup>

O consumo de bebidas alcoólicas pode propiciar o aparecimento do câncer por meio de diversos mecanismos. No câncer colorretal, por exemplo, as bactérias intestinais possuem alta atividade de álcool-desidrogenases, promovendo a oxidação do etanol e convertendo-o em acetaldeído, um metabólito tóxico com potencial carcinogênico para certos tipos celulares, incluindo os colonócitos.<sup>4,6,7</sup> Outra possível via é a indução de estresse oxidativo por meio da formação de espécies reativas de oxigênio geradas durante o metabolismo do etanol, desempenhando papel crítico no desencadeamento de inflamações crônicas e no desenvolvimento do câncer.<sup>4,6,8</sup> Evidências também associam o álcool a alterações metabólicas hormonais, especialmente efeitos estrogênicos devido à elevação dos níveis de estradiol em mulheres normais pós-menopausa, sendo, portanto, fator de risco para o câncer de mama e seus respectivos prognóstico, possibilidade de recorrência e óbito.<sup>4,9,10</sup> Além disso, os metabólitos do álcool podem interferir nos mecanismos de reparo do DNA, suprimir a vigilância imunológica para tumores, alterar a composição dos ácidos biliares e induzir a expressão das enzimas CYP450 hepáticas.<sup>6</sup> Apesar da variedade de mecanismos facilitadores da carcinogênese decorrentes do etilismo, uma das principais causas para o desenvolvimento do câncer é a associação entre o abuso de álcool e o tabagismo, visto que o álcool também atua como um solvente para a penetração de carcinógenos dietéticos ou ambientais, incluindo as substâncias presentes no cigarro, consistindo na etiologia mais comum de cânceres de cabeça e pescoço.<sup>4,11,12</sup>

Após um diagnóstico de câncer, é comum o aumento do consumo de álcool como instrumento de alívio às respostas emocionais desencadeadas e, com isso, o caráter aditivo do álcool oportuniza a ingestão prolongada de altas quantidades de bebidas alcoólicas, ocasionando diversos prejuízos gerais à saúde desses pacientes.<sup>10,13</sup> Stanford et al.<sup>14</sup> demonstrou que a maior parte dos

adultos com histórico de câncer entre 2000 e 2017 incluídos na base de dados *National Health Interview Survey* (NHIS), dos Estados Unidos da América, relataram consumir bebidas alcoólicas frequentemente e cerca de 35% deles excediam os limites tidos como moderados para a ingestão de álcool.<sup>14</sup> Tais resultados são compatíveis com as evidências de Nishimoto et al.,<sup>10</sup> o qual concluiu que fração considerável dos “sobreviventes do câncer” no Japão entre 2013 e 2016 mantiveram hábitos etilistas, evidenciando também a pouca distinção entre a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas entre os “sobreviventes do câncer” e os indivíduos sem histórico da doença.<sup>10</sup>

Para o “sobrevivente do câncer”, o consumo excessivo de álcool pode estar relacionado a exacerbação de efeitos iatrogênicos decorrentes do tratamento, maiores chances de recidiva do câncer, desenvolvimento de novos tumores primários, menor qualidade de vida e menor sobrevida. Sabe-se, também, que a permanência do etilismo por indivíduos com determinados tipos de câncer, como de cabeça e pescoço, pode estar associada à ocorrência de tumores maiores e metástases linfonodais, levando a um mau prognóstico.<sup>12,13,15</sup> Contudo, os problemas de saúde associados à ingestão de álcool após o câncer não se limitam a complicações especificamente oncológicas, incluindo também o aumento do risco de acidente vascular encefálico (AVE) e de outras doenças cardiovasculares, considerando as implicações negativas inerentes aos tratamentos de quimioterapia e radioterapia e, principalmente, a simultaneidade do etilismo com o tabagismo.<sup>14</sup> Lee et al.<sup>16</sup> demonstraram associação entre o aumento da incidência de doenças cardiovasculares e o consumo de álcool superior a 40g/dia para homens e 20g/dia para mulheres “sobreviventes do câncer colorretal”.<sup>16</sup>

O Quadro 1 abaixo apresenta as principais implicações decorrentes do consumo de álcool entre “sobreviventes do câncer”, de acordo com a localização primária do tumor, segundo a *American Cancer Society* (ACS).<sup>17</sup>



**Quadro 1.** Principais implicações decorrentes do consumo de álcool por “sobreviventes do câncer” de acordo com a localização primária do tumor.<sup>17</sup>

Localização primária do câncer	Evidências quanto ao consumo de álcool após diagnóstico ou tratamento
Mama	Associação com a mortalidade geral entre “sobreviventes”; associações inconsistentes quanto à recorrência do câncer.
Trato aerodigestivo superior, aparelho gastrointestinal e cólon e reto	Associação com a mortalidade geral entre “sobreviventes”.
Cabeça e pescoço, esôfago, cavidade oral, faringe, estômago e fígado	Maior causa de mortalidade de “sobreviventes”.
Pâncreas, trato genitourinário (rim, próstata, bexiga), aparelho ginecológico (ovário, endométrio), pulmão e sistema hematológico	Sem evidências consistentes de associação com mortalidade ou recidiva.

As principais dificuldades enfrentadas para a mudança de hábitos, envolvendo a moderação ou cessação do consumo de álcool são: o baixo reconhecimento da problemática do abuso de álcool, a aceitabilidade social do consumo de bebidas alcoólicas e a divulgação limitada, tanto acerca dos benefícios da abstinência ou diminuição da ingestão de álcool para a saúde quanto sobre a associação entre o álcool e o câncer, levando muitos “sobreviventes do câncer” consumidores de álcool a não considerarem a moderação ou cessação do consumo de bebidas alcoólicas.<sup>15</sup> Hawkins et al.<sup>18</sup> demonstrou que menos da metade dos “sobreviventes do câncer”

recordam orientações de profissionais de saúde a respeito do consumo de álcool, além de relatarem menor suporte social para limitar ou evitar a ingestão de bebida alcoólica, em comparação com outras mudanças de hábitos recomendadas, como alimentação saudável.<sup>18</sup>

As recomendações da ACS para redução da mortalidade e do risco de recidiva e para prevenir outros problemas de saúde em “sobreviventes do câncer” incluem evitar totalmente o consumo de álcool, preferencialmente, ou limitá-lo à quantidade máxima de 1 bebida (12,5g de etanol) por dia para mulheres e 2 bebidas (25g de etanol) por dia para homens.<sup>17</sup>

---

**O uso de álcool pode causar câncer de boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, fígado, intestino (cólon e reto) e mama.**

**Atualmente as sociedades de oncologia recomendam que as pessoas em tratamento ou curadas do câncer não façam uso regular de álcool.**

---

### **6.3 Tabaco**

O tabaco é um produto obtido a partir da planta *Nicotiana tabacum*, tendo como princípio ativo a nicotina, uma substância psicoativa e causadora de dependência.<sup>19</sup> Os produtos derivados do tabaco são variados – a exemplo dos cigarros, charutos, narguilés e os recém popularizados dispositivos eletrônicos para fumar – e são utilizados de diversas formas (fumado, inalado, aspirado, mascado ou absorvido pela mucosa oral). Segundo a OMS, cerca de 23% da população global é usuária de tabaco, o que impacta diretamente na carga de doenças, nos custos sociais e econômicos e na perda da qualidade de vida da população, tendo em vista que o tabagismo e a exposição passiva ao tabaco constituem fator de

risco para o desenvolvimento de diversas doenças crônicas não transmissíveis e são causa significativa de mortalidade, sendo responsáveis por mais de 8 milhões de óbitos a cada ano no mundo e, aproximadamente, 156 mil óbitos anuais no Brasil.<sup>20,21</sup>

Entre as doenças secundárias ao tabagismo, incluem-se diversos tipos de câncer, visto que o tabaco está envolvido em múltiplos processos relacionados à carcinogênese, como a condução de carcinógenos diretamente aos tecidos, a indução de estresse oxidativo, a promoção de inflamação e a interferência nos mecanismos de defesa e nas barreiras protetoras naturais do organismo. Além disso, as toxinas e substâncias cancerígenas presentes no tabaco agregam-se ao DNA humano e o danificam, provocando mutações genéticas que levam à inibição dos mecanismos habituais de regulação e restrição do crescimento celular, causando descontrole na divisão e proliferação das células.<sup>22,23</sup> O papel do tabaco na carcinogênese pode ser potencializado, caso o tabagismo seja concomitante à exposição a outros fatores de risco, como o álcool, aumentando em até 100 vezes o risco de desenvolvimento de certos tipos de câncer, a exemplo dos gastrointestinais, devido à ação sinérgica de vários carcinógenos.<sup>23</sup> Evidências consistentes associam o tabagismo aos cânceres de cabeça e pescoço (principalmente de laringe, da cavidade oral e de orofaringe), de esôfago, de traqueia, brônquios e pulmão, de fígado, de estômago, de pâncreas, de rins e ureteres, de bexiga, de cólon e reto e à leucemia mieloide aguda.<sup>19,24</sup> No caso dos cânceres de mama e próstata, as evidências são insuficientes para concluir a existência de relação causal com o uso de tabaco.<sup>22</sup>

Para os pacientes oncológicos e “sobreviventes do câncer”, a continuidade do uso de quaisquer formas de tabaco após o diagnóstico e/ou tratamento de câncer também aumenta o risco de recidiva e de desenvolvimento de tumores secundários, reduz a eficácia dos tratamentos, podendo também acentuar e prolongar complicações secundárias às terapias, compromete a função pulmonar e a cicatrização e está associada a menor qualidade de

vida e altos níveis de mortalidade por câncer. A manutenção do tabagismo também aumenta o risco de complicações em pacientes que passaram por intervenções cirúrgicas como terapia do câncer, com evidências de aumento do risco de necrose tecidual, isquemia, formação de lesões, dificuldade de cicatrização e infecção no local da cirurgia.<sup>12,25</sup>

Por outro lado, o impacto do tabagismo na saúde não se limita às neoplasias malignas e seus desfechos, sobretudo ao considerar os pacientes e “sobreviventes do câncer”, como indivíduos potencialmente imunossuprimidos, cuja condição, em conjunto ao comprometimento adicional do sistema imune provocado pelo uso de tabaco, torna-os ainda mais suscetíveis aos riscos decorrentes do tabagismo em relação à população geral, afetando diretamente sua qualidade de vida.<sup>22,26,27</sup> A maior parte das doenças cardiovasculares, como doença cardíaca coronariana, aneurisma de aorta, doença arterial periférica e acidente vascular cerebral, têm o tabagismo como causa significativa, estando os fumantes duas a quatro vezes mais sujeitos a desenvolvê-las.<sup>24</sup> A exposição ao tabaco contribui ainda para o surgimento de outras enfermidades e para o aumento do risco de complicações subsequentes, sendo comum a manifestação de doenças e infecções respiratórias – como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), enfisema pulmonar, pneumonia, tuberculose e influenza – de distúrbios gastrointestinais, como úlceras e refluxo gastroesofágico, de doenças periodontais, de artrite reumatoide e osteoporose – principalmente em mulheres, devido ao enfraquecimento ósseo – e de catarata e degeneração macular. O tabagismo também pode causar infertilidade em homens e mulheres, afetando a saúde reprodutiva e sexual, e alguns estudos o evidenciam como fator de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus e para a progressão de outras doenças crônicas preexistentes.<sup>19,26,28</sup>

As implicações negativas do tabagismo à saúde dependem da duração e do nível de exposição ao tabaco, porém todas as formas de utilização são prejudiciais e não existem níveis

seguros para a prevenção do câncer e de outras enfermidades.<sup>24</sup> Tal ressalva é importante tendo em vista a expansão do uso de cigarros eletrônicos e a falsa percepção de ausência de riscos decorrentes da sua utilização. Apesar de fornecerem nicotina por aerossolização – o que evita a produção de muitas substâncias derivadas da combustão tradicional e, portanto, produzem menos toxinas – os cigarros eletrônicos também expõem o organismo às nanopartículas de metal tóxicas provenientes dos dispositivos e geram substâncias carcinogênicas e citotóxicas durante o processo de aquecimento e vaporização. Com isso, são potenciais causadores de doenças cardiovasculares e respiratórias, incluindo a Síndrome Respiratória Aguda Grave (EVALI), e aumentam o risco de envenenamento, convulsões, dependência, traumas e queimaduras causadas por explosões, sendo contraindicados para “sobreviventes do câncer”.<sup>29,30</sup> Além disso, os prejuízos à saúde são observados não somente em fumantes, mas também em indivíduos expostos ao tabagismo passivo, visto que a fumaça do tabaco pode acarretar reações alérgicas em curto período, como rinite, tosse e agravamento de asma, e complicações mais graves em indivíduos com exposição prolongada, incluindo infarto agudo do miocárdio, câncer de pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica.<sup>31</sup>

A cessação do tabagismo proporciona diminuição do risco de câncer, melhora do prognóstico, do status de saúde geral e da qualidade de vida dos “sobreviventes”, possibilitando a reversão da maior parte dos efeitos prejudiciais causados pelo tabaco.<sup>23,24,26</sup> Contudo, a taxa de tabagismo entre os “sobreviventes do câncer” permanece elevada e não há diferença significativa comparada à população em geral. Cerca de um quinto dos “sobreviventes” relatam manutenção do hábito de fumar tabaco após o diagnóstico ou tratamento, principalmente no primeiro ano, o que pode ser explicado pela alta adição causada pela nicotina somada ao frequente desencadeamento de problemas emocionais em decorrência da situação de adoecimento e à escassez de estratégias efetivas de suporte ao paciente, com êxito de apenas 4% dos usuários em

tentativa de cessação do tabagismo. De modo contrário, maior suporte profissional aliado às terapias medicamentosas podem aumentar em mais de duas vezes a chance de descontinuar o hábito de fumar com sucesso. Por isso, o tratamento do abuso de tabaco requer uma abordagem intensiva e abrangente, compreendendo os aspectos biológicos, psicológicos e sociais relacionados ao tabagismo, sobretudo considerando a pressão sofrida pelos pacientes e “sobreviventes do câncer” para cessar o hábito, principalmente nos cânceres cuja causa está associada ao uso de tabaco.<sup>25</sup>

---

**Fumar pode causar câncer de boca, orofaringe, laringe, esôfago, traqueia, brônquios, pulmão, fígado, estômago, pâncreas, rins e ureteres, bexiga, cólon e reto e leucemia.**

**O uso de cigarros eletrônicos também é fator facilitador para o desenvolvimento do câncer.**

---

#### **6.4 Outras drogas de abuso**

O câncer, como doença que não se limita ao acometimento da integridade física, afeta com frequência a saúde mental dos pacientes oncológicos e dos “sobreviventes do câncer”, constituindo um fator psicotraumático facilitador de problemas psicológicos subsequentes. Facilitados por altos níveis de estresse, sentimentos de vulnerabilidade física e psicológica e apreensão frente à possibilidade de recidiva da doença ou de desenvolvimento de uma neoplasia secundária, problemas como depressão, ansiedade e síndrome do pânico são fatores que tornam os “sobreviventes do câncer” mais suscetíveis ao abuso de substâncias ilícitas. Nesse cenário, adolescentes e adultos jovens compõem o grupo mais vulnerável ao risco de abuso de drogas entre os “sobreviventes do câncer”, considerando que a experimentação de drogas é um

comportamento comum nessa faixa etária, podendo motivar o abuso de substâncias e potencializar as taxas de morbimortalidade para essa população.<sup>32-34</sup>

Dessa forma, apesar do consumo de álcool e o tabagismo gerarem maior impacto na saúde pública e disporem de evidências mais consistentes no que concerne à sua relação com a patogênese do câncer, outras substâncias passíveis de abuso, muitas delas ilícitas, também podem influenciar direta ou indiretamente determinados mecanismos relacionados à carcinogênese, bem como desencadear uma variedade de desfechos adversos à saúde de pacientes em tratamento oncológico ou de “sobreviventes do câncer”, incluindo piora da qualidade de vida, pior prognóstico, risco de neoplasias secundárias e aumento da mortalidade. Além disso, o abuso de drogas está frequentemente associado a piores status socioeconômicos e vulnerabilidade psicossocial – fortemente ligados a barreiras no acesso aos serviços de saúde e aos meios de prevenção e de diagnóstico precoce – resultando em uma associação significativa entre o uso de substâncias ilícitas e a incidência de cânceres em estágios mais avançados e metástases. Por isso, o tratamento do usuário de droga que desenvolve câncer deve ser global, tratando paralelamente a dependência e a doença.<sup>32,35,36</sup>

#### **6.4.1 Cocaína e crack**

Sabe-se que a cocaína, além de suas conhecidas propriedades teratogênicas, pode possibilitar certa interrupção funcional da neurotransmissão e alterar a estrutura cerebral, principalmente nas áreas corticais. Com a inalação, aumenta-se o risco de desenvolvimento de cânceres de cabeça e pescoço, especialmente derivados de lesões na nasofaringe, bem como o risco de prejuízos à traqueia e aos pulmões devido ao acúmulo do pó e de suas impurezas nos alvéolos, gerando inflamação local. Há evidências de que o uso de cocaína também pode induzir redução da resposta do organismo à administração de determinados agentes

quimioterápicos, o que ocorre com o imatinibe em pacientes com leucemia mieloide crônica, provavelmente devido a efeitos adversos no citocromo P450. Processo semelhante à cocaína se observa com o crack, o qual, por sua vez, costuma gerar lesões mais frequentemente na orofaringe.<sup>32,36</sup>

#### **6.4.2 Maconha**

A maconha, derivada da planta *Cannabis sativa*, gera controvérsias quanto à sua associação com o câncer. Porém, o consumo recreativo de cigarros de maconha compartilha semelhanças com o tabagismo, como a presença de várias substâncias carcinogênicas, incluindo gases tóxicos, espécies reativas de oxigênio e hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, os quais são 20 vezes mais impuros do que no tabaco. O principal fator associado ao possível risco de câncer derivado do uso recreativo de maconha é a presença de alterações histopatológicas inflamatórias no epitélio brônquico de fumantes, somadas a outras modificações citológicas, morfológicas e moleculares tidas como semelhantes às alterações pré-malignas observadas em tabagistas – a exemplo de maior quantidade de figuras mitóticas, metaplasia e desorganização celular – sugerindo que o uso recreativo frequente ou abuso de maconha pode influenciar o desenvolvimento de tumores das vias aéreas de forma semelhante ao tabaco, associando-se a sintomas de bronquite crônica e inflamação das vias aéreas. Entretanto, a maconha pode estar relacionada ao risco de desenvolvimento de câncer por outros mecanismos, como efeitos imunomoduladores do tetrahidrocanabinol, o principal componente psicoativo da maconha, embora esse mecanismo tenha fundamento em evidências menos consistentes.<sup>32,36,37</sup>

O uso totalmente ocasional e pouco cumulativo de maconha, assim como também do cigarro e do álcool não demonstra constituir fator de risco para malignidade, enquanto o uso recreativo ou contínuo e muitas vezes excessivo da erva, com



exposição duradoura à substância, tem plausibilidade biológica, epidemiológica e patológica como potencializador do risco para o desenvolvimento de cânceres no trato respiratório, especialmente de pulmão e laringe. Outras evidências sugerem que o uso de maconha por mais de dez anos pode estar associado ao desenvolvimento de tumores de células germinativas, especialmente o testicular, contando com dados conflitantes quanto à associação a outros cânceres urogenitais. Além disso, há relatos de estudos em que, entre os pacientes oncológicos, aqueles com histórico de uso de maconha tinham chance duas vezes maior de desenvolver certos tipos de cânceres secundários com piores prognósticos, comparando com os pacientes sem histórico de uso da droga. Até o momento não há ainda evidências de riscos aumentados para ex-usuários.<sup>32,36,37</sup>

O conflito de dados quanto à relação entre o uso medicinal dos derivados da maconha e o câncer se dá pela presença de evidências de um possível uso terapêutico anticâncer, anti-inflamatório e analgésico da Cannabis, supostamente sem o efeito psicoativo do tetrahydrocannabinol. O referido efeito anticâncer dos canabinoides pode estar relacionado a mecanismos como redução da apoptose em células saudáveis, inibição da proliferação de células cancerosas e minimização da angiogênese, do crescimento e da metástase dos tumores. Alguns estudos *in vitro* também evidenciaram a possibilidade de alguns canabinoides específicos aumentarem a ação quimiopreventiva de algumas drogas e colaborarem para a penetração dos agentes quimioterápicos nas células tumorais.<sup>32,37</sup> O efeito analgésico dos canabinoides também têm sido o foco de diversos estudos, visto que a dor é um sintoma comum em pacientes oncológicos em terapia, chegando a estar presente em 90% dos pacientes com a doença avançada. Assim, com as mudanças legislativas mais permissivas em muitos países, seu uso tem gerado interesse como tratamento adjuvante aos opioides no manejo da dor. Entretanto, principalmente para adultos com câncer avançado, muitos estudos realizados não

observaram redução significativa da dor a partir da adição de canabinoides ao tratamento habitual com opioides. Além disso, relatou-se associação dos canabinoides com efeitos adversos a curto prazo, especialmente tontura, náusea, vômitos, sonolência, fadiga e, com menos frequência, confusão, alucinações, euforia e diarreia.<sup>38</sup> Por isso, tal controvérsia quanto ao uso medicinal dos derivados da maconha e o desenvolvimento do câncer demandam cautela quanto a adesão de práticas médicas fundamentadas em evidências ainda inconsistentes e inconclusivas.

Atualmente, há vários estudos em andamento por todo mundo sobre os efeitos medicinais dos derivados da maconha, esta é uma área em expansão na medicina moderna e novas informações sobre esses produtos e seus reais benefícios serão acrescentadas num futuro próximo.

---

**O uso recreativo é bem diferente do uso medicinal da maconha e seus efeitos benéficos ou maléficos ao corpo humano, não devem ser confundidos.**

**Durante o uso recreativo da maconha, são inalados junto com a erva diversos bioativos cancerígenos, podendo levar ao desenvolvimento de câncer de cabeça e pescoço, traqueia, brônquios e pulmão, como também, seu uso crônico é associado ao câncer de testículo.**

---

### **6.4.3 Opioides**

O ópio é uma substância muito utilizada para fins recreativos ou terapêuticos, tendo em vista seus efeitos analgésicos, hipnóticos, antitussígenos e antidiarreicos. Por seu caráter aditivo, há estimativas de cerca de 16 milhões de indivíduos adictos a variados opiáceos no mundo, despertando preocupações não somente quanto à toxicidade por abuso dessas substâncias, mas também no que se refere à possibilidade de risco de câncer associado ao seu uso.

Entretanto, há inconsistência de evidências para tal associação, o que pode estar relacionado a incertezas quanto à influência dos tipos de opiáceos, doses, duração e vias de uso – fumo ou ingestão – nos efeitos carcinogênicos dos derivados do ópio.<sup>39</sup>

Para a patogênese do câncer, sugere-se que o fumo, por meio de pirólise, pode aumentar o nível de diversos compostos cancerígenos, como hidrocarbonetos policíclicos ou heterocíclicos aromáticos e aminas aromáticas em diferentes órgãos, enquanto a ingestão de ópio está mais relacionada a potenciais efeitos no sistema nervoso devido à exposição dos usuários a grandes quantidades de morfina e outros alcaloides, os quais também podem possuir propriedades genotóxicas e mutagênicas. Além disso, há indícios de que tais compostos produzidos durante o uso de opiáceos, especialmente associados aos receptores opioides  $\mu$ , podem estimular a angiogênese e a neovascularização em tumores, bem como induzir a proliferação e a migração das células cancerígenas, facilitando os processos de metástase. O ópio também pode aumentar os efeitos de carcinógenos relacionados a outras substâncias, elevando sua biodisponibilidade, prejudicando a funcionalidade fisiológica de órgãos-alvo e prolongando a exposição destes aos potenciais compostos carcinogênicos. Mansouri et al.<sup>39</sup> relatou associações positivas e significativas entre o uso de ópio e o risco de câncer – exceto de esôfago e cólon – demonstrando associação entre a longa duração do consumo, as doses elevadas e o aumento do risco geral. Para o câncer de cabeça e pescoço, a relação com o ópio pauta-se, principalmente, na ingestão como forma de consumo.<sup>32,39</sup>

Para pacientes com câncer, os opioides são analgésicos eficazes e uma opção comum, muitas vezes insubstituível, no tratamento da dor. A dor consiste em um problema concomitante ao câncer e suas terapias, à dependência química a outras substâncias e a desordens de saúde mental como a depressão, sendo frequente a prática de automedicação além das prescrições médicas.<sup>33,40</sup> Barbera et al.<sup>41</sup> evidenciou que “sobreviventes do

câncer” sem recidiva da doença aumentaram o uso de opioides após cinco anos do diagnóstico, tendo como fator de risco para tal comportamento a utilização dessas substâncias previamente ao câncer.<sup>41</sup> Em concordância, Moussas GI e Papadopoulou AG<sup>32</sup> indicaram aumento do risco relativo de vício entre pacientes em uso de opioides para tratamento de dor crônica relacionada ao câncer, especialmente naqueles com histórico de abuso de substâncias, enquanto o uso de opioides para tratamento de dor aguda ou em pacientes em estado terminal, mostrou-se associado a um menor risco de comportamentos de vício.<sup>32</sup> Segundo Vitzthum et al.<sup>40</sup> estima-se que as taxas de persistência de uso de opioides após tratamento curativo do câncer estejam entre 10,4 e 33,3%, variando de acordo com os conceitos de uso persistente entre os diferentes estudos. Com isso, somado ao possível risco de novos processos oncogênicos derivados do abuso de opioides, seu uso prolongado, ainda que terapêutico, pode levar à diminuição do efeito analgésico, possibilidade de toxicidade – incluindo sedação, depressão, diminuição da concentração, hiperalgesia e hipogonadismo – dependência e até overdose.<sup>40</sup>

Dessa forma, tendo em vista a complexidade do uso de opioides no tratamento da dor crônica relacionada ao câncer, são necessárias avaliações específicas a respeito dos benefícios e riscos individuais para os pacientes, contando com estratégias de rastreamento de uso de drogas, terapias alternativas para manejo da dor, uso criterioso dos opioides e encaminhamento para profissionais especialistas na área, caso necessário.<sup>40</sup>

## 6.5 Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2013.

2. Secretaria Nacional Antidrogas. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
3. Runggay H, Shield K, Charvat H, Ferrari P, Sornpaisarn B, Obot I, et al. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *Lancet Oncol.* 2021; 22(8): 1071-80.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer. Dieta, nutrição, atividade física e câncer: uma perspectiva global – um resumo do terceiro relatório de especialistas com uma perspectiva brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2020.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer. Bebidas alcoólicas. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2022.
6. Haas SL, Ye W, Löhr JM. Alcohol consumption and digestive tract cancer. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2012; 15(5): 457-67.
7. Zhu JZ, Wang YM, Zhou QY, Zhu KF, Yu CH, Li YM. Systematic review with meta-analysis: alcohol consumption and the risk of colorectal adenoma. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014; 40(4): 325-37.
8. Dumitrescu RG. Alcohol-Induced Epigenetic Changes in Cancer. *Methods Mol Biol.* 2018; 1856: 157-72.
9. Schootman M, Deshpande AD, Lynskey MT, Pruitt SL, Lian M, Jeffe DB. Alcohol outlet availability and excessive alcohol consumption in breast cancer survivors. *J Prim Care Community Health.* 2013; 4(1): 50-8.

10. Nishimoto Y, Tsubono Y, Kogure M, Nakamura T, Itabashi F, Tsuchiya N, et al. The prevalence of current smokers and alcohol drinkers among cancer survivors and subjects with no history of cancer among participants in a community-based cardiometabolic screening program in Miyagi prefecture, Japan: a comparison with nationally representative surveys in other countries. *Cancer Med.* 2021; 10(24): 9000-11.
11. Leite RB, Marinho AC, Costa BL, Laranjeira MB, Araújo KD, Cavalcante AF. The influence of tobacco and alcohol in oral cancer: literature review. *J Bras Patol Med Lab* 2021; 57: 1-5.
12. Pinto FR, Matos LL, Segundo WG, Vanni CM, Rosa DS, Kanda JL. Manutenção do tabagismo e etilismo em pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço: influência do tipo de tratamento oncológico empregado. *Rev Assoc Med Bras* 2011; 57(2): 171-5.
13. Silva PG, Soares IL, Mendes FH, Campêlo CS, Cunha MP, Mota MR, et al. Histórico do Consumo de Álcool como Fator Preditivo de Sobrevida em Pacientes com Carcinoma de Células Escamosas de Boca e Orofaringe: Follow-up de 15 anos. *Rev. Bras Cancerol* 2020; 66(1): 1-9.
14. Sanford N, Sher D, Xu X, Ahn C, D'Amico A, Aizer A, et al. Alcohol Use Among Patients With Cancer and Survivors in the United States, 2000-2017. *J Natl Compr Canc Netw.* 2020; 18(1): 69-79.
15. Mujcic A, Blankers M, Yildirim D, Boon B, Engels R. Cancer survivors' views on digital support for smoking cessation and alcohol moderation: a survey and qualitative study. *BMC Public Health.* 2021; 21(1): 1763.
16. Lee G, Jeong S, Choi S, Kim K, Chang J, Kim S, et al. Associations between alcohol consumption and cardiovascular

disease among long-term survivors of colorectal cancer: a population-based, retrospective cohort study. *BMC Cancer*. 2021; 21(1): 710.

17. Rock CL, Thomson CA, Sullivan KR, Howe CL, Kushi LH, Caan BJ, et al. American Cancer Society nutrition and physical activity guideline for cancer survivors. *CA Cancer J Clin*. 2022; 72(3): 230-62.
18. Hawkins NA, Berkowitz Z, Rodriguez JL. Awareness of Dietary and Alcohol Guidelines Among Colorectal Cancer Survivors. *Am J Prev Med*. 2015; 49(6 Suppl 5): S509-17.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2022.
20. World Health Organization. Tobacco. Geneva: World Health Organization; 2022.
21. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer. Doenças relacionadas ao tabagismo. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2021.
22. Onor IO, Stirling DL, Williams SR, Bediako D, Borghol A, Harris MB, et al. Clinical Effects of Cigarette Smoking: Epidemiologic Impact and Review of Pharmacotherapy Options. *Int J Environ Res Public Health*. 2017; 14(10): 1147.
23. Scherübl H. Tobacco Smoking and Gastrointestinal Cancer Risk. *Visc Med*. 2022; 38(3): 217-22.
24. Center for Disease Control and Prevention. Health Effects of Cigarette Smoking. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 2021.
25. Karam-Hage M, Cinciripini PM, Gritz ER. Tobacco use and cessation for cancer survivors: an overview for clinicians. *CA Cancer J Clin*. 2014; 64(4): 272-90.

26. Jain D, Chaudhary P, Varshney N, Razzak K, Verma D, Zahra T, et al. Tobacco Smoking and Liver Cancer Risk: Potential Avenues for Carcinogenesis. *J Oncol.* 2021; 2021: 5905357.
27. Price SN, Studts JL, Hamann HA. Tobacco Use Assessment and Treatment in Cancer Patients: A Scoping Review of Oncology Care Clinician Adherence to Clinical Practice Guidelines in the U.S. *Oncologist.* 2019; 24(2): 229-38.
28. Zhang Y, He J, He B, Huang R, Li M. Effect of tobacco on periodontal disease and oral cancer. *Tob Induc Dis.* 2019; 17: 40.
29. Barufaldi LA, Guerra RL, Albuquerque RC, Nascimento A, Chança RD, Souza MC, et al. Risco de iniciação ao tabagismo com o uso de cigarros eletrônicos: revisão sistemática e meta-análise. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2021; 26(12): 6089-103.
30. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer. Dispositivos eletrônicos para fumar. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2022.
31. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo passivo. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2022.
32. Moussas GI, Papadopoulou AG. Substance abuse and cancer. *Psychiatriki.* 2017; 28(3): 234-41.
33. Milam J, Miller KA, Hoyt MA, Ritt-Olson A. Is substance use among young cancer survivors the result of emotional and physical pain?. *Cancer.* 2021; 127(17): 3064-6.
34. Vinhando N, Campos DR. Comportamentos de risco de pacientes oncológicos em follow up. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2021; 21(2): 159-65.



35. Dahlman D, Magnusson H, Li X, Sundquist J, Sundquist K. Drug use disorder and risk of incident and fatal breast cancer: a nationwide epidemiological study. *Breast Cancer Res Treat.* 2021; 186(1): 199-207.
36. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer. Rede Câncer: publicação trimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2014.
37. Ghasemiesfe M, Barrow B, Leonard S, Keyhani S, Korenstein D. Association Between Marijuana Use and Risk of Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2019; 2(11): e1916318.
38. Boland EG, Bennett MI, Allgar V, Boland JW. Cannabinoids for adult cancer-related pain: systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care.* 2020; 10(1): 14-24.
39. Mansouri M, Naghshi S, Parsaeian M, Sepanlou S, Poustchi H, Sanat Z, et al. Opium Use and Cancer Risk: A Comprehensive Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Int J Clin Pract.* 2022; 2022: 5397449.
40. Vitzthum L, Riviere P, Sheridan P, Naawade V, Deka R, Furnish T, et al. Predicting Persistent Opioid Use, Abuse, and Toxicity Among Cancer Survivors. *J Natl Cancer Inst.* 2020; 112(7): 720-7.
41. Barbera L, Sutradhar R, Howell D, Corn E, O'Brien MA, Seow H, et al. Factors Associated With Opioid Use in Long-term Cancer Survivors. *J Pain Symptom Manage.* 2019; 58(1): 100-7.

# 7

## Sono

Janine Midori Figueiredo Watanabe  
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa  
Rodrigo José de Vasconcelos Valença

Nas últimas décadas, surgiram evidências da relação próxima entre tumores e distúrbios do sono.<sup>1</sup> Alterações na qualidade do sono estão presentes tanto em pacientes que ainda não iniciaram o tratamento, como também durante e após o uso de terapêuticos contra o câncer, que apresentam significativo custo físico e emocional associado aos seus efeitos colaterais, e que podem se prolongar até mesmo após o término desses tratamentos. Desse modo, a reduzida qualidade de sono e distúrbios do sono são de alta prevalência em “sobreviventes do câncer”.<sup>2</sup> Portanto, mesmo em casos de cura, o período de recuperação predispõe os pacientes a diversos problemas de sono que contribuem para uma qualidade de vida deteriorada.<sup>3</sup> Esses problemas têm alto impacto negativo à saúde, contribuindo para o desenvolvimento ou agravamento de problemas emocionais e psicológicos.<sup>4</sup> Além do que, alguns dos efeitos a longo prazo associados à privação e distúrbios do sono incluem: maior risco de hipertensão, diabetes, obesidade, depressão.<sup>5</sup>

Distúrbios do sono englobam vários sintomas, que potencialmente podem se sobrepor, como insônia, hipersonia, dissonia, apneia do sono, etc. Os efeitos frequentemente relatados por pacientes “sobreviventes do câncer” são: a dificuldade de iniciar ou manter maiores períodos de sono e de apresentar sono restaurador.<sup>6</sup> Considerando a alta prevalência em pacientes oncológicos, é importante reconhecer e tratar adequadamente esses distúrbios para que não agravem a doença ou para que não se tornem possíveis causas de novas doenças.<sup>1</sup>

Em centros de oncologia, onde se realiza screening sobre alterações do sono, até 75% dos pacientes citam insônia ou distúrbio do sono em algum momento após o diagnóstico, dentre eles, as pacientes com câncer de mama são as que mais experimentam este sintoma cronicamente.<sup>7</sup>

Como os distúrbios do sono são frequentemente multifatoriais, torna-se difícil definir um único fator etiológico para a insônia, entretanto, estresse emocional é citado por 87% dos pacientes.<sup>8</sup>

Sem tratamento adequado já nas fases iniciais do tratamento oncológico, a insônia se torna crônica e tem sido associada a uma série de consequências físicas e psicossociais, dentre elas: baixa qualidade de vida, fadiga, redução das atividades funcionais do dia a dia, perda da produtividade, menor taxa de retorno ao trabalho, estresse emocional, redução da capacidade cognitiva, menor taxa de aderência ao tratamento e maior uso do sistema de saúde.<sup>8,9</sup>

A identificação precoce e o tratamento adequado dos distúrbios do sono, ainda nas suas fases iniciais é fundamental para resolução menos complexa do quadro.<sup>8,9</sup>

Opções de tratamento e práticas que podem contribuir para uma melhora nos distúrbios do sono incluem: terapias farmacológicas e não farmacológicas, intervenções comportamentais e psicossociais e atividade física.

Estudos mostram que suplemento de melatonina em pacientes com câncer de mama metastático está associado a uma significativa melhora em marcadores objetivos de qualidade do sono, duração do sono e fragmentação do sono, sem apresentar sinais de toxicidade a curto prazo. Esses resultados podem estimular futuros estudos sobre o uso desse tratamento para a melhora da qualidade de sono em outros tipos de câncer.<sup>7</sup>

Comumente prescrito para insônia, os benzodiazepínicos são associados a aumento da duração e redução da latência do sono, seu uso por curtos períodos é seguro, porém o uso crônico pode causar dependência e insônia de rebote.<sup>8</sup>

Hipnóticos não benzodiazepínicos como zolpidem, eszopiclona e zaleplon mostraram pequeno benefício em polissonografia, o trazodone apresenta benefício sólido em insônia de intervalo. Quetiapina, gabapentina, mirtazapina e ramelteon podem ser considerados em paciente selecionados.<sup>9</sup>

Recentemente o uso de cannabidiol em distúrbios do sono vem sendo utilizado em pesquisas com possível impacto positivo, porém ensaios clínicos de alta qualidade ainda são necessários para o uso seguro em pacientes oncológicos.<sup>8</sup>

Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) apresenta evidências de melhora significativa na severidade de insônia em “sobreviventes do câncer” em geral, incluindo benefícios duráveis por três a seis meses durante o acompanhamento nos estudos. Além disso, a terapia evidenciou benefícios para a total duração do sono, qualidade do sono, ansiedade, depressão, fadiga e qualidade de vida global.<sup>10</sup>

A prática de exercícios físicos também está relacionada à melhoria de qualidade de vida em “sobreviventes do câncer”, incluindo benefícios para os efeitos do sono.<sup>11</sup> Há evidências de melhora tanto com a prática de exercícios aeróbicos de maior intensidade,<sup>12</sup> como em práticas integrativas que exercitam o corpo e a mente, incluindo Tai Chi, Qigong, yoga e dança.<sup>13</sup>

Similarmente, a prática da arte marcial Kung-fu possivelmente apresenta melhoras na qualidade do sono, porém mais estudos são necessários para certificar tais efeitos devido às limitações apresentadas nos estudos publicados atualmente.<sup>14</sup> Ainda nesse contexto, a prática do yoga apresenta dados de significativa melhora para pacientes com câncer de mama, tanto no aspecto da qualidade do sono como na redução de sintomas e comorbidades como ansiedade, depressão, estresse, fadiga e dor.<sup>15</sup>

Alguns estudos demonstram a possibilidade de melhora nos níveis de sono por meio do tratamento do câncer associado a acupuntura. Futuros estudos devem ser desenvolvidos para a formulação de dados mais robustos dos benefícios dessa intervenção.<sup>16</sup>

---

**Ter um boa noite de sono é fundamental para uma vida saudável.**

**A identificação e intervenção precoce dos distúrbios do sono é adequada para promover qualidade de vida após o diagnóstico de um câncer.**

---

## **7.1 Referências**

1. Mogavero MP, DelRosso LM, Fanfulla F, Bruni O, Ferri R. Sleep disorders and cancer: State of the art and future perspectives. *Sleep Med Rev.* 2021; 56: 101409.
2. Fortmann J, Fisher A, Hough R, Gregory A, Pugh G. Sleep quality among teenagers and young adults with cancer. *Cancer Nurs.* 2021; 44(1): 13-9.

3. Alanazi MT, Alanazi NT, Alfadeel MA, Bugis BA. Sleep deprivation and quality of life among uterine cancer survivors: systematic review. *Support Care Cancer*. 2022; 30(3): 2891-900.
4. Sharma N, Hansen CH, O'connor M, Thekkumpurath P, Walker J, Kleiboer A, et al. Sleep problems in cancer patients: prevalence and association with distress and pain. *Psychooncology*. 2012; 21(9): 1003-9.
5. Institute of Medicine (US) Committee on Sleep Medicine and Research. *Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem*. Colten HR, Altevogt BM, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2006.
6. Leysen L, Lahousse A, Nijs J, Adriaenssens N, Mairesse O, Ivakhnov S, et al. Prevalence and risk factors of sleep disturbances in breast cancer survivors: systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2019; 27(12): 4401-33.
7. Innominato PF, Lim AS, Palesh O, Clemons M, Trudeau M, Eisen A, et al. The effect of melatonin on sleep and quality of life in patients with advanced breast cancer. *Support Care Cancer*. 2016; 24(3): 1097-105.
8. Zhou ES, Partridge AH, Syrjala KL, Michaud AL, Recklitis CJ. Evaluation and treatment of insomnia in adult cancer survivorship programs. *J Cancer Surviv*. 2017; 11(1): 74-9.
9. Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, Cooke M, Denberg TD. Clinical guidelines committee of the American College of P: management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016; 165(2): 125-33.
10. Squires LR, Rash JA, Fawcett J, Garland SN. Systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural therapy

for insomnia on subjective and actigraphy-measured sleep and comorbid symptoms in cancer survivors. *Sleep Med Rev.* 2022; 63: 101615.

11. Yang H, Yang Z, Pan H, Zhou Q. Effects of physical activity on sleep problems in breast cancer survivors: a meta-analysis. *Support Care Cancer.* 2021; 29(7): 4023-32.
12. Nakano J, Hashizume K, Fukushima T, Ueno K, Matsuura E, Ikio Y, et al. Effects of aerobic and resistance exercises on physical symptoms in cancer patients: a meta-analysis. *Integr Cancer Ther.* 2018; 17(4): 1048-58.
13. Duan L, Xu Y, Li M. Effects of Mind-Body Exercise in Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2020; 2020: 7607161.
14. Ren T, Rong S, Wang H, Dai Y, Gu E, Tan N, et al. Effect of Chinese Traditional Wushu on Cancer-Related Fatigue, Sleep Quality and Upper Limb Dysfunction of Breast Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomed Res Int.* 2022; 2022: 6879566.
15. Hsueh EJ, Loh EW, Lin JJA, Tam KW. Effects of yoga on improving quality of life in patients with breast cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Breast Cancer.* 2021; 28(2): 264-76.
16. Tao WW, Jiang H, Tao XM, Jiang P, Sha LY, Sun XC. Effects of acupuncture, tuina, tai chi, qigong, and traditional Chinese medicine five-element music therapy on symptom management and quality of life for cancer patients: a meta-analysis. *J Pain Symptom Manage.* 2016; 51(4): 728-47.

# 8

## Gestão do estresse

Gabriel Vidal Oliveira  
Erlan Clayton Xavier Cavalcante  
Maria Clara Amorim Silva  
Rodrigo José de Vasconcelos Valença

### 8.1 Introdução

O estresse é uma condição inevitável na vida do ser humano, ele nada mais é do que uma resposta adaptativa do indivíduo a determinadas situações de problemas, emergências e/ou ameaças, principalmente no caso do estresse agudo. Contudo, é quando esse fenômeno se torna crônico que os prejuízos para a saúde do indivíduo ganham mais destaque, podendo favorecer diversos distúrbios no organismo, tais como: alterações do sono, alterações gastrointestinais, ansiedade, sintomas depressivos, aumentar o risco de doenças cardiovasculares e, até mesmo, de câncer, de modo que essa associação do estresse com os pacientes oncológicos é cada vez mais prevalente na população global, principalmente por conta da sua relação com mecanismos de supressão imunológica.<sup>1-3</sup>

Existem uma série de mediadores específicos da resposta ao estresse que atuam no nosso organismo, porém, os principais são oriundos do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), do



Sistema Nervoso Autônomo (SNA) e do sistema imunológico. O primeiro é considerado um sistema mediador, pois tem a capacidade de interagir com os outros dois sistemas e, portanto, consegue determinar os efeitos do estresse quando há um processo de doença, especialmente baseado na fisiologia do hormônio cortisol, e que vai ter um papel essencial na cognição, no metabolismo, no comportamento e na reatividade imune. Os outros dois mecanismos atuam com a liberação de biomarcadores específicos, regulados em associação com o eixo HPA, de modo que um estímulo estressante, quando constante, desencadeia um aumento do nível de catecolaminas e uma diminuição do nível de acetilcolina, regulando a resposta de luta e fuga e atuando sobre a resposta imune com a estimulação de um estado pró-inflamatório prolongado, o que leva a uma sobrecarga do organismo e favorece o aparecimento de complicações.<sup>4,5</sup>

Desse modo, tão importante quanto conhecer o processo fisiológico por trás do estresse é entender como lidar com ele, de forma a lembrar que este é um processo que ocorre a partir da fisiologia natural do organismo frente a determinados contextos em que se entende ser necessária alguma forma de adaptação. Para tanto, é necessário modificar as reações frente a determinados eventos, por meio de novas formas de pensar e agir, conhecendo melhor a si mesmo, identificando limites, fraquezas, qualidades e, acima de tudo, valores, ou seja, o que realmente traz satisfação, lançando mão de terapias que o levem a entender este processo.<sup>6</sup> Neste contexto, o presente capítulo visa discutir alguns métodos comportamentais de manejo do estresse, baseados no relaxamento e na autocompreensão do próprio corpo, e trazer evidências dessa contribuição, mostrando a importância das terapias complementares para a gestão não apenas do estresse, mas também de outros fatores, já que dados do mundo mostram, por exemplo, que de 33-47% das mulheres que são diagnosticadas com câncer de mama fazem uso das terapias complementares, o que sugere a eficácia dessas estratégias.<sup>7</sup>

## 8.2 Meditação

Saúde mental é uma das grandes preocupações globais atualmente, que ficou em alta e fortalecida especialmente a partir da pandemia de Covid-19, quando o mundo foi obrigado a praticar o isolamento social. Dessa forma, sabe-se que uma das formas de gestão do estresse é justamente o incentivo a atividades que favoreçam a melhora da saúde mental do indivíduo, dentre elas está a meditação, que atua diretamente no fortalecimento da resiliência mental. Ao passo que muitos dos métodos de gerenciamento são baseados nos mecanismos de eliminação dos estressores, meditar se baseia primordialmente no alívio do estresse, ou seja, na melhor tolerância aos fatores estressores.<sup>8</sup>

Quando se fala especificamente do “sobrevivente do câncer”, o estresse aparece como importante fator de piora da qualidade de vida não só do próprio indivíduo, mas até mesmo dos seus familiares e cuidadores. Sendo assim, a meditação surge como grande aliada dos centros de saúde ao redor do mundo, uma vez que sabe-se da sua capacidade de promover benefícios, como a tolerância ao estresse, à depressão e à dor e outros efeitos adversos provocados pelas diferentes formas de tratamento; ademais, evidências mostram a sua capacidade de promover uma melhora psicológica do doente, seja por meio do fortalecimento da autoestima e pelo incentivo aos sentimentos de empoderamento, capacidade de crescimento pessoal e competência, seja pela evolução da sensação de calma e bem estar, serenidade, qualidade do sono e equilíbrio.<sup>9</sup>

Meditação é uma atividade mundialmente conhecida, que inclusive faz parte da rotina de inúmeras culturas e tradições há séculos, e nada mais é do que uma prática que visa a harmonização dos estados mentais e da consciência, cujo potencial terapêutico é bastante estudado atualmente, e que se baseia para tal no estímulo ao desenvolvimento da concentração, no enfoque para a percepção do indivíduo sobre as suas sensações físicas e emocionais,

ampliando a autodisciplina em relação ao cuidado à saúde e, conseqüentemente, promovendo alterações favoráveis no humor, que proporciona, então, uma maior integração entre mente, corpo e mundo exterior. No mais, essa modalidade tem seu mecanismo de ação intimamente relacionado com o estado hormonal do organismo, haja vista que há uma contribuição para a redução dos níveis de adrenalina e cortisol, hormônios relacionados ao estresse e à ansiedade, fato que, por conseqüência, intensifica a produção de endorfina e serotonina, responsáveis pela sensação de bem-estar e felicidade do indivíduo.<sup>10</sup>

Parece ser consenso na literatura o fato de que o processo de adoecimento enfrentado pelo paciente oncológico é tanto mais árduo quanto mais difícil é para ele enfrentar as dificuldades e aceitar a sua condição. Desse modo, observa-se que aquelas pessoas que conseguem manter pensamentos e sentimentos positivos parecem ter mais êxito no tratamento e impacto maior na qualidade de vida de forma global, ainda mais quando elas entendem e aceitam o processo do adoecimento, interpretando a doença como algo de valor, um obstáculo a ser superado, e não como um mero castigo, tornando-o menos doloroso.<sup>11</sup>

Sabe-se que meditação é um conceito bastante amplo, sendo assim, existem diferentes formas de realizar essa atividade, o que inclusive a leva a ser classificada de acordo com o objetivo que se quer alcançar e como se quer chegar nessa finalidade. Atualmente, há um sistema de classificação que sugere basicamente três famílias dessa prática, dividida em: atencional, desconstrutiva e construtiva.<sup>12</sup>

O conceito de atencional compreende técnicas utilizadas para treinar a autorregulação da atenção, ou seja, direcionar continuamente a atenção para o desdobramento da experiência interoceptiva ou sensorial do momento presente (por exemplo, foco no movimento da respiração), focar neste ato e trazê-lo de volta quando ele for perdido, quando houver alguma distração que o faça

desregular. As práticas de atenção são pensadas para fortalecer a metacsciência, a capacidade de observar e monitorar os processos internos de pensamento e sentimento. Como resultado, a consciência é exercida sobre aspectos da experiência emocional que podem passar despercebidos, incluindo sensações corporais, pensamentos e estímulos ambientais, o que pode levar a melhorias na identificação e regulação da emoção. Treinar a atenção para a experiência do momento presente também demonstrou reduzir o processamento elaborativo de estímulos e inibir a resposta comportamental habitual. Essas mudanças podem levar a usos mais eficientes e flexíveis dos recursos atencionais, promovendo avaliações mais precisas e menos catastróficas da experiência atual, bem como respostas comportamentais mais adaptativas a eventos estressantes.<sup>13,14</sup>

Já o campo desconstrutivo compreende um conjunto de técnicas de autoinvestigação usadas para promover a compreensão dos processos de percepção, emoção e cognição. Um objetivo comum desse tipo de prática é, como o próprio nome sugere, desconstruir modelos mal adaptativos do “eu”, dos outros e do mundo, interrogando as causas e condições da experiência presente de alguém e observando a impermanência dos fenômenos. Uma faculdade cognitiva visada pelas práticas desconstrutivas é a desreificação (também conhecida como descentralização ou desfusão cognitiva), que ocorre quando pensamentos, sentimentos e percepções são observados como fenômenos mentais temporários, em vez de reflexos precisos da realidade. Juntas, a desreificação e a metacsciência podem perturbar as cognições perseverativas, bem como os autoconceitos negativos e o processamento autorreferencial excessivo implicados na depressão e na ansiedade; eles também podem facilitar insights e reavaliações que apoiam uma maior autoaceitação. Pensamentos e eventos também podem parecer menos ameaçadores quando entendidos como fenômenos impermanentes, e a capacidade de observar experiências desagradáveis com maior granularidade

pode igualmente diminuir sua potência. Essas mudanças provavelmente minimizarão a evitação experiencial, que por sua vez pode quebrar o ciclo de ansiedade antecipatória, reatividade aumentada e recuperação prolongada, em favor de perfis de resposta ao estresse mais adaptativos.<sup>15,16</sup>

Por fim, tem-se a forma construtiva que se destina a cultivar ainda mais o bem-estar psicológico, substituindo autoesquemas desadaptativos por autoconceitos adaptativos e desenvolvendo qualidades pró-sociais, como bondade, compaixão, alegria empática e equanimidade. Os processos psicológicos visados por essas práticas incluem tomada de perspectiva, mudanças na avaliação e a geração de afeto positivo, cada um dos quais pode influenciar como os estressores agudos são percebidos e respondidos. Essas práticas podem ser especialmente úteis para gerenciar estressores agudos envolvendo interações negativas com outras pessoas. De fato, evidências iniciais sugerem que tais práticas alteram respostas agudas a estressores de avaliação social.<sup>17</sup>

Portanto, nota-se que meditar é um ato complexo, que demanda muito tempo de processo para que sejam vistos resultados, mas, mais ainda, é necessário acompanhamento profissional adequado e constante.

### **8.3 Yoga**

Retomando o que foi discutido anteriormente, outra estratégia reconhecida cientificamente e, por isso, bastante utilizada atualmente é a prática de Yoga. A origem da palavra remete ao oriente, mais especificamente do sânscrito, e significa “unir” ou “integrar”, o que vai diretamente ao encontro da sua filosofia, uma vez que o principal objeto dessa técnica é promover a união do corpo, da mente e do espírito, possibilitando ao indivíduo reconectar-se com sua essência.<sup>18</sup> Tanto ela quanto a meditação são hoje duas das modalidades de tratamento não farmacológico do estresse e da ansiedade mais bem vistas nas

sociedades ocidentais. Vale destacar que essa crescente adesão aponta, ao mesmo tempo, para o aumento da incidência das condições relacionadas ao estresse até mesmo na população dita saudável, não sendo diferente no paciente oncológico. É natural que a descoberta de um câncer, por si só, desperte um turbilhão de sentimentos negativos, principalmente a ansiedade, e, mais ainda, é sabido que o paciente nessas condições frequentemente é submetido a terapias farmacológicas agressivas e, portanto, infere-se que não é de bom tom a oferta de mais terapias medicamentosas para o tratamento de possíveis alterações relacionadas ao estresse. É baseado neste raciocínio que a prática de Yoga surge como uma alternativa essencial para esse tipo de paciente e que comumente promove melhoras significativas na sua qualidade de vida.<sup>9</sup>

A literatura aponta para diversos caminhos possíveis relacionados aos efeitos práticos de Yoga. Ao longo de uma série de sessões de treinamento, espera-se observar um aumento da capacidade vital respiratória do indivíduo, associada a uma tendência de controle e diminuição do ritmo respiratório (frequência respiratória elevada é um dos sinais de ansiedade, que pode, inclusive, resultar em distúrbio ácido-base, como alcalose respiratória) e um aumento na tolerância ao estresse físico, promovendo ainda um estado em que há uma menor propensão para reagir a determinadas situações incômodas com agressividade.<sup>19</sup>

Outrossim, estudos neurológicos sugerem que a execução das técnicas de relaxamento relacionadas ao Yoga promovem alterações benéficas na fisiologia do sistema nervoso, principalmente com o aumento da atividade de ondas alfa e teta eletroencefalográficas, que resultam diretamente em uma maior atividade do sistema nervoso parassimpático e na redução da ativação nervosa simpática. Dentre as implicações dessas alterações dos estímulos, pode-se citar que eles levam a uma redução da taxa metabólica basal do indivíduo, ou seja, há a redução do consumo de oxigênio e da produção de dióxido de carbono, é a chamada “resposta de relaxamento”, que é atingida justamente por meio da desconexão

voluntária dos estímulos externos ao indivíduo e do relaxamento muscular generalizado, que são exatamente os principais objetivos não apenas do Yoga, mas também da meditação.<sup>20</sup>

Além disso, outros estudos descreveram ainda a observação de um efeito hipotensor naqueles pacientes que realizavam de forma regular a atividade e, mais ainda, nota-se que o praticante do Yoga desenvolve uma menor frequência cardíaca de repouso, fato que sugere uma hipertonía do tônus vagal, provavelmente explicada principalmente pelo relaxamento promovido, mas também pela melhora da autoconfiança estimulada pela atividade e pela melhora do autoconhecimento que essa prática proporciona. Foram vistas, ainda, sensações de melhoras de sintomas como ansiedade, tontura, irritabilidade, cefaleia e insônia; de modo que, em muitos dos casos, esses sintomas desapareceram completamente.<sup>21,22</sup>

Neste sentido, pode-se elencar outros benefícios relacionados à prática do Yoga:

- Estímulo à flexibilidade e fortalecimento da musculatura corporal;
- Promoção de estados de calma e melhora da atenção e foco;
- Harmonização e equilíbrio das emoções;
- Redução da frequência cardíaca e da pressão arterial;
- Auxilia no tratamento da depressão;
- Diminuição da produção de cortisol;
- Diminuição da ansiedade;
- Melhora da qualidade do sono.

É fácil observar que estes são pontos essenciais na rotina de qualquer ser humano e, no contexto do paciente oncológico, tornam-se ainda mais essenciais.

Ressalta-se também que, diferentemente de uma atividade física convencional (caminhada, musculação, ciclismo, dentre

outros), a prática de Yoga não possui como foco principal o condicionamento físico, seja por meio de ganho de massa muscular ou emagrecimento, haja vista que não se observa na literatura mudanças significativas no Índice de Massa Corpórea (IMC) altos em pessoas que buscam esse tipo de técnica para alcançar resultados estéticos. Contudo, há evidências de benefícios físicos no âmbito metabólico, pois estudos mostram que a prática de determinadas técnicas (*yoga asanas e pranayama*) ajuda no controle do colesterol sérico total, LDL (*low density lipoprotein*), VLDL (*very low density lipoprotein*) e triglicerídeos, além da descoberta que o yoga também melhora a saúde geral e reduz os sintomas de distúrbios urológicos e dores crônicas nas costas, reclamações comuns na população em geral e com os pacientes oncológicos não é diferente.<sup>23</sup>

Em conclusão, pode-se afirmar que as técnicas de Yoga, por si só, tem a capacidade de criar uma espécie de atmosfera dentro do próprio indivíduo que o permite atingir um estado de equilíbrio que será capaz de o levar à condição de saúde, e isso é fundamental no contexto do “sobrevivente do câncer”. Nota-se, ainda, que a principal característica dessa atividade é a promoção de um estado físico, mental e espiritual propício para que a saúde integral existente em cada pessoa possa se manifestar. Os testemunhos, os relatos verbais dos próprios participantes durante as sessões no sentido de perceberem e sentirem mentalmente e fisicamente melhores, principalmente em relação ao paciente oncológico, com as práticas de Yoga e as evidências científicas atuais, que ganham cada vez mais destaque, mostram a força e o benefício que esta atividade pode fornecer aos seus praticantes.<sup>16-23</sup>

#### **8.4 Mindfulness**

Outra estratégia com bastante embasamento científico é o Mindfulness. É uma técnica que pode ser facilmente praticada onde quer que o paciente esteja e que vem ganhando grande



popularidade nos cuidados de saúde ao longo das últimas duas décadas. Atualmente, o Mindfulness é uma das variações mais estudadas e utilizada da meditação dentro de ambientes médicos. A técnica, que também é chamada de meditação de atenção plena, é derivada de *Vipassana*, a tradição *Theravada* do budismo, e foi adaptada em um formato secular, permitindo que seja uma abordagem complementar a qualquer origem religiosa ou cultural.<sup>24</sup>

A técnica de Mindfulness tem sua metodologia baseada na prerrogativa de viver plenamente o momento presente, estimulando a consciência em relação a tudo o que está acontecendo na vida do (a) praticante, intencionalmente e com propósito. Sabe-se que atualmente grande parte da população, principalmente nos centros urbanos, vive em um ritmo extremamente acelerado, contexto que favorece condições de estresse e ansiedade. Logo preocupações e distrações com as possibilidades do futuro e com os acontecimentos do passado muitas vezes tomam a maior parte dos pensamentos dos indivíduos, impedindo que vivam o presente. Neste sentido, não é diferente com o paciente oncológico no dia a dia, haja vista que, frequentemente, as incertezas em relação ao futuro provocam picos de ansiedade e o diagnóstico de um câncer no passado o deixa muito atrelado ao que não pode mais ser mudado, provocando situações estressantes. Portanto, a Redução de Estresse Baseada em Mindfulness aumenta a capacidade de concentração e de atenção do (a) paciente para aquele momento em que está vivendo, tirando o foco do que foi e do que poderá ser, sendo, consequentemente, eficaz para pacientes com câncer. E isto é, hoje, uma realidade, tendo em vista que muitos pacientes com câncer em grandes centros de referência utilizam terapias complementares para ajudar no combate aos sintomas da doença, inclusive o Mindfulness.<sup>24,25</sup>

Convém destacar que existem inúmeras formas de abordagens terapêuticas baseadas no Mindfulness, dentre as quais se pode citar o Treinamento em Consciência Alimentar Baseada na Mindfulness (MB- EAT - Mindfulness-Based Eating Awareness

Training), o Mindfulness-Based Relationship Enhancement (MBRE), a Prevenção de Recaída Baseada na Mindfulness (MBRP - Mindfulness-Based Relapse Prevention), a Terapia Cognitiva Baseada na Mindfulness (MBCT - Mindfulness-Based Cognitive Therapy) e a Redução de Estresse Baseada na Mindfulness (MBSR - Mindfulness-Based Stress Reduction).<sup>26</sup> Dentre estes principais métodos, o MBSR é considerado o protocolo padrão na abordagem do paciente oncológico e se baseia na abordagem de múltiplas formas de prática de mindfulness, inclusive com a associação de outros métodos alternativos, como a inclusão de elementos de Yoga, técnica já citada neste capítulo.<sup>27</sup>

A estratégia do mindfulness tem como pilares da sua filosofia a concentração do desenvolvimento de maior autoconsciência, a redução da reatividade em situações estressantes e a habilidade de comunicação consciente.<sup>27</sup> Estas técnicas irão reconhecer o sofrimento como uma parte normal do câncer e cultivam a aceitação de experiências para promover maior flexibilidade no combate ao estresse. Além disso, o Mindfulness pode ser definido de três principais maneiras, sendo elas:

- Chamar a atenção para a experiência que se desenrola momento a momento sem julgamentos;<sup>28</sup>
- Um estado mental sem julgamento pelo qual se atende e gerencia intencionalmente a consciência do que está acontecendo no momento presente;<sup>29</sup>
- Um exercício mental de práticas reguladoras visando atingir certos estados psicológicos que envolvem a interação mente e corpo do estar no momento presente com uma atitude de não julgamento;<sup>30</sup>

Portanto, conclui-se que a técnica de Mindfulness tem bastante importância no combate ao estresse e à ansiedade que são muito frequentes no contexto do câncer, por mais que ainda seja subestimada por alguns pacientes que ainda possuem alguma desconfiança relacionada ao processo e/ou não acreditam nas

técnicas citadas no capítulo. Estudos clínicos mostram que a técnica é bastante segura e não possui efeitos adversos.<sup>31</sup> Dessa forma, é de suma importância uma orientação por parte do oncologista ao seu paciente sobre a relevância de tal abordagem terapêutica no que diz respeito à gestão do estresse no paciente com câncer.

---

**No mundo moderno se estressar é normal, mas temos que reconhecer que estamos estressados e tentar procurar ajuda para lidar com isso, apesar dos problemas.**

**Existem várias práticas integrativas que podem amenizar o estresse durante e após o tratamento oncológico como meditação, yoga e mindfulness.**

---

## **8.5 Referências**

1. Dai S, Mo Y, Wang Y, Xiang B, Liao Q, Zhou M, et al. Chronic Stress Promotes Cancer Development. *Front Oncol.* 2020; 10: 1492.
2. Yao BC, Meng LB, Hao ML, Zhang YM, Gong T, Guo ZG. Chronic stress: a critical risk factor for atherosclerosis. *J Int Med Res.* 2019; 47(4): 1429-40.
3. Gao X, Cao Q, Cheng Y, Zhao D, Wang Z, Yang H, et al. Chronic stress promotes colitis by disturbing the gut microbiota and triggering immune system response. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2018; 115(13): E2960-9.
4. Noushad S, Ahmed S, Ansari B, Mustafa UH, Saleem Y, Hazrat H. Physiological biomarkers of chronic stress: A systematic review. *Int J Health Sci (Qassim).* 2021; 15(5): 46-59.

5. Zefferino R, Di Gioia S, Conese M. Molecular links between endocrine, nervous and immune system during chronic stress. *Brain Behav.* 2021; 11(2): e01960.
6. Machado DA, Figueiredo NMA, Velasques LS, Bento CAM, Machado WCA, Vianna LAM. Cognitive changes in nurses working in intensive care units. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(1): 73-9.
7. Greenlee H, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen M, Deng G, Hershman D, et al; Society for Integrative Oncology. Clinical practice guidelines on the use of integrative therapies as supportive care in patients treated for breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2014; 2014(50): 346-58.
8. Daniel RV, Sharma G, Chandra S. Effective Stress Management through Meditation: An Electroencephalograph-Based Study. *Int J Yoga.* 2022; 15(1): 45-51.
9. Gosain R, Gage-Bouchard E, Ambrosone C, Repasky E, Gandhi S. Stress reduction strategies in breast cancer: review of pharmacologic and non-pharmacologic based strategies. *Semin Immunopathol.* 2020; 42(6): 719-34.
10. Johns SA, Brown LF, Beck-Coon K, Monahan PO, Tong Y, Kroenke K. Randomized controlled pilot study of mindfulness-based stress reduction for persistently fatigued cancer survivors. *Psychooncology.* 2015; 24(8): 885-93.
11. Araujo RV, Fernandes AFC, Nery IS, Andrade EMLR, Nogueira LT, Azevedo FHC. Meditation effect on psychological stress level in women with breast cancer: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP.* 2019; 53: e03529.
12. Conklin QA, Crosswell AD, Saron CD, Epel ES. Meditation, stress processes, and telomere biology. *Curr Opin Psychol.* 2019; 28: 92-101.

13. Lutz A, Jha AP, Dunne JD, Saron CD. Investigating the phenomenological matrix of mindfulness-related practices from a neurocognitive perspective. *Am Psychol*. 2015; 70(7): 632-58.
14. Zanesco AP, King BG, MacLean KA, Saron CD: Cognitive Aging and Long-Term Maintenance of Attentional Improvements Following Meditation Training. *J Cogn Enhanc*. 2018; 2: 259-75.
15. Chambers R, Gullone E, Allen NB. Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clin Psychol Rev*. 2009; 29(6): 560-72.
16. Lebois LA, Papias EK, Gopinath K, Cabanban R, Quigley KS, Krishnamurthy V, et al. A shift in perspective: Decentering through mindful attention to imagined stressful events. *Neuropsychologia*. 2015; 75: 505-24.
17. Engen HG, Singer T. Affect and Motivation Are Critical in Constructive Meditation. *Trends Cogn Sci*. 2016; 20(3): 159-60.
18. Ross A, Williams L, Pappas-Sandonas M, Touchton-Leonard K, Fogel D. Incorporating Yoga Therapy into Primary Care: The Casey Health Institute. *Int J Yoga Therap*. 2015; 25(1): 43-9.
19. Wood C. Mood change and perceptions of vitality: a comparison of the effects of relaxation, visualization and yoga. *J R Soc Med*. 1993; 86(5): 254-8.
20. Kaushik M, Jain A, Agarwal P, Joshi SD, Parvez S. Role of Yoga and Meditation as Complimentary Therapeutic Regime for Stress-Related Neuropsychiatric Disorders: Utilization of Brain Waves Activity as Novel Tool. *J Evid Based Integr Med*. 2020; 25: 2515690X20949451.

21. Datey KK, Deshmukh SN, Dalvi CP, Vinekar SL. "Shavasan": A yogic exercise in the management of hypertension. *Angiology*. 1969; 20(6): 325-33.
22. Benson H, Bernard AR, Marzetta BR. Decreased blood pressure in borderline hypertensive subjects who practiced meditation. *Journal of Chronic Diseases*. 1974; 27(1): 163-9.
23. Mohammad A, Thakur P, Kumar R, Kaur S, Saini RV, Saini AK. Biological markers for the effects of yoga as a complementary and alternative medicine. *J Complement Integr Med*. 2019; 16(1).
24. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clin Psychol: Sci Pract*. 2006; 11(3): 230-1.
25. Castanhel FD, Liberali R. Mindfulness-Based Stress Reduction on breast cancer symptoms: systematic review and meta-analysis. *Einstein (Sao Paulo)*. 2018; 16(4): eRW4383.
26. Crane RS, Kuyken W, Hastings RP, Rothwell N, Williams JM. Training Teachers to Deliver Mindfulness-Based Interventions: Learning from the UK Experience. *Mindfulness (N Y)*. 2010; 1(2): 74-86.
27. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Dell Publishing; 1990.
28. Johannsen M, O'Toole MS, O'Connor M, Jensen AB, Zachariae R. Clinical and psychological moderators of the effect of mindfulness-based cognitive therapy on persistent pain in women treated for primary breast cancer - explorative analyses from a randomized controlled trial. *Acta Oncol*. 2017; 56(2): 321-8.

29. West SJ, Bannister K, Dickenson AH, Bennett DL. Circuitry and plasticity of the dorsal horn--toward a better understanding of neuropathic pain. *Neuroscience*. 2015; 300: 254-75.
30. Dion LJ, Engen DJ, Lemaine V, Lawson DK, Brock CG, Thomley BS, et al. Massage therapy alone and in combination with meditation for breast cancer patients undergoing autologous tissue reconstruction: A randomized pilot study. *Complement Ther Clin Pract*. 2016; 23: 82-7.
31. Bower JE, Crosswell AD, Stanton AL, Crespi CM, Winston D, Arevalo J, et al. Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Cancer*. 2015; 121(8): 1231-40.

# 9

## Relacionamentos saudáveis

Jonh Heberthon de Souza Araújo  
Rodrigo José de Vasconcelos Valença

### 9.1 Introdução

O conceito de relacionamentos saudáveis permeia diversos espaços dentro das ciências médicas e sociais, desde a própria medicina até a psicologia. Pode ser definida como uma relação de respeito, carinho, atenção, autonomia e liberdade. Levando isso em consideração, no contexto das vítimas do câncer este tipo de interação se apresenta dentro das dinâmicas familiares e das amizades por meio do companheirismo e do acolhimento. Tais relações afetivas são necessárias para consolidação do bem-estar físico e mental, principalmente nos momentos desafiadores, o que resulta na melhoria da qualidade de vida.<sup>1</sup>

O câncer desenvolve diversas reações físicas e mentais que levam a desequilíbrio emocional e conflitos internos que são capazes de resultar na desestabilização psíquica.<sup>2,3</sup> Mesmo com o avanço da tecnologia que auxilia no tratamento e no aumento da taxa de sobrevivência do câncer, muitos fatores como a cultura, valores,



crenças e preconceitos, fazem com que essa doença seja vista, por várias pessoas, ainda como terminal. A catastrofização, absorção seletiva e personalização podem representar essas distorções cognitivas. Para reverter este quadro, são necessárias a existência de redes de relacionamento que possam ser construídas e mantidas de forma a trazer saúde ao paciente, desde o diagnóstico, passando pelo tratamento e chegando à recuperação. Não obstante, na vida após o câncer é importante a continuação das relações saudáveis que possibilitam a diminuição dos fatores estressores, como os pensamentos negativos em torno da possível recidiva do câncer, do isolamento causado pela ruptura social devido ao avanço da doença pós-diagnóstico e favorecer possibilidade de construir novas vivências e explorar novamente os prazeres da vida.<sup>4</sup>

Relações saudáveis com familiares e amigos são frequentemente exploradas em pesquisas como ponto de apoio importante, juntamente com a equipe de saúde na formação da rede de apoio.<sup>5</sup> A família desempenha um valor psicológico importante no bom prognóstico do câncer, por mais que não seja relacionada de forma clara essa causalidade. Posteriormente, ela também se mostra como fator determinante na qualidade de vida dos sobreviventes. Além disso, outros personagens como as amigas e as redes sociais desempenham função primordial na recuperação pós-câncer por meio dessas ligações interpessoais saudáveis, isso se revela pela formação de espaços e grupos de apoios que favorecem a dinâmica de acolhimento e apoio proporcionando a diminuição do sofrimento psicológico causado devido ao período de tratamento do câncer.<sup>6</sup>

## **9.2 Relacionamentos saudáveis: família e casamento**

A família é, na maioria dos casos, a primeira instituição social em que todos estão inseridos. Carrega consigo um valor de companheirismo e apoio que são necessários para o desenvolvimento cognitivo e emocional humano. Segundo Walsh,<sup>7</sup>

resiliência em família diz respeito aos processos de enfrentamento e de adaptação como feramente primordial no funcionamento familiar, entendendo como os processos familiares modificam o estresse e abre caminho para a superação de crises e dificuldades pertinentes. Neste viés, a família é uma das principais redes de apoio que o sobrevivente do câncer possui desde o momento do diagnóstico.<sup>7</sup>

O suporte emocional que a família desempenha pode ser observado nas diversas etapas da problemática do câncer, do diagnóstico à sobrevivência. Por exemplo, pais adultos de crianças que sobreviveram ao câncer podem carregar consigo sentimentos profundos de proteção que se arrastam do diagnóstico até aos cuidados pós cura. Outra observação é como a relação das mulheres sobreviventes do câncer de mama experienciam a relação com a família, relatando geralmente o companheirismo e acolhimento por parte dos parentes e cônjuges, este último tendo implicações diferentes devido a questão sexual e amorosa que envolve este tipo de relação.<sup>8</sup>

No momento do diagnóstico, muitas vezes os familiares tentem a projetar cenários e possibilidades de futuro não tão otimistas, isso devido ao teor simbólico que essa doença representa, a de incurabilidade. Familiares, muitas vezes, procuram está presente por meio de diversos meios, seja fisicamente ou mesmo pelo uso mais frequente do telefone e redes sociais. Observa-se, nesse momento, que quando a família se ajusta na medida do possível a essa nova realidade causada por essa patologia ocorre a melhoria das relações entre o grupo, potencializando a qualidade de vida.<sup>9</sup> Sobreviver ao câncer é uma vitória não unicamente do paciente oncológico, mas dos pais, filhos e todos os familiares. As relações que eram boas e bem consolidadas antes do câncer tendem a se fortalecerem em relações saudáveis entre o grupo social dos sobreviventes do câncer, proporcionando bem-estar.<sup>10</sup>

O papel da família nos relacionamentos saudáveis para os sobreviventes do câncer é um dos principais, devido sua capacidade de permanecer nos mais diversos cotidianos da vida desses indivíduos. A vida após câncer apresenta novas oportunidades e novas maneiras de se viver, e a família está presente nisso. Seja nos novos cuidados com a saúde, no novo olhar voltado aos pequenos momentos de lazer no cotidiano, compartilhamento de experiências, estimulação de novos hobbies e reinserção no trabalho e até mesmo a espera pelo tempo de cura definitiva do câncer, tudo isso são situações nas quais os membros da família do “sobrevivente” pode se apresentar com agente da construção dessas boas relações.<sup>7</sup>

Para além das relações sanguíneas, a parceria construída dentro do matrimônio se apresenta como um fator desencadeador de qualidade de vida para muitos “sobreviventes do câncer”. Segundo pesquisa intitulada “Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher”, publicada na Revista Brasileira de Enfermagem, a relação dos cônjuges passa por um período inicial de apoio e solidariedade para algumas mulheres, no entanto para outras o matrimônio pode passar por dificuldades emocionais que abalam e geram angústia emocional, e isso ocasiona um impacto no próprio tratamento e na vida da “sobrevivente”. No entanto, quando essa relação matrimonial não se encaminha para um enfraquecimento, o casamento se mostra como importante fonte de apoio no momento do tratamento e se estende para a vida após a cura.<sup>10</sup>

Por conseguinte, a satisfação na relação amorosa se releva como possível fator na melhora fisiológica nas “sobreviventes do câncer”. Isso porque esse tipo de relação saudável propendia a redução dos níveis de estresse e conseqüentemente da inflamação a longo prazo, revelando importantes caminhos imunológicos e psicológicos resultantes do relacionamento saudável.<sup>11</sup>

O que se observa dentro da literatura e dos relatos de experiências pessoais ou de profissionais que trabalham com pacientes oncológicos, é que a família consegue se mostrar como o principal fator formador de relacionamentos saudáveis, que por sua vez, aumentam a qualidade de vida dos sobreviventes do câncer.

### **9.3 Relacionamentos saudáveis: amizades e redes sociais**

Assim como a família, as amizades possuem a capacidade de formar relações de companheirismo e acolhimento com as vítimas do câncer. Essas relações de afetos tendem a potencializar a recuperação desses indivíduos pela promoção de um novo olhar da vida após o tratamento dessa doença. Esta rede de apoio auxilia na redução dos efeitos nocivos do isolamento social em decorrência dos agravos psicológicos causados pelo carcinoma, além de promover outros cuidados com a saúde.<sup>6</sup>

Antes de mais nada, a rede de novos contatos de convívio se inicia antes mesmo do tratamento e do cotidiano dos corredores dos centros de tratamento quimioterápico. A partir do diagnóstico, o paciente já faz parte de um novo grupo de pessoas unidas por uma mesma causa, o acometimento por uma doença que, como já citado, possui diversos estigmas. Este tipo de situação se encaixa no conceito de resiliência comunitária, na qual é colocada que a força de um indivíduo gera consequência nos comportamentos do grupo, formando um espaço de fortalecimento coletivo.<sup>12</sup> Mesmo estando em situações de saúde semelhantemente desfavoráveis, a unidade funcional do grupo está unida como rede de apoio e autocuidado. Dessa forma, mesmo após a cura, o sentimento de grupo e pertencimento formado por esses tipos de relacionamentos que iniciam nessa situação tendem a permanecer em forma de afeto e companheirismo.

No pós-câncer, esse tipo de interligação com grupos de pessoas que conviveram com o câncer ou que acompanharam a jornada do paciente até a cura é favorável para o aumento da

qualidade de vida dessas pessoas. Assim como nos casos das relações familiares, relações de amizades que já possuíam forte vínculo antes do câncer tendem a permanecerem forte durante a fase de doença e depois da cura.<sup>10</sup> A interação social pode melhorar de maneira significativa a qualidade de vida e saúde, por exemplo, das “sobreviventes do câncer” de mama.<sup>13</sup> Como já explicado, o que acontece nessas dinâmicas de grupo é a formação de redes de acolhimentos que possibilitam a diminuição parcial dos efeitos danosos do isolamento causado pelo tratamento do câncer e a estigmatização que os indivíduos sofrem mesmo após a cura.

Seguindo esta perspectiva, pode-se entender as redes sociais além do seu significado dentro das mídias digitais. Entende-se por redes sociais o conjunto de elos interligados que representam os atores e suas interpelações que eles vivenciam de forma conjunta.<sup>14</sup> Esse grupo de pessoas pode ser formado por diversos tipos de pessoas e por diversas situações. O uso de serviços de assistência solidária, satisfação com o grupo de apoio social e a relação com laços sociais seja formais ou informais, afetam positivamente a qualidade de vida dos “sobreviventes” de longo prazo.<sup>15</sup>

Ultimamente, com o avanço das mídias digitais, a comunicação on-line e a possibilidade de comunicação global auxiliaram a formação de grupos específicos em que pode ocorrer a troca de experiência<sup>16</sup> formação de redes de apoio e disseminação de informação e contato entre os grupos de “sobreviventes”. Dessa forma, as redes sociais potencializaram a formação de novos relacionamentos saudáveis que possibilitam a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

Por exemplo, as redes sociais foram relacionadas com o aumento da qualidade de vida de mulheres portadoras de carcinoma de mama, revelando o potencial da interação social como preditor dessa relação causal.<sup>17</sup> Além disso, de certa maneira, grandes redes sociais podem aumentar a possibilidade de que essas mulheres

consigam formar relações saudáveis com familiares e amigos como fontes de apoio para atividades diárias.<sup>18,19</sup>

---

**Relações positivas e construtivas com familiares e amigos influenciam na saúde física e mental de todas as pessoas.**

**O apoio social é um componente-chave para o enfrentamento do câncer, o indivíduo se sentir amado e cuidado durante o adoecimento é fundamental para a recuperação da doença.**

---

#### **9.4 Referências**

1. Mattos K, Blomer TH, Campos ACBF, Silvério MR. Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de indivíduos em tratamento oncológico. *Rev Psicol Saúde*. 2016; 8(1): 1-6.
2. Silva SS, Aquino TAA, Santos RM. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Rev Bras Ter Cogn*. 2008; 4(2): 73-88.
3. Penna TLM. Dinâmica psicossocial de famílias de pacientes com câncer. In: Mello JF, Burd M, editores. *Doença e Família*. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 379-89.
4. Knapp P. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
5. Hoffmann FS, Müller MC, Rubin R. A Mulher com Câncer de Mama: Apoio Social e Espiritualidade. *Mudanças*. 2006; 14(2): 143-50.
6. Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, Koopmans J, Vincent L, Guthrie H, et al. The effect of group psychosocial support on

survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med.* 2001; 345(24): 1719-26.

7. Walsh F. Fortalecendo a Resiliência Familiar. São Paulo: Editora Rocca; 2005.
8. Ressler IB, Cash J, McNeill D, Joy S, Rosoff PM. Continued parental attendance at a clinic for adult survivors of childhood cancer. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2003; 25(11): 868-73.
9. Decesaro MN, Ferraz CA. Famílias de pessoas dependentes de cuidado: aspectos das mudanças na vivência do cotidiano. *Cienc Cuid Saúde.* 2006; 5(Supl): 149-56.
10. Molina MA, Marconi SS. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cômuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(4): 514-20.
11. Shrout MR, Renna ME, Madison AA, Alfano CM, Povoski SP, Lipari AM, et al. Relationship satisfaction predicts lower stress and inflammation in breast cancer survivors: A longitudinal study of within-person and between-person effects. *Psychoneuroendocrinology.* 2020; 118: 104708.
12. Juliano MCC, Yunes MAM. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambient Soc.* 2014; 17(3): 135-54.
13. Michael YL, Berkman LF, Colditz GA, Holmes MD, Kawachi I. Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: a prospective study. *J Psychosom Res.* 2002; 52(5): 285-93.
14. Brandes U, Kenis P, Raab J. La explicación a través de la visualización de redes. *REDES.* 2005; 9(2): 1-19.

15. Lim JW, Zebrack B. Social networks and quality of life for long-term survivors of leukemia and lymphoma. *Support Care Cancer*. 2006; 14(2): 185-92.
16. Sousa DA, Cerqueira-Santos E. Redes sociais e relacionamentos de amizade ao longo do ciclo vital. *Rev Psicopedag*. 2011; 28(85): 53-66.
17. Kroenke CH, Kwan ML, Neugut AI, Ergas IJ, Wright JD, Caan BJ, et al. Social networks, social support mechanisms, and quality of life after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Res Treat*. 2013; 139(2): 515-27.
18. Hirschman KB, Bourjolly JN. How do tangible supports impact the breast cancer experience? *Soc Work Health Care*. 2005; 41(1): 17-32.
19. Woloshin S, Schwartz LM, Tosteson AN, Chang CH, Wright B, Plohman J, et al. Perceived adequacy of tangible social support and health outcomes in patients with coronary artery disease. *J Gen Intern Med*. 1997; 12(10): 613-8.



# 10

## Espiritualidade e religiosidade

Monique Melo Fortaleza  
Rodrigo José de Vasconcelos Valença

### 10.1 Introdução

Os termos "espiritualidade" e "religião" estão relacionados, porém, ainda que sejam muitas vezes utilizados como sinônimos, estes conceitos não são iguais. A religião é um aspecto universal da cultura e deve ser entendida como a busca por algo sagrado, o que envolve a crença em rituais e fenômenos sobrenaturais, além de estar relacionada a fatores sociais, como a formação de grupos de pessoas que compartilham da mesma fé. A espiritualidade, por sua vez, é um fenômeno individual que independe da religião, ou seja, não há necessidade do indivíduo pertencer a um sistema de crenças organizado.<sup>1,2</sup>

Apesar da distinção, tanto a religião como a espiritualidade estão associadas ao bem-estar, paz interior, gratidão e princípios morais, estando, assim, fortemente ligadas à saúde física e mental.<sup>2</sup> Tendo em vista essa relação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o bem-estar espiritual como uma dimensão

do estado de saúde, junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais. Ademais, a OMS incluiu o domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais em seu instrumento de avaliação da qualidade de vida, o WHOQOL SRPB.<sup>3</sup>

Dessa forma, os resultados trazidos da junção entre a ciência e os aspectos da dimensão espiritual vêm sendo cada vez mais estudados e apropriados pelos profissionais da saúde, tendo a primeira *interface* entre ambas surgido, no âmbito médico, por meio de exames de imagens que mostravam mudanças na excitação cerebral em pacientes em contato com o espiritual. Os profissionais da saúde estão, assim, adicionando a espiritualidade como variável significativa que tem se mostrado como coadjuvante na qualidade de vida dos pacientes.<sup>4</sup>

Neste contexto, o paciente oncológico passa por um complexo de emoções, permeado por angústia, revolta, tristeza, medo, entre outros aspectos, o que pode gerar depressão e/ou ansiedade. Ademais, na perspectiva social, o câncer é a enfermidade mais associada à morte pelos indivíduos e, embora existam inúmeras formas de tratamento, ainda é considerado uma doença incurável e que evidencia a proximidade da morte. Assim, os pacientes, bem como os familiares, diante da desesperança e do sofrimento causado pela descoberta da doença ou pelo tratamento buscam na espiritualidade um sentido, em geral, positivo ou negativo às experiências.<sup>1,4</sup>

## **10.2 A espiritualidade e religiosidade no cuidado**

Por ser uma doença de impacto total na vida do indivíduo, o câncer torna imprescindível a presença de uma equipe multidisciplinar para seu tratamento e acompanhamento, e a psicologia é uma integrante dessas equipes. O manejo da espiritualidade surge como aliado no trabalho da equipe multidisciplinar responsável pelo paciente com câncer, principalmente o psicólogo, ao auxiliar na compreensão das orientações cognitivas que esse aspecto tem

sobre o indivíduo e na avaliação da sua condição de vida, seja no momento do diagnóstico ou durante o tratamento, já que fatores psicológicos também possam corroborar para o avanço dessa patologia e na piora da resposta às terapias. Ainda, em um contexto devastador para o paciente e sua família, a espiritualidade pode ser preventiva aos transtornos mentais.<sup>4</sup>

Diante da constatação de influências tanto positivas como negativas, sendo estas identificadas em menor proporção, da religiosidade/espiritualidade, é necessário que profissionais de saúde estejam atentos a essas dimensões, podendo, inclusive, solicitar a colaboração de representantes religiosos ou de profissionais especializados para o manejo clínico de seus pacientes oncológicos.<sup>5</sup> É necessário, assim, neste contexto, considerar o cuidado ao ser humano entendendo-o como ser integral, ou seja, pela abordagem holística, o que implica nas suas dimensões física, mental, emocional e espiritual, portanto, o profissional de saúde que busca o cuidado ampliado deve, também, compreender a espiritualidade como ferramenta terapêutica.<sup>6</sup>

No Brasil, a legislação vigente estabelece diretrizes para esses serviços (Constituição Federal de 1988; Lei nº 9.982/2000; Decreto Nº 30.582/2009), porém, ainda são escassas as iniciativas nesse âmbito. Apesar dos esforços para contemplar a integralidade dos pacientes, impera o despreparo para lidar com a dimensão religiosa nos atendimentos. A falta de abordagem do tema no período de formação profissional, de treinamento e de habilidade em identificar as demandas dos usuários, assim como o receio de influenciar as crenças dos pacientes constituem barreiras percebidas pelos próprios profissionais, que dificultam a abordagem da religiosidade/espiritualidade nos atendimentos. Soma-se a estes aspectos, a escassez de serviços de apoio religioso nos hospitais brasileiros, o que revela a necessidade de um trabalho conjunto entre profissionais da saúde e representantes religiosos vinculados ou não às instituições hospitalares, em prol de um atendimento integral para o paciente oncológico.<sup>5,6</sup>

### 10.3 O *coping* religioso entre pacientes

*Coping* é definido como um conjunto de estratégias comportamentais e cognitivas utilizadas para enfrentar situações de estresse. Quando o indivíduo faz uso da fé, religião ou espiritualidade no enfrentamento das situações estressantes, ou dos momentos de crise que ocorrem ao longo da vida, há o *coping* religioso/espiritual (CRE). Embora o conceito de *coping* religioso tenha conotação positiva, ele pode ser negativo: o aspecto positivo se refere a medidas que proporcionam efeito benéfico ao indivíduo, enquanto o negativo está relacionado às medidas que lhe geram consequências prejudiciais, como, por exemplo, questionar sua existência, delegar a Deus a resolução dos problemas, definir a condição de estresse como uma punição de Deus, entre outros.<sup>7,8</sup>

Por se tratar de uma doença crônica que ameaça a vida, além dos danos causados pela toxicidade dos agentes antineoplásicos, o paciente acometido por câncer muitas vezes se vê diante de questionamentos sobre o significado da vida, além dos sentimentos de angústia, medo e sofrimento, gerando um aumento significativo das necessidades espirituais. Observou-se, assim, que boa parte dos pacientes buscam a religião/espiritualidade como forma de enfrentamento da doença neoplásica, já que permitem o ajustamento do paciente diante do câncer, podendo ele extrair pensamentos positivos das experiências estressantes, a fim de ocasionar uma mudança de vida.<sup>7</sup>

Foram realizados, assim, estudos para demonstrar a relação entre o *coping* religioso/espiritual e a esperança em pacientes com câncer em tratamento quimioterápico, a exemplo do estudo de Costa et al,<sup>7</sup> em um ambulatório de referência em tratamento quimioterápico. A tabela 1 abaixo, resultado da coleta de dados com base na escala de *Coping* Religioso/Espiritual Breve (CRE-Breve, encontra-se dividida em três dimensões: CRE positivo (CREP), CRE negativo (CREN) e CRE total (CRET) e a escala de esperança de Herth (EEH), demonstra que o CREP e o CRET

possuem correlação diretamente proporcional com o escore de Herth, ou seja, o aumento do CREP e do CRET implica aumento do EEH, indicando que o CRE altera de forma relevante o nível de esperança desses indivíduos. A maioria desses pacientes com bons escores na escala de esperança, mesmo sendo submetidos periodicamente ao desgaste do tratamento quimioterápico, com todas as suas consequências psicológicas e fisiológicas, valorizam-se e se sentem úteis diante da sociedade.<sup>7</sup>

**Tabela 1.** Associação entre *coping* religioso-espiritual e esperança dos pacientes oncológicos em quimioterapia.<sup>7</sup>

<b>Domínio avaliado</b>	<b>P-valor</b>
CRE positivo	0,213
CRE negativo	-0,055
CRE total	0,253

#### **10.4 A resignificação do sofrimento**

O câncer ainda é considerado pela maioria das pessoas uma doença incurável e é de difícil aceitação por todos, além de trazer consigo vários significados, sendo a maioria deles negativos. Provavelmente por isso, muitas pessoas tentam amenizar ou enfrentar essa situação de outra forma, o que pode ocorrer por meio da procura de algo positivo para explicar tal doença, por vezes encarando-a como se fosse uma missão de vida. Neste caso, a doença é vista como um dever ou incumbência a ser passada em nome de um Ser Superior, ou com um objetivo maior além do sofrimento ocasionado pela doença.<sup>1</sup>

A abordagem do câncer envolve sentimentos que são difíceis de ser manejados pelos pacientes e pelas pessoas em geral, especialmente pelo fato de a cura do câncer ainda não estar incorporada no repertório cultural como realidade, por isso é concebida, muitas vezes, como um milagre. A doença

abre uma fissura no universo simbólico do indivíduo que clama por significação, sob ameaça de que todo o restante do universo simbólico possa também perder o sentido. Aceitar essas situações que desorganizam a vida e a submissão a Deus faz com que haja o domínio da entidade divina sobre a vida dos homens e, assim, a segurança dada pela providência divina substitui a fatalidade. Este pensamento demonstra que a espiritualidade pode ser uma forma de estratégia de enfrentamento do paciente perante o câncer, já que poderá atribuir significado ao seu processo saúde-doença, em busca de minimizar o seu sofrimento ou obter maior esperança de cura durante o tratamento. Entende-se, dessa forma, que a possibilidade de simbolizar e integrar essas vivências em um contexto significativo permite que o indivíduo possa transformar o perigoso e ameaçador em algo palpável.<sup>1,9</sup>

Segundo o estudo qualitativo de Batista et al.,<sup>10</sup> uma das semelhanças observadas nos depoimentos dos pacientes oncológicos participantes da pesquisa é a comparação de seu sofrimento ao martírio de Cristo. Assim como o Messias, eles esperam por uma “ressureição”, representada pela superação das dificuldades da doença e pela esperada cura, como citado na fala de um dos pacientes: “Nesse mundo tereis tribulações, diz a Bíblia. Sofrimentos fazem parte da vida. Mas a vitória vem com o sofrimento, como Cristo que passou pela cruz e ressuscitou vencendo a morte”.<sup>10</sup>

Diante disso, entende-se que há diversas interpretações relacionadas ao câncer, que envolvem tanto os aspectos externos, no que diz respeito ao ambiente, equipe e relações, quanto à própria estrutura subjetiva do ser, portanto, cada paciente pode atribuir sentido a essa experiência de acordo com sua singularidade, ou seja, suas representações, crenças e emoções.<sup>9</sup> De modo geral, o câncer ainda carrega o estigma do sofrimento e do medo diante da incerteza do futuro, mas esses significados construídos na vida social podem levar esses pacientes a produzir uma força gerada, principalmente, pela vontade de viver e, dessa forma,

proporcionar não somente um significado à doença em si, mas um real significado à própria vida.<sup>1</sup> Dessa maneira, o câncer favorece a busca pela espiritualidade e religiosidade, uma vez que o acaso é explicado e os eventos imprevisíveis, como a doença, tornam-se aceitáveis.<sup>9,10</sup>

Ademais, os significados e a busca de apoio na dimensão espiritual ocorrem de forma única para cada um, de acordo com sua história de vida e concepções dominantes. Para alguns pacientes, a experiência com a fé se inicia no momento do diagnóstico, enquanto que, para outros, o processo de ressignificação tem início apenas quando os sintomas físicos começam a se estabilizar, expressando-se na esperança de obter o prolongamento da vida e da convivência com os familiares.<sup>11</sup>

Por fim, a espiritualidade e a fé, ao oferecer finalidade e designação ao sofrimento e ao momento difícil que o paciente atravessa, geram esperança e confiança ao paciente, o que auxilia no sucesso do tratamento, seja ao expressarem que o sofrimento não se sobrepõe a fé, seja ao comparar-se com outras pessoas que enfrentaram e venceram a doença. A fé é utilizada, assim, como sustento de esperança para defrontar o diagnóstico da doença, as adversidades do tratamento e a espera pela cura.<sup>10</sup>

## **10.5 Redução da ansiedade e estresse**

O termo ansiedade vem do grego *anshein* e significa oprimir, sufocar e se manifesta fisiologicamente por mudanças como aumento da frequência cardíaca e respiratória. Na Oncologia, há severas mudanças na vida do paciente, além do mesmo responder de maneiras diferentes às situações vivenciadas na hospitalização, o que pode gerar ansiedade, desenvolvida pelo pensamento futuro de como a doença vai progredir, os possíveis tratamentos e as perdas.<sup>4,12</sup>

Dessa forma, a espiritualidade por meio da oração é benéfica ao desencadear alívio das tensões, aumentar a esperança e auxiliar

na redução da ansiedade. Estudos têm observado que uma experiência nesse âmbito pode reduzir os sintomas da ansiedade e acalmar os pacientes, como foi demonstrado por Carvalho et al.,<sup>12</sup> em que a prece foi a prática espiritual realizada. Ao avaliar a ansiedade dos pacientes submetidos à quimioterapia que participaram deste estudo, observou-se redução de sua intensidade, passando de mediana para baixa ( $p < 0,00$ ) após aplicação da prece. Portanto, sua utilização deve ser estimulada como uma terapia coadjuvante ao tratamento para o câncer, uma vez que revelou ter uma ação positiva na vida das pessoas.<sup>12</sup>

Ademais, a ansiedade gerada pelo medo da morte, inerente ao ser humano, pode ser diminuída ou suprimida pelo auxílio da fé, a partir de crenças religiosas acerca do pós-morte, focando a possibilidade da continuidade do existir, ou seja, a transcendência. Para alguns pacientes, a crença na continuidade da vida pós-morte contribui para atenuar a angústia da constatação da iminência da morte, levando-os a assumir a própria finitude.<sup>11</sup> De modo geral, o aumento do bem-estar espiritual diminui a ansiedade da morte em pacientes com câncer, o que, conseqüentemente, melhora a saúde mental dessas pessoas.<sup>6</sup>

A religião, portanto, está intimamente ligada à possibilidade de sair de uma posição de total impotência e passividade diante da doença para uma posição em que algum controle é percebido. Isso ocorre por meio da entrega da responsabilidade do domínio de suas vidas a um “ser supremo”, o que confere aos pacientes certa posição ativa nesse processo, uma vez que a religiosidade nutre a ideia de que esse ser maior deseja o melhor para o indivíduo. Este fator certamente contribui para a redução do estresse e ansiedade ao reduzir a sensação de falta de controle inerente ao contexto, que é grande precursora desses fatores emocionais.<sup>9</sup>

Por fim, segundo Souza et al.,<sup>13</sup> adolescentes com câncer que frequentam comunidades religiosas relacionam a espiritualidade aos sentimentos de força, tranquilidade e confiança, sendo essencial



para o enfrentamento do estresse gerado pelo adoecimento. A adolescência, quando vivenciada concomitantemente a situações ameaçadoras como o câncer, pode ser permeada de sentimentos como medo, ansiedade, nervosismo, descrença e desamparo, mas, para esses jovens, a prática da espiritualidade durante o processo de adoecimento pode levá-los ao resgate e à valorização do seu lado espiritual, bem como contribui para o possível enfrentamento dessas situações, além de se sentirem satisfeitos e amparados por pertencerem a uma comunidade.<sup>13</sup>

---

**A espiritualidade e a conexão com o sagrado é um caminho para um estado de bem-estar e de paz por meio de valores e crenças que podem englobar a religião.**

**Durante um tratamento oncológico quatro aspectos devem ser incluídos no processo: Dor espiritual, necessidade espiritual, suporte espiritual e saúde espiritual.**

---

## **10.6 Referências**

1. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. Rev Bras Enferm. 2011; 64(1): 53-9.
2. Rodrigues-Sobral MM, Carneiro LSF, Pupe CCC, Nascimento OJM, Sampaio CA, Junior RSM. Influence of Islamic religion and spirituality on the well-being and quality of life of cancer patients: a meta-analysis and a hypothetical model of cerebral mechanisms. J Bras Psiquiatr. 2022; 71(2): 141-8.
3. Miranda SL, Lanna MAL, Felipe WC. Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. Psicol Cienc Prof. 2015; 35(3): 870-85.

4. Marques TCS, Pucci SHM. Espiritualidade nos cuidados paliativos de pacientes oncológicos. *Psicol USP*. 2021; 32: e200196.
5. Gobatto CA, Araújo TCCF. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *Psicol USP*. 2013; 24(1): 11-34.
6. Oliveira LAF, Oliveira AL, Ferreira MA. Nurses' training and teaching-learning strategies on the theme of spirituality. *Esc Anna Nery*. 2021; 25(5): e20210062.
7. Costa DT, Silva DMR, Cavalcanti IDL, Gomes ET, Vasconcelos JLA, Carvalho MVG. Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(3): 640-5.
8. Matos TDS, Meneguim S, Ferreira MLDS, Miot HA. Quality of life and religious-spiritual coping in palliative cancer care patients. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017; 25: e2910.
9. Reis CGC, Farias CP, Quintana AM. O Vazio de Sentido: Suporte da Religiosidade para Pacientes com Câncer Avançado. *Psicol Ciênc Prof*. 2017; 37(1): 106-18.
10. Batista NT, Trettene AS, Farinha FT, Nunes CRM, Razera APR. Espiritualidade na concepção do paciente oncológico em tratamento antineoplásico. *Rev Bioét*. 2021; 29(4): 791-7.
11. Benites AC, Neme CMB, Santos MA. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Estud Psicol*. 2017; 34(2): 269-79.
12. Carvalho CC, Chaves ECL, Iunes DH, Simão TP, Silva C, Grasselli CSM, et al. Effectiveness of prayer in reducing anxiety in cancer patients. *Rev Esc Enferm. USP*. 2014; 48(4): 684-90.
13. Souza VM, Frizzo HCF, Paiva MHP, Bouso RS, Santos AS. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(5): 791-6.

# 11

## Vida com a natureza

Francisco Aragão de Sousa Neto  
Rodrigo José de Vasconcelos Valença

### 11.1 Introdução

O uso da natureza como uma forma de terapia para doenças foi proposto há quase duas décadas. Primeiramente, foi chamada de biofilia, palavra que pode ser traduzida como predileção pela vida. Essa modalidade de tratamento coloca que o contato com a natureza e a criação de um vínculo emocional e afetivo com outro ser vivo é importante para o favorecimento de uma boa saúde.<sup>1</sup>

Os impactos da conexão homem-natureza são variados, com alguns autores identificando que as suas origens derivam dos benefícios psicológicos e mentais que a biofilia pode proporcionar. Alguns benefícios são: redução do estresse e da fadiga mental, além da melhora de alguns problemas de saúde, os quais são associados a esses fatores, como a hipertensão.<sup>2,3</sup>

Em outra perspectiva, a falta de contato com a natureza ou a vida natural já foi investigada como negativamente impactante na saúde do ser humano. A área da medicina geográfica já buscou

a relação entre a urbanização e a saúde do homem. Foi encontrado que, quando comparando pessoas que vivem em áreas mais arborizadas e áreas mais urbanizadas, esses últimos pacientes possuem maiores taxas de estresse, fadiga e menor expectativa de vida.<sup>4</sup>

O uso desse tipo de tratamento é bem disseminado, principalmente em países como os Estados Unidos e o Canadá. Ele já é aplicado para a terapia de vários tipos de doenças, como depressão, vício em psicoativos e terapia comportamental. O uso para o tratamento de cânceres é reportado em estudos com efeitos positivos, porém com um baixo número de ensaios clínicos randomizados.<sup>5,6</sup>

No entanto, embora espaços naturais, jardinagem e exposição e a interação com ambientes naturais são reconhecidos como ambientes de promoção da saúde, pouco se entende sobre o uso do contato com a natureza no tratamento e reabilitação de pessoas com problemas de saúde. Alguns estudos qualitativos foram realizados, mas faltam dados quantitativos e controle de estudos.<sup>5</sup>

## **11.2 Definição de tratamento auxiliado pela natureza**

Existe uma grande variedade de tratamentos diferentes que utilizam a natureza como meio de alcançar a promoção de saúde, bem como muitas condições ou doenças para as quais este método foi e é aplicado. O tratamento auxiliado pela natureza (TAN) é definido como uma intervenção com o objetivo de tratar, acelerar a recuperação e/ou reabilitar pacientes com uma doença ou uma condição de saúde precária, com o princípio fundamental de que a terapia envolve plantas, materiais naturais e/ou ambiente externo, sem qualquer envolvimento terapêutico de mamíferos humanos ou outras criaturas vivas.<sup>7,8</sup>

Outro termo que abarca o TAN para denotar intervenções que usam elementos da natureza é "cuidado verde". No entanto,

este termo tem implicações muito amplas, incluindo também a reabilitação social ou promoção da saúde, e contém também terapia assistida por animais.<sup>7</sup>

O TAN pode ser amplamente subdividido em terapêutica social e hortoterapia, com foco da hortoterapia em atividades para benefícios terapêuticos (o termo horticultura dando uma perspectiva mais ampla do que o termo jardinagem, abrangendo a arte e a ciência do cuidado de plantas, propagação e estudo) e terapias de ambientes que enfatizam o fornecimento de um espaço e atividades apropriados para as necessidades dos pacientes. Características comuns destes ramos são os temas subjacentes às teorias da natureza e interação com o meio ambiente como terapêutico.<sup>6,9</sup>

### **11.3 Benefícios da TAN**

Os benefícios desse tipo de tratamento são variados e, muitas vezes, aparecem em mais de um tipo de modalidade terapêutica oferecida. O número de afecções e de agravos que foram estudados variam de demência ao auxílio do tratamento do câncer em si. O Quadro 1 traz algumas das principais condições nas quais se viu benefício com TAN, segundo Annerstedt.<sup>10</sup>

**Quadro 1.** Principais agravos tratados com a TAN, segundo Annerstedt.<sup>10</sup>

<b>Fonte</b>	<b>O que foi avaliado</b>	<b>Conclusão</b>
Jarrott SE et al. (2010)	Avaliação do benefício da hortoterapia na redução dos sintomas de demência em idosos.	Foi constatado o valor de programas baseados em hortoterapia na melhora de respostas afetivas e comportamentais dos participantes.
Kam et al. (2010)	Uso da hortoterapia na redução do estresse em pacientes com distúrbios psiquiátricos.	A hortoterapia eficaz na redução dos níveis de ansiedade, depressão e estresse entre os participantes deste estudo, mas o impacto do programa no comportamento no trabalho e na qualidade de vida precisará ser mais explorado.
Chimprich (2003)	Benefícios da hortoterapia em diversas condições.	Viu-se benefício na redução em dores somáticas em pacientes que foram submetidos a cirurgias cardíacas. Além disso, verificou-se a redução da dor em mulheres em quimioterapia para o câncer de mama.
Berman (1989)	Excursões a natureza e acampamentos na redução do estresse e de hiperatividade em adolescentes.	Verificou-se melhora na hiperatividade e autocontrole dos adolescentes avaliados, bem como melhora em comportamentos agressivos.
Stevens (2004)	Avaliação da TAN em crianças em um centro de tratamento para câncer pediátrico.	Entrevistas posteriores mostraram melhora na autoestima, menor índices de estresse, maior autossatisfação e conforto.

Tse MMY (2010)	Avaliação do benefício da jardinagem na socialização e satisfação pessoal em pacientes idosos institucionalizados em casas de repouso.	Este estudo demonstra os efeitos terapêuticos de um programa de jardinagem. Os resultados fornecem evidências para a inclusão de um programa de jardinagem interna na prática de cuidados domiciliares com idosos.
Kim SY et al. (2003)	Avaliar a influência das atividades de hortoterapia na melhora da reabilitação de indivíduos com AVC.	A horticultura mostrou-se muito eficaz como uma das técnicas alternativas e teve um papel importante na reabilitação dos pacientes com AVC, principalmente nos aspectos neuropsicológicos.
Voruganti et al. (2006)	Avaliação de caminhadas em floresta aberta na melhora dos sintomas em pacientes diagnosticados com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo.	Redução do número de crises e dos sintomas de esquizofrenia. Melhora da sociabilidade e das relações interpessoais.
Harper et al. (2007)	Avaliação do uso da TAN no auxílio do tratamento da dependência de substâncias psicoativas em adolescentes.	Melhora do no relacionamento familiar, comportamento social, saúde mental, no que tange a redução da ansiedade, desempenho escolar e relacionamentos sociais.

Uma parte significativa dos trabalhos foram voltados para o tratamento de distúrbios psiquiátricos e para a redução de sintomas derivados do processo demencial de idosos.<sup>11-13</sup> Como é possível ver no quadro 01, fica evidente que nesses casos, a TAN é eficaz e traz melhoras para os pacientes acometidos por essas condições. Os principais benefícios associados a essa modalidade de terapia foram encontrados no emprego da hortoterapia, indicando melhora do autocontrole dos pacientes, da memória e das relações interpessoais. Ainda, a hortoterapia parece ser impactante na reabilitação de pacientes idosos que adquiriram deficiências associadas a AVC's prévios, promovendo melhora na capacidade funcional desses pacientes.<sup>14</sup> Além disso, em pacientes institucionalizados, ela melhorou a satisfação e diminuiu sintomas negativos.<sup>15</sup>

Outros benefícios foram encontrados quando a TAN foi aplicada para o tratamento de adolescentes dependentes de psicoativos, mostrando evolução no processo de remissão e de reabilitação para a vida social, com melhora nos comportamentos violentos e no desempenho escolar.<sup>16</sup>

Poucos estudos foram diretamente voltados para pacientes diagnosticados com câncer. TAN se mostrou impactante na redução de sintomas em pacientes em tratamento para câncer de mama, com melhora de dores somáticas e reações adversas à quimioterapia. Já em pacientes pediátricos diagnosticados com neoplasias, o contato com a natureza reduziu a hiperatividade, melhorou a autoestima dos pacientes e proporcionou mais conforto durante o tratamento.<sup>17,18</sup>

O uso desse tipo de terapia como auxílio no tratamento do câncer ainda parece ser baixa ante aos seus possíveis impactos na saúde dos pacientes. Isso é revelado pelo baixo número de estudos encontrados, estes, ainda, com número relativamente baixo de pacientes. Outro possível empecilho é a baixa crença na eficácia dessa modalidade terapêutica, uma vez que foge do



padrão comumente aplicado durante os tratamentos convencionais e, provavelmente, a logística mais complicada associada a sua aplicação, já que depende de ambientes arborizados e/ou grandes campos abertos, os quais dificilmente são encontrados nos grandes centros de tratamento de câncer. Portanto, deve-se ampliar o número de pesquisas associadas ao tema, bem como incentivar a sua aplicação aos mais diversos contextos, visto o seu potencial benefício já atestado em vários tipos de condições patológicas.<sup>18</sup>

#### 11.4 Referências

1. Wilson EO. Biophilia: the human bond with other species. Cambridge: Harvard University Press; 1984.
2. Frumkin H. Beyond toxicity: human health and the natural environment. *Am J Prev Med.* 2001; 20(3): 234-40.
3. Ulrich RS. Biophilia, biophobia, and natural landscapes. In: Kellert SR, Wilson EO, editors. *The biophilia hypothesis*. 1. ed. Washington: Island Press; 1993. p. 73-137.
4. Hartig T, Evans GW, Jamner LD, Davis DS, Gärling T. Tracking restoration in natural and urban field settings. *J Environ Psychol* 2003; 23(2): 109-23.
5. Relf PD. The therapeutic values of plants. *Pediatr Rehabil.* 2005; 8(3): 235-7.
6. Point G. Your future starts here: practitioners determine the way ahead. *GrowthPoint.* 1999; 79: 4-5.
7. Haubenhofer DK, Elings M, Hassink J, Hine RE. The development of green care in Western European countries. *EXPLORE. J Sci Healing.* 2010; 6(2): 106-11.

8. Hassink J, van Dijk M. Farming for health: green-care farming across Europe and the United States of America. Dordrecht: Springer Verlag; 2006.
9. Hans TA. A meta-analysis of the effects of adventure programming on locus of control. *J Contemp Psychother.* 2000; 30(1): 33-60.
10. Annerstedt M, Währborg P. Nature-assisted therapy: Systematic review of controlled and observational studies. *Scand J Public Health.* 2011; 39(4): 371-88.
11. Jarrott SE, Gigliotti CM. Comparing responses to horticulturalbased and traditional activities in dementia care programs. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2010; 25: 657-65.
12. Kam MCY, Siu AMH. Evaluation of a horticultural activity programme for persons with psychiatric illness. *Hong Kong J Occup Therapy.* 2010; 20: 80-6.
13. Voruganti LNP, Whatham J, Bard E, Parker G, Babbey C, Ryan J, et al. Going beyond: an adventure-and recreationbased group intervention promotes well-being and weight loss in schizophrenia. *Can J Psychiatry.* 2006; 51(9): 575-80.
14. Kim SY, Son KC, Jung HJ, Yoo JH, Kim BS, Park SW. Effect of horticultural therapy on functional rehabilitation in hemiplegic patients after stroke. *Korean J Hortic Sci Technol.* 2003; 44: 780-5.
15. Tse MM. Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes. *J Clin Nurs.* 2010; 19: 949-58.
16. Harper NJ, Russell KC, Cooley R, Cupples J. Catherine Freer Wilderness Therapy Expeditions: an exploratory case study

of adolescent wilderness therapy, family functioning, and the maintenance of change. *Child Youth Care Forum*. 2007; 36: 111-29.

17. Cimprich B, Ronis DL. An environmental intervention to restore attention in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer Nurs*. 2003; 26(4): 284-92.
18. Stevens B, Kagan S, Yamada J, Epstein I, Beamer M, Bilodeau M, et al. Adventure therapy for adolescents with cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2004; 43(3): 278-84.

# 12

## Saúde social

Anna Beatriz de Quadros Viganó  
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa  
Rodrigo José de Vasconcelos Valença

### 12.1 Trabalho

A construção da identidade do homem adquire sentido por meio da linguagem e dos sistemas simbólicos. Essa construção é tanto simbólica como social e é marcada pela diferença. O corpo é uma das partes que define quem somos, servindo de fundamento para a construção, por exemplo, da sexualidade e da identidade de gênero. Assim sendo, a presença do outro, ou seja, da diferença, é condição primordial para a formação da identidade.<sup>1</sup>

Dentro do grupo dos “sobreviventes”, existem pessoas que se deixam abater pelas dificuldades, enquanto outras, além de não sucumbirem a elas, mostram-se capazes de utilizar os momentos difíceis para seu crescimento. Ser resiliente é exatamente isso, trata-se da capacidade de lidar com as adversidades de forma positiva, não eliminando o problema, mas ressignificando-o.<sup>2</sup>

Com a evolução dos diagnósticos e tratamentos, um número cada vez maior de indivíduos sobrevive à experiência do câncer, o

que suscita o desenvolvimento de novas pesquisas sobre as formas encontradas por estas pessoas para serem resilientes aos impactos causados pela doença.<sup>3</sup>

Juntamente com a evolução de diagnóstico, houve crescimento no desenvolvimento econômico social, sendo que, no início do século XX, houve uma crescente na busca de indicadores de desenvolvimento e riqueza, associando indicadores econômicos e sociais com à noção de qualidade de vida e bem-estar. Em “sobreviventes”, o tipo de cirurgia, se necessária, e a idade ao diagnóstico parecem não influenciar significativamente as medidas psicossociais, porém, quando esses são comparados com seus irmãos, apresentam déficits no que se refere à educação, empregabilidade e facilidade para adquirir seguro de saúde, sendo que um alto nível educacional representa um bom preditor para maior empregabilidade futura.<sup>4</sup>

Ademais, mulheres submetidas ao tratamento de câncer de colo uterino, devido aos efeitos colaterais são acometidas por complicações físicas, emocionais e pós-cirúrgicas. Estes fatores geram muitas vezes afastamento do trabalho, mudança de função e até aposentadoria por incapacidade de exercer as atividades laborativas.<sup>5</sup>

Os principais acometimentos físicos decorrentes do tratamento do câncer de colo de útero incluem deficiências miccionais, intestinais, assim como neuropatias periféricas, dores lombares e linfedema. A análise da atividade laborativa da mulher antes do tratamento oncológico e seu retorno ao fim do processo terapêutico, refere-se aos domínios de atividades e participação, além da identificação das estruturas e função do corpo que são acometidas com tratamento.<sup>6,7</sup>

Contudo, além do trabalho afetar na questão financeira e econômica, tanto do “sobrevivente do câncer” quanto da sua família, é importante tratar da questão social atrelada ao trabalho, uma vez que é um meio importante de comunicação interpessoal.

O sentido do trabalho é compreendido como um componente da realidade social construída e reproduzida, que interage com diferentes variáveis pessoais e sociais e influencia as ações das pessoas e a natureza da sociedade em um dado momento. Pesquisa já realizada mostrou que as pessoas, em sua maioria, mesmo que tivessem condições para viver o resto da vida confortavelmente, continuariam a trabalhar, pois o trabalho, além de ser uma fonte de sustento, é um meio de se relacionar com os outros, de se sentir como parte integrante de um grupo ou da sociedade, de ter uma ocupação e de ter um objetivo a ser atingido na vida.<sup>8</sup>

Perante o exposto, é possível ressaltar a importância do trabalho laboral para os “sobreviventes do câncer”, apesar das dificuldades, seria um fator relevante para a reabilitação social do paciente. Porém, nem sempre eles conseguem retomar suas atividades como antes, o que pode afetar em fatores primordiais para a continuação da vida.

## 12.2 Lazer

O lazer é caracterizado como tempo que sobra do horário de trabalho e/ou do cumprimento de obrigações, aproveitável para o exercício de atividades prazerosas. O lazer é uma escolha livre por parte de cada um, é o tempo que cada um tem para si e acontece quando uma pessoa realiza uma atividade de livre vontade, para repousar ou apenas por diversão, sem quaisquer tipos de obrigação. Sendo indispensável no que se diz respeito ao desenvolvimento do indivíduo, a uma construção coerente do mesmo.<sup>9</sup>

Foi observado em estudo que a atividade física, quando praticada frequentemente, pode reduzir a concentração de estradiol, o qual é considerado um dos desencadeadores na formação do câncer de mama em mulheres expostas a níveis mais elevados, por exemplo.<sup>10</sup> Além disso, a prática de atividades para o lazer pode causar modificações benéficas à composição corporal dos “sobreviventes do câncer”, uma vez que o metabolismo sofre

inúmeras modificações devido ao estresse criado pela própria patologia.<sup>11,12</sup>

Ademais, o baixo índice de atividade física atrelado ao tratamento com alguns medicamentos, como inibidores de aromatase que colaboram para o aumento da adipose corporal, os hábitos alimentares também são um dos fatores que podem contribuir para o excesso de peso.<sup>13,14</sup> Somando estes precedentes, denota-se a grande importância do lazer, não só para aumento do bem-estar pessoal, mas também para ajudar a melhorar a saúde.

O processo estressante, desde a suspeita diagnóstica de câncer até a reabilitação e reajuste psíquico do paciente, requer que o sujeito construa, ou busque, entre aqueles que já possuem, mecanismos para enfrentar esta situação.<sup>15</sup> O processo de enfrentar uma doença ameaçadora à vida e cerceada por tanto estigma como a doença oncológica, busca-se, então, produzir comportamentos que aumentem o bem-estar psicológico e reduzam o possível desequilíbrio causado pelo impacto da doença, de modo que o paciente possa suportá-la e possa lidar consigo mesmo de maneira mais positiva, ajudando na autoestima e no tratamento.

A busca de atividade a fim de manter os pacientes ativos aparentemente diminui a sensação de estar doente, à medida que buscam formas e alternativas de interação social, as atividades em grupo fortalecem a autoestima e autocuidado em busca de uma vida saudável e ativa.<sup>16</sup>

Portanto, analisando toda a mudança de vida que ocorre desde a suspeita, passando pelo diagnóstico, todos os tratamentos desgastantes, chegando na tão sonhada cura, mas que exige monitoramento dos “sobreviventes” periodicamente na maioria dos casos, acabam tendo a autoestima e a vida social reduzida, devido à indisposição causada pelo tratamento e por outros fatores pessoais. Por isso é tão importante o incentivo de retomar o ato de lazer, de fazer atividades prazerosas, uma vez que irá aumentar o contato interpessoal e melhorar a condição física quando práticas

esportivas forem sendo retomadas, o que ajuda na reabilitação do organismo.

Sendo assim, o lazer é um dos grandes pilares da melhora na qualidade de vida dos “sobreviventes do câncer”, um grande fator a ser empregado nos hábitos de autocuidado.

---

## **O equilíbrio entre trabalho, lazer e descanso é imprescindível para promoção da saúde física, emocional e espiritual.**

---

### **12.3 Referências**

1. Woodward K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: Hall S, Silva TT, Woodward H, editores. Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. 11. ed. Petrópolis: Vozes; 2012. p. 7-72.
2. Yunes MAM. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicol Estud.* 2003; 8(spe): 75-84.
3. Pinto BK, Muniz RM, Schwartz E, Budó Mde L, Lange RM. Identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(6): 942-8.
4. Naves J. Avaliação de qualidade de vida e bem-estar subjetivo em Oncologia: um estudo com sobreviventes de câncer ósseo. Brasília. Dissertação [Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde] – Universidade de Brasília; 2013.
5. Frigato S, Hoga LAK. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. *Rev Bras Cancerol.* 2003; 49(4): 209-14.



6. Bjelic-Radusic V, Jensen PT, Vlastic KK, Waldenstrom AC, Singer S, Chie W, et al. Quality of life characteristics inpatients with cervical cancer. *Eur J Cancer*. 2012; 48(16): 3009-18.
7. Vistad I, Cvancarova M, Kristensen GB, Fosså SD. A study of chronic pelvic pain after radiotherapy in survivors of locally advanced cervical cancer. *J Cancer Surviv*. 2011; 5(2): 208-16.
8. Tolfo SR, Piccinini V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Psicol Soc*. 2007; 19(spe): 38-46.
9. Davim RMB, Dantas SMM, Lima VM, Lima JFV. O lazer diário como fator de qualidade de vida: o que pensa um grupo da terceira idade. *Cienc Cuid Saúde*. Maringá. 2003; 2(1): 19-24.
10. Wenzel JA, Griffith KA, Shang J, Thompson CB, Hedlin H, Stewart KJ, et al. Impact of a home-based walking intervention on outcomes of sleep quality, emotional distress, and fatigue in patients undergoing treatment for solid tumors. *Oncologist*. 2013; 18(4): 476-84.
11. Castro Filha JGL, Miranda AKP, Martins Júnior FF, Costa HA, Figueiredo KRFV, Oliveira Junior MNS, et al. Influências do exercício físico na qualidade de vida em dois grupos de pacientes com câncer de mama. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2016; 38(2): 107-14.
12. International Agency for Research on Cancer. Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2018.
13. Palmieri BN, Moulatlet EM, Buschinelli LKO, Pinto-e-Silva MEM. Aceitação de preparações e sua associação com os

- sintomas decorrentes do tratamento de câncer em pacientes de uma clínica especializada. *Cad Saúde Colet.* 2013; 21(1): 2-9.
14. World Cancer Research Fund/American Institute For Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and breast cancer. London: World Cancer Research Fund/American Institute For Cancer Research; 2018.
  15. Costa P, Leite RCBO. Estratégias de Enfrentamento Utilizadas pelos Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias Mutiladoras. *Rev Bras Cancerol.* 2009; 55(4): 355-64.
  16. Rodrigues FSS; Polidori MM. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. *Rev Bras Cancerol.* 2012; 58(4): 619-27.

# 13

## Sexualidade após o câncer

Erlan Clayton Xavier Cavalcante  
Maria Clara Amorim  
Elmarene Silva Athayde

### 13.1 Introdução

Quando um paciente recebe o diagnóstico de câncer, ele é permeado por emoções, por medos, inseguranças e, com certeza, uma das últimas coisas que passam pela sua mente é a sexualidade, tendo em vista que, muitas vezes, as angústias provocadas pelo diagnóstico, relacionadas a possível evolução da doença e ao receio dos efeitos colaterais dos possíveis tratamentos ocupam os pensamentos durante praticamente todo o dia e tiram a disposição e a concentração para outras atividades. Neste sentido, é muito bem estabelecido atualmente que o ciclo de resposta sexual do ser humano é um fenômeno extremamente complexo que envolve três grandes pilares: Biológico, Psicológico e Social (abordagem Biopsicossocial); de modo que fatores que afetam qualquer um desses pontos podem interferir na sexualidade do indivíduo, não necessariamente caracterizando uma disfunção propriamente dita, mas frequentemente causando dificuldades para a plena expressão sexual da pessoa.<sup>1,2</sup>

Quando se fala no aspecto biológico, tem-se um dos principais determinantes para a manifestação da sexualidade do indivíduo, haja vista que algumas formas de tratamento de tumores podem interferir diretamente na neuromodulação da função sexual, por exemplo no caso do câncer de próstata, no qual a utilização de terapia hormonal comumente provoca perda da libido. Ademais, associa-se muito o determinante psicológico à percepção da própria imagem corporal, ou seja, geralmente é afetada em situações relacionadas às consequências dos tratamentos empregados, como no caso do uso de sondas, de drenos e de curativos, ou quando há queda de cabelo, surgimento de feridas, enjoos e diarreia; de modo que todos esses efeitos colaterais podem prejudicar a expressão da sexualidade, por meio da baixa autoestima e do medo de rejeição. Por fim, o fator social surge como consequência da reorganização das relações interpessoais que marcam o período do enfrentamento do câncer, tendo em vista que há uma tendência natural de a parceira, convivendo com as dificuldades do indivíduo em tratamento oncológico, evitar tocar no assunto para que isso não pareça uma “cobrança”, especialmente em um momento em que o outro não está bem, contudo, é fato que esse silenciamento, associado à baixa autoestima que muitas vezes já existe, afasta a possibilidade de diálogo sobre sexualidade, resultando na perda de intimidade e frustração das expectativas como casal, diminuindo ainda mais o desejo.<sup>3-5</sup>

Desta forma, sabe-se que, cada vez mais, com o avançar da medicina, novas abordagens aos cânceres são desenvolvidas e, portanto, é muito mais factível a cura de diversas dessas entidades, ou, ao menos, o controle e o prolongamento da expectativa de vida após o diagnóstico para a maioria dos pacientes, quando a cura não é possível. Porém, infelizmente, muitas dessas pessoas ainda convivem com as sequelas e limitações impostas pela doença e o tratamento, de modo que, a título de exemplificação, cerca de metade das pacientes não recupera sua sexualidade mesmo após o desaparecimento do câncer.<sup>6</sup> Por conseguinte, faz-se necessário

que haja uma melhor abordagem deste que é um dos pilares da essência do ser humano, mas que ainda é tratado como tabu pela sociedade, tanto em relação às mulheres, como em relação aos homens, e é de suma importância quando se observa a relação com o câncer, inclusive tendo em vista que a literatura mostra que a sexualidade não costuma ser discutida pelos profissionais de saúde com pacientes e seus parceiros.<sup>7</sup> Os profissionais, em especial aqueles que lidam diariamente com o paciente oncológico, devem sempre buscar conhecimentos sobre as queixas provocadas pelo processo de cura da doença e as estratégias que podem ser usadas para contornar este obstáculo, a fim de promover uma assistência integral ao indivíduo e, cada vez mais, evidenciar esse determinante que influencia demais na qualidade de vida.

### **13.2 Principais queixas relacionadas à sexualidade**

É sabido que, se por um lado o “sobrevivente do câncer” consegue por vezes vencer uma condição muito difícil, ou pelo menos controlá-la, favorecendo o seu prognóstico; por outro ele sai com algumas sequelas relacionadas aos tratamentos que comprometem a sua qualidade de vida, já que, quando se trata do assunto câncer e sexualidade, não falamos apenas daqueles que acometem os órgãos genitais propriamente ditos, mas sim de todos os cânceres que necessitam de tratamentos mais agressivos que podem causar uma série de reações e modificações corporais. Em relação à sexualidade nos homens, podemos observar que, a partir do momento em que existem diversas estratégias de tratamentos para diferentes tipos de cânceres, há diferentes consequências para a sua resposta sexual após esses procedimentos. Por exemplo, no caso do câncer de próstata (CP), pode-se utilizar como modalidades terapêuticas a remoção cirúrgica da glândula prostática, a radioterapia, a braquiterapia e a terapêutica hormonal.<sup>8</sup> No entanto, apesar da inegável contribuição para o prolongamento da sobrevida global, existem complicações associadas, como é

caso da disfunção erétil, da perda da libido, da redução da potência sexual e do aparecimento de características femininas (diminuição dos pelos corporais, distribuição da gordura e ginecomastia), que são problemas comumente enfrentados pelos homens que sobrevivem a essa doença e, inevitavelmente, diminuem a sua qualidade de vida.<sup>9</sup>

Além do mais, quando se fala no tocante à sexualidade nas mulheres, as queixas também são variadas, dependem do tipo de câncer e do tipo de terapia empregada, porém são muito frequentes. No caso do câncer de mama, a literatura relata que, no caso das mulheres submetidas à cirurgia de mastectomia, por exemplo, os relatos são principalmente sobre não se sentirem sexualmente atraentes, a ponto de chegarem a evitar manter contatos sexuais com o parceiro, de modo que as reclamações mais frequentes são o medo de não ser mais atraente sexualmente de forma permanente e a sensação de diminuição da feminilidade.<sup>10</sup> No caso do câncer de colo do útero, por outro lado, a prevalência dos tipos de queixas já muda, de forma que observou-se que aquelas mulheres que foram submetidas à radioterapia apresentaram mais sintomas sexuais quando comparadas àquelas tratadas com cirurgia e quimioterapia, ou seja, no primeiro grupo as principais consequências foram vaginais, causadas pela radiação, com o surgimento de fibrose, diminuição da elasticidade e da profundidade, estenose e atrofia da mucosa; impactos esses que podem facilmente promover disfunções sexuais, por causar frigidez, falta de lubrificação, de excitação, de orgasmo, de libido e dispareunia.<sup>11</sup>

### **13.3 Como abordar a sexualidade após o câncer**

Percebe-se que esse tema é bastante relevante na vida dos pacientes oncológicos, tanto pelas repercussões no cotidiano, quanto por conta da alta prevalência nessa população. Dessa forma, é imprescindível que os profissionais de saúde saibam manejar e prestar um cuidado de qualidade. Porém, inevitavelmente, essa

atitude começa, antes de qualquer tipo de terapia, com a discussão do assunto junto aos profissionais e à equipe multidisciplinar que assistem ao paciente e sua família, uma vez que se ninguém falar do problema, levar ele à tona, nenhuma solução poderá ser apresentada. Existe um método, proposto pelo terapeuta e educador sexual Jack Annon, de aconselhamento sexual, chamado “Modelo PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestion, Intensive Therapy)”, que estabeleceu um esquema de abordagem desses pacientes baseado em um ambiente de escuta, diálogo e promoção de informações simples, que, na grande maioria das vezes, já seriam suficientes para resolver os problemas dos pacientes e, caso necessário, seria feito o encaminhamento para uma terapia mais específica, de acordo com a necessidade do (a) paciente.<sup>12</sup>

As evidências mostram que esse é um método que pode ser escolhido por qualquer profissional de saúde, sem que seja necessariamente um especialista em sexologia, por exemplo, para o cuidado da sexualidade e saúde sexual de pacientes com reclamações de problemas nesse aspecto, principalmente quando se leva em conta a lacuna que existe na oferta de uma abordagem mais completa das queixas sexuais dos pacientes oncológicos.<sup>13</sup>

Como dito anteriormente, existem quatro níveis de interação, de modo que os três primeiros – Na tradução para o português: Permissão, Informação Limitada e Sugestão Específica – funcionam como uma espécie de sessão de terapia, na qual se pode trabalhar com a maior parte dos problemas apresentados pelos pacientes, e, normalmente, consegue-se resolvê-los, de modo que apenas quando houver uma queixa não acessível deverá ser encaminhada para a etapa de terapia intensiva. No primeiro nível, preconiza-se que seja estabelecido um ambiente no qual o (a) paciente sinta liberdade para falar sobre situações que possam estar angustiando, incomodando, ou seja, é um processo de estabelecimento de confiança e de escuta pelo profissional para que, dessa forma, ele possa direcionar a como lidar com a

situação e possa ajudar o (a) paciente a perceber, muitas vezes, que aquele problema não é sua culpa, mostrar que não deveria se sentir culpado. No segundo nível, deverão ser promovidas informações sobre um fato especificamente direcionado e que tenha impacto nas questões particulares que estavam causando desconforto. Caso as informações limitadas não sejam suficientes para resolver as questões sexuais, os profissionais têm duas opções disponíveis: podem referir ao tratamento de terapia intensiva diretamente ou, se eles dispõem de um contexto apropriado, conhecimento, habilidade e experiência, podem proceder para o terceiro nível de tratamento, cuja ideia é fornecer informações mais aprofundadas sobre aquela queixa, por vezes lançando mão de mecanismos práticos, como o uso de manequins de pélvis, vaginas e pênis.<sup>12</sup>

Um exemplo prático muito comum e que pode facilmente ser resolvido com a oferta de informações adequadas é a questão do imaginário de que câncer, de alguma forma, impede a prática de relações sexuais, o que não é verdade. Deve-se destacar fortemente que o tratamento oncológico não tira as possibilidades quanto ao exercício do ato sexual, na verdade, de acordo com a orientação médica específica, há uma importância muito grande em estimular a relação sempre que houver o desejo de ambas as partes. Muitos parceiros costumam anular a atividade sexual por medo de gerar dor ou sofrimento e, por vezes, passam a se enxergarem apenas como meros cuidadores, deixando de lado aquela relação de intimidade de marido/esposa, associado ainda ao medo do(a) próprio(a) paciente e ao receio de não conseguirem corresponder, no caso dos homens, ou de ocorrência de sangramentos, como no caso das mulheres.<sup>14</sup> Nesses casos, um simples diálogo permanente do casal com um profissional de saúde disposto a explicar que este receio não tem nenhuma verdade, seria, muitas vezes, suficiente para melhorar a relação do casal, inclusive mostrando que sexo não se limita a movimentos e ações específicas, ou apenas ao ato penetrativo, mas ao toque, a um ambiente com atmosfera romântica e agradável de cortejo, a autoestimulação (com o reconhecimento



do próprio corpo) e atos que possam gerar prazer a depender das recomendações médicas e da equipe para cada tipo de doença e/ou tratamento, ou seja, é estar aberto à reinvenção e à descoberta, que podem ter repercussões extremamente positivas.

Importante acrescentar, ainda que, além dessa forma de acompanhamento centrado no indivíduo, existem, claro, outras formas de abordagem das queixas sexuais em geral.

No caso dos homens, estatisticamente, quando há a necessidade de cirurgia pélvica radical, como no caso do câncer do reto ou da próstata, é frequentemente observada como um efeito colateral a disfunção sexual (a literatura aponta que de 20-40% dos pacientes podem não reiniciar a vida sexual e de 23-69% dos homens podem desenvolver alguma forma de disfunção sexual), de modo que esse termo compreende várias condições, como disfunção erétil (DE), curvatura peniana, encurtamento peniano, disorgasmia, distúrbios ejaculatórios e climactúria.<sup>15,16</sup> Dessa forma, a ciência vem, ao longo dos últimos anos, procurando formas de intervenções terapêuticas que possam justamente melhorar a função sexual nesses casos, de forma que a reabilitação peniana é, hoje, um dos maiores aliados no tratamento desses pacientes que evoluem com complicações após as cirurgias oncológicas, reduzindo o tempo para recuperar a ereção espontânea e prevenindo a hipóxia peniana e a consequente fibrose cavernosa.<sup>17</sup>

Em relação às mulheres, uma abordagem holística é fundamental, pelos motivos já elencados anteriormente. Contudo, vale ressaltar que alguns sintomas podem ser tratados de forma geral com uso de estratégias simples, por exemplo: sabe-se que a dispareunia é um sintoma bastante comum para mulheres em tratamento para vários tipos de câncer, portanto, a depender da condição clínica, o uso de terapia hormonal tópica em forma de cremes surge como ótima opção para esses casos, com a menor dose terapêutica possível e pelo menor tempo possível. Ademais, uma excelente opção para os sintomas de dor relacionada à

atrofia e ressecamento vaginal é o laser vaginal, que baseia-se na estimulação do colágeno. Outrossim, a utilização de gel lubrificante é frequentemente recomendada e ajuda bastante nas sensações de desconforto durante o ato sexual, principalmente o penetrativo. A fisioterapia do assoalho pélvico também vem ganhando cada vez mais embasamento no apoio às mulheres, não somente naquelas “sobreviventes do câncer”, mas em várias outras condições também, já que trabalha essa musculatura de forma mais ampla, o que impactará positivamente na readequação anatômica do assoalho e do canal vaginal. Por fim, o uso dessas estratégias em conjunto, não apenas de forma isolada, e com o auxílio da psicoterapia, que pode trabalhar os aspectos psíquicos envolvidos na disfunção sexual e orientar técnicas e exercícios que envolvem toque, masturbação e autoconhecimento corporal, baseados nas particularidades do contexto biopsicossocial de cada paciente, podem promover benefícios enormes para essas pessoas, driblando a grande maioria dos problemas associados às consequências do câncer.<sup>18</sup>

### 13.4 Referências

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis LR, Low WY, Meuleman EJ, Sadovsky R, et al. Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2010; 7(1 Pt 2): 337-48.
3. Mendonça CR, Silva TM, Arrudai JT, Zapata MTAG, Amaral WN. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Femina.* 2012; 40 (4): 195-202.

4. Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther.* 2001; 27(1): 33-43.
5. Berman JR. Physiology of female sexual function and dysfunction. *Int J Impot Res.* 2005; 17(Suppl 1): S44-51.
6. Correia RA, Bomfim CV, Feitosa KMA, Furtado BMASM, Ferreira DKS, Santos SL. Sexual dysfunction after cervical cancer treatment. *Rev Esc Enferm USP.* 2020; 54: e03636.
7. Giami A, Moulin P, Moreau E. La place de la sexualité dans le travail infirmier: l'érotisation de la relation de soins. *Sociol Trav.* 2013; 55(1): 20-38.
8. Mottet N, Bellmunt J, Briers E, Van den Bergh RCN, Bolla M, Van Casteren NJ, et al. Guidelines on prostate cancer. Arnhem: European Association of Urology; 2015.
9. Appleton L, Wyatt D, Perkins E, Parker C, Crane L, Jones A, et al. The impact of prostate cancer on men's everyday life. *Eur J Cancer Care.* 2015; 24(1): 71-84.
10. Cesnik VM, Santos MA. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. *Psicol Reflex Crít.* 2012; 25(2): 339-49.
11. Corrêa CSL, Leite ICG, Andrade APS, Ferreira ASS, Carvalho SM, Guerra MR. Sexual function of women surviving cervical cancer. *Arch Gynecol Obstet.* 2016; 293(5): 1053-63.
12. Annon JS. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *J Sex Educ Ther.* 1976; 2(1): 1-15.
13. Costa LHR, Coelho EAC. Sexualidade e a interseção com o cuidado na prática profissional de enfermeiras. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(4): 493-500.

14. Buzaid AC, Maluf F, Gagliato D. Vencer o Câncer de Mama. São Paulo: Dendrix; 2020.
15. Costa P, Cardoso JM, Louro H, Dias J, Costa L, Rodrigues R, et al. Impact on sexual function of surgical treatment in rectal cancer. *Int Braz J Urol.* 2018; 44(1): 141-9.
16. McCullough AR. Sexual dysfunction after radical prostatectomy. *Rev Urol.* 2005;7 Suppl 2(Suppl 2): S3-10.
17. Ramos N, Ramos R, Silva E. Anterior resection of the rectum vs radical prostatectomy. Are there any differences in sexual rehabilitation? *Rev Col Bras Cir.* 2020; 47: e20202469.
18. Lara LA, Lopes GP, Scalco SC, Vale FB, Rufino AC, Troncon JK, et al. Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018.

# **PARTE TRÊS**

## **Gestão de vida após o tratamento**

# 14

## Visitas médicas e exames de acompanhamento

Brunna Paloma Pessoa Lima  
Sabas Carlos Vieira

As visitas médicas são uma atividade essencial para o “sobrevivente do câncer”, visto que consiste em uma avaliação completa do estado de saúde para acompanhar, prevenir e diagnosticar possíveis recidivas, precocemente, da doença. As visitas consistem em uma avaliação médica aliada a alguns exames laboratoriais, clínicos, solicitados conforme a necessidade observada pelo profissional. O foco da consulta e exames leva, em consideração, alguns aspectos do paciente (tipo de câncer, idade e fatores genéticos). A frequência das consultas de maneira personalizada para cada paciente.<sup>1</sup>

### 14.1 Acompanhamento

As diretrizes existentes para o acompanhamento do paciente oncológico são consensuais. Os oncologistas, não tem uma posição clara sobre como os cuidados de acompanhamentos clínicos devem ser. Evidências anedóticas sugerem uma diferença

na prática clínica entre as diferentes redes de câncer e é baseada nas preferências de médicos individuais, mesmo dentro da mesma especialidade tumoral.<sup>2</sup>

## **14.2 Visitas médicas**

Após ser detectado que não há mais câncer em seu organismo, o paciente passará a seguir uma nova rotina para acompanhamento, a qual muda com o passar dos anos. Para cada tipo de tumor existe um protocolo de acompanhamento bem específico. Mas, no geral, de dois a três anos após o fim do tratamento, o paciente deve consultar com um oncologista a cada três meses. Decorrido este período as consultas deixam de serem trimestrais e passam a ser semestrais até que complete cinco anos. Atualmente, tem-se dado muita relevância para que o paciente seja acompanhado por mais tempo, com isso pacientes com 10 a 15 anos de cura da doença, é recomendado consultar o oncologista pelo menos uma vez ao ano.<sup>3</sup>

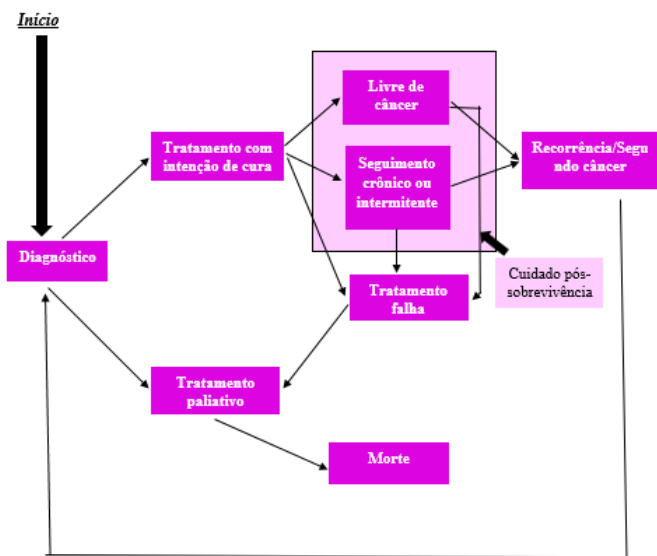
## **14.3 Vias clínicas**

A adoção de vias clínicas para o acompanhamento do paciente oncológico, é um mecanismo para agilizar o atendimento, reduzir custos e melhorar a qualidade do atendimento. De maneira ideal, os caminhos guiam paciente e profissional desde o diagnóstico, tratamento primário e contínuo, pós-tratamento e cuidados de fim de vida. Abordando todo o espectro do tratamento oncológico, incluindo exames de imagem, exames laboratoriais, sobrevivência e cuidados no final da vida.<sup>4</sup>

## **14.4 Trajetória de cuidados como paciente oncológico**

O paciente oncológico enfrenta uma trajetória significativa, desde o diagnóstico até sua recuperação e pós-tratamento.<sup>5</sup> Essa trajetória pode ser melhor visualizada na Figura 1:

## TRAJETÓRIA DE CUIDADOS DO PACIENTE ONCOLÓGICO



**Figura 1.** Trajetória do tratamento do câncer com ênfase na fase de cuidados de sobrevivência pós-tratamento.<sup>5</sup>

Portanto, o paciente oncológico necessita de uma linha de cuidados individualizado conforme sua necessidade. Essa conduta começa na prevenção e diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento pós-tratamento, com o intuito de garantir uma boa qualidade de vida ao “sobrevivente do câncer”.

### 14.5 Referências

1. PROXIS. Acompanhamento médico: entenda a importância para saúde. São Paulo: PROXIS; 2018.
2. Instituto de Câncer. Quais cuidados o paciente que venceu o câncer precisa ter?. Brasília: Instituto de Câncer; 2019.



3. Greenfield DM, Absolom K, Eiser C, Walters SJ, Michel G, Hancock BW, et al. Follow-up care for cancer survivors: the views of clinicians. *Br J Cancer*. 2009; 101(4): 568-74.
4. Jacobs LA, Shulman LN. Follow-up care of cancer survivors: challenges and solutions. *Lancet Oncol*. 2017; 18(1): e19-29.
5. Ganz PA, Casillas J, Hahn EE. Ensuring quality care for cancer survivors: implementing the survivorship care plan. *Semin Oncol Nurs*. 2008; 24(3): 208-17.

# 15

## Efeitos e complicações tardias dos tratamentos

Rafael dos Santos Nunes  
Rodrigo José de Vasconcelos Valença

### 15.1 Introdução

Sabe-se hoje que a oncogênese, ou seja, todo o processo que leva ao desenvolvimento do câncer, é cercada de múltiplos fatores. Estes podem ser associados às causas externas como hábitos de vida (alimentação, prática de exercício físico, saúde mental, exposição a substâncias perigosas como o álcool e o tabaco, dentre outras) e causas internas (hormônios, mutações hereditárias ou ao acaso e condições imunológicas). Nesse sentido, é difundido e conhecido pelo meio científico que os principais fatores para o surgimento das neoplasias são as causas externas, ligadas ao ambiente e ao estilo de vida, sendo responsáveis por cerca de 80% das causas de surgimento da doença.<sup>1,2</sup>

Em virtude dessa origem multifatorial associada à doença, o tratamento também precisou tornar-se variado. Dessa maneira, é possível citar três principais formas de se combater a doença câncer, sendo elas a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia,

técnicas que podem ser combinadas na busca por melhores resultados.

A cirurgia é a modalidade mais antiga de combate ao câncer. Seu principal objetivo é a retirada de todo ou da maior parte possível do tumor.<sup>3</sup> Na quimioterapia são utilizados medicamentos que depois de administrados chegam até o sangue do paciente e por meio dele são levados para todo o corpo, combatendo a doença localizada ou já espalhada.<sup>4</sup> Já a radioterapia utiliza raios ionizantes, como o raios-x, para destruir células tumorais.<sup>5</sup> Todas as modalidades de tratamento produzem modificações no corpo do paciente, algumas delas são tratadas e rapidamente resolvidas, como os enjoos, outras podem aparecer meses após o tratamento, como distúrbios de sono e até danos ao coração. Neste contexto, com foco no tripé cirurgia, quimioterapia e radioterapia, abordaremos os efeitos e complicações tardias que podem se desenvolver durante o tratamento.

## 15.2 Cirurgia

O tratamento cirúrgico surgiu como a primeira modalidade de cuidado para o câncer, ainda durante um período onde não existia a anestesia e as técnicas cirúrgicas causavam grandes mutilações, infecções e mortes. Com as melhorias no conhecimento sobre a biologia tumoral e maior nível tecnológico, a cirurgia passou a ter um caráter menos invasivo, debilitante e mutilante. Apesar disso, o estigma relacionado à cirurgia por vezes é o primeiro obstáculo a ser superado.<sup>6</sup>

Após o procedimento cirúrgico, o corpo passa por mudanças, alguns efeitos podem ser observados imediatamente, como mudanças estéticas após a mastectomia (retirada de toda a mama), ou ainda aparecerem meses após a cirurgia. Dessa maneira, destacam-se algumas complicações mais tardias, encontradas nos seguintes tipos de câncer:

### 15.2.1 Câncer de vias urinárias, cabeça e pescoço

A literatura aponta que pacientes submetidos a cirurgias para cânceres de tireoide, laringe, assoalho de língua, próstata, bexiga e rim, podem apresentar limitações na qualidade do sono associadas a fatores como fadiga, insônia, dispneia e dor. Tais problemas podem se fazer presentes em períodos de até seis meses após a cirurgia, e piorar a qualidade de vida desses pacientes.<sup>7</sup> Embora pouco abordado por profissionais de saúde, os distúrbios no padrão de sono em pacientes oncológicos se mostram importantes. Dessa forma, o Quadro 1 aponta ferramentas para melhorar a qualidade do sono.

**Quadro 1.** Recomendações para uma higiene de sono adequada.<sup>7</sup>

Antes de deitar-se
<ul style="list-style-type: none"><li>• Evitar cochilos durante o dia e após as 15 horas;</li><li>• Evitar ingestão de bebidas alcoólicas ou estimulantes como chocolate, café e refrigerantes 6 horas antes de deitar;</li><li>• Evitar estimulantes como nicotina;</li><li>• Evitar lanches e alimentos pesados;</li><li>• Reduzir nível de ruído e de luz;</li><li>• Praticar exercícios físicos regulares até 6 horas antes de deitar.</li></ul>
Após deitar-se
<ul style="list-style-type: none"><li>• Manter um horário regular para dormir e acordar (inclusive aos finais de semana);</li><li>• Evitar ficar deitado caso não adormeça em 20 minutos. Nesse caso, o ideal é levantar e buscar alguma atividade não estimulante (exemplo, ler um livro físico) até sentir sono novamente.</li></ul>

### 15.2.2 Câncer de mama

O câncer de mama (CM) é a neoplasia mais comum entre as mulheres e o seu tratamento depende de vários fatores tais como a localização e tamanho do tumor, idade e condição clínica da

paciente e tipo de CM. No que se refere ao tratamento cirúrgico, pode-se dividir em conservador, o qual não se retira toda a mama, ou não conservador (mastectomia), com a retirada de toda a mama. À vista disso, dependendo do quão agressiva é a cirurgia, com o decorrer de meses e anos podem surgir comprometimentos na funcionalidade do membro superior homolateral, dor, inchaço (linfedema) por dificuldade na drenagem linfática, formigamentos ou dormência (parestésias) e diminuição na força muscular.<sup>8,9</sup>

### **15.2.3 Câncer de intestino**

O câncer colorretal (CCR) é o segundo câncer mais comum em mulheres e o terceiro em homens. Durante o tratamento cirúrgico dessa patologia muitas vezes se faz necessária a utilização de ostomias intestinais, uma abertura que é realizada no abdômen para mudar o trajeto das fezes e urina de forma temporária ou permanente. Pacientes que utilizam ostomias sofrem mudanças bruscas na sua rotina e por vezes podem acabar desenvolvendo ansiedade e depressão, em virtude de uma visão prejudicada de sua autoimagem e perda da autoestima. Além disso, com relação ao uso de bolsas de colostomias (que coletam fezes), os sobreviventes do CCR podem desenvolver dermatites, hérnias e abscessos na região próxima a ostomia, sendo estes os principais efeitos e complicações tardias relacionados ao seu tratamento cirúrgico.<sup>10-12</sup>

### **15.3 Quimioterapia**

A quimioterapia é baseada no uso de medicações que conseguem alcançar quase todas as partes do corpo por meio da corrente sanguínea e, dessa forma, combater o câncer.<sup>4,13</sup> Entretanto, durante o tratamento não só as células cancerígenas são afetadas, mas também células saudáveis. Em virtude disso, alguns efeitos colaterais podem ser observados durante o tratamento como a queda temporária de cabelos cerca de 21 dias após a primeira

sessão, além de enjoo e vômitos, prisão de ventre ou diarreias, feridas na boca e até anemias.<sup>13</sup>

Os quimioterápicos também já foram associados a danos no músculo do coração, podendo causar desde edema à insuficiência cardíaca tardia, como já foi observado em fármacos como as antraciclina, as quais possuem alto potencial de dano cardíaco. Portanto, é importante observar mudanças e efeitos adversos cardíacos a fim de que o manejo clínico seja rápido.<sup>14</sup>

Lesões orais e outras manifestações na cavidade oral também estão associadas ao uso de quimioterápicos. Segundo os trabalhos de Costa et al.<sup>15</sup> e Teixeira et al.,<sup>16</sup> o uso de antineoplásicos pode levar a xerostomia (boca seca), mucosites (inflamações da parte interna da boca e garganta), infecções bacterianas, fúngicas e virais, durante e até após o tratamento. Dessa maneira, é válido lembrar do papel multiprofissional no cuidado do sobrevivente do câncer, tendo o cirurgião-dentista papel fundamental.<sup>15,16</sup>

Ainda é válido citar a ocorrência de prejuízos cognitivos atrelados ao uso de antineoplásicos. Seja durante ou após o tratamento, a neurotoxicidade da quimioterapia pode levar a uma memória prejudicada e até processos inflamatórios.<sup>17</sup>

## 15.4 Radioterapia

A radioterapia surgiu como mais uma estratégia de tratamento do câncer a nível celular, visto que a radiação ionizante tem o papel de induzir as células à morte. Os avanços nessa área são tão promissores que com a utilização da técnica já é possível alcançar aumento na sobrevivência de até 90% da população tratada.<sup>5,18,19</sup>

De modo semelhante a quimioterapia, a utilização de radioterapia em cânceres na região de cabeça e pescoço pode culminar em manifestações de dermatite, mucosites, xerostomia, perda de paladar, disfagia (dificuldade para engolir), dentre outras complicações tardias.<sup>16</sup> Além disso, também foram observadas disfunções sexuais, ureterite e cistite actínicas, fístula

vesicovaginal e hematúria em mulheres tratadas com radioterapia pélvica para câncer de colo do útero.<sup>20</sup>

Por fim, cabe mencionar a capacidade da terapia por radiação de lesionar o sistema cardiovascular. As lesões tardias ao coração e vasos podem se manifestar de cinco ou até dez anos após o tratamento e pode atingir entre 10% a 30% das pessoas tratadas com radiação ionizante. Dessa maneira, após o tratamento, uma alimentação saudável e controle do peso, evitar o tabagismo, praticar exercícios físicos de forma regular e manter avaliações junto ao cardiologista são recomendações para o acompanhamento do sobrevivente do câncer.<sup>19</sup>

### 15.5 Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. O que causa o câncer?. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2022.
2. Branco IMBHP. Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(2): 246-9.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. Cirurgia. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2022.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. Quimioterapia. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2022.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. Radioterapia. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2022.
6. Bezerra DMM. O discurso de resistência do paciente oncológico ao tratamento cirúrgico. Monografia [Graduação

- em Medicina] – Universidade Federal Rural do Semi-Árido; 2022.
7. Barichello E. Distúrbios no padrão do sono em pacientes submetidos à cirurgia oncológica. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Universidade de São Paulo; 2008.
  8. Stallbaum JH. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a função e funcionalidade do membro superior de mulheres mastectomizadas. Dissertação [Mestrado em Reabilitação Funcional] – Universidade Federal de Santa Maria; 2018.
  9. Silva AE. Complicações físico-funcionais pós-tratamento cirúrgico do câncer de mama: estudo descritivo e retrospectivo. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde] – Universidade Federal de São Paulo; 2019.
  10. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. Cuidados com estomias intestinais e urinárias: orientações ao usuário. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2018.
  11. Neiva EC, Dias CS, Igidio CMA, Paulo GS, Figueiredo LG, Oliveira NVVA, et al. Complicações pós-cirúrgicas e o papel da enfermagem ao paciente ostomizado: uma revisão de literatura. UNICAEN. 2020; 3(1): 1-15.
  12. Paes BP, Gouveia ALB, Barros ABSR, Pereira ACC, Nascimento BP, Velho GCM, et al. Análise das complicações pós-operatórias de câncer colorretal. BJDV. 2021; 7(7): 70884-96.
  13. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. Quimioterapia: orientações aos pacientes. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2013.



14. Silva CMPDC, Pinto GH, Santos MHH. Quimioterapia e cardiotoxicidade. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2017; 27(4): 266-73.
15. Costa RG, Ponte ÍPF, Pedron KP, Moreno PMB, Miranda VCS, Monteiro JB. Manifestações bucais mediante a quimioterapia em pacientes oncológicos. An Sem Cient UNIFACIG. 2019; 5(2019): 1-8.
16. Teixeira AM, Perez JMP, Pereira VAS. Manifestações orais em pacientes submetidos a quimioterapia e radioterapia. RDS. 2021; 4(2): 72-83.
17. Santos KLG, Perusso CO, Sapatera NS, Bresciani KDS. A relação entre a quimioterapia e a perda de memória no câncer de mama. RSD. 2022; 11(7): e37411730007.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. Radioterapia: orientações aos pacientes. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2011.
19. Bittar CS, Fonseca SMR. Radioterapia e cardiotoxicidade. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2017; 27(4): 274-7.
20. Morais LJ, Monteiro Neto AJO, Menezes JLP, Pereira MGP, Pereira YD, Nóbrega VM. Qualidade de Vida Associada ao Tratamento com Radioterapia em Mulheres Acometidas pelo Câncer do Colo do Útero: Revisão Integrativa da Literatura. Rev Bras Cancerol. 2021; 67(3): e-231530.

## Práticas integrativas

Izabely dos Reis de Paula  
Rafael dos Santos Nunes  
Rodrigo José de Vasconcelos Valença

### 16.1 O que são Práticas Integrativas e Complementares?

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) são tratamentos que utilizam recursos terapêuticos alternativos, baseados em conhecimentos tradicionais, ou seja, abrangem diversas ações terapêuticas que destoam da biomedicina ocidental, e utilizam ferramentas manuais e espirituais, com suprimentos atípicos (ervas, aromas e outras técnicas), sem o uso de medicamentos, laboratorialmente, obtidos. São denominadas MT/MCA (Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e intituladas PICS, segundo o Sistema único de saúde (SUS).<sup>1,2</sup> Estes recursos e ações terapêuticas buscam instigar a utilização de mecanismos naturais de prevenção de agravos e de recuperação em saúde.

O SUS promoveu a descentralização e uma maior participação dos municípios e da população na gestão em saúde, portanto, desde sua criação, as PICS tomaram cada vez mais destaque

no cenário da saúde pública brasileira, sendo implementadas e ofertadas pelo SUS, por meio da Atenção Primária. Dentre as 29 Práticas Integrativas e Complementares ofertadas pelo SUS, estão: homeopatia, fitoterapia, crenoterapia, medicina antroposófica, ozonioterapia, quiropraxia, musicoterapia, acupuntura e reiki.<sup>3</sup> Estas terapêuticas enfatizam, principalmente, a escuta acolhedora e a integração do paciente com os profissionais e o ambiente, promovendo uma visão mais ampla do processo saúde-doença.<sup>2</sup>

Logo, as necessidades de ampliar o acesso da população às PICS, tornaram-se cada vez mais evidentes, o que acarretou na criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a fim de organizar e de possibilitar a efetivação dessas práticas por meio do SUS, fortalecendo os princípios fundamentais de integralidade e universalidade. Apesar disso, de maneira geral, o Brasil ainda possui recursos humanos escassos, no que diz respeito à qualificação e à difusão do exercício das PICS.<sup>4</sup> Os efeitos dessas práticas têm sido avaliados cientificamente possuindo resultados inconclusivos.<sup>1</sup>

## **16.2 Alívio de sintomas após o uso das Práticas Integrativas**

As Práticas Integrativas e Complementares são terapêuticas que buscam abordagens alternativas dos tratamentos convencionais e podem complementá-los, potencializando seus efeitos. Em vista disso, as PICS são muito procuradas por pacientes oncológicos, os quais se encontram em situação de provável instabilidade emocional, visto que o estresse, a ansiedade e até mesmo a depressão, frequentemente, estão associadas ao diagnóstico do câncer nesses pacientes.<sup>5</sup> Além disso, muitas literaturas relatam, como um dos principais sintomas das neoplasias malignas, a presença da dor em intensidades variadas podendo aparecer em qualquer estágio da doença e mais de 50% dos pacientes apresentarão este sintoma em algum estágio da doença, principalmente em grau avançado e terminal.<sup>6</sup>

Diante disso, muitos estudos têm sido realizados com o objetivo de elucidar os resultados obtidos, a partir do uso de terapias alternativas, na atenuação dos sintomas do câncer. É possível constatar que as práticas complementares apresentaram efeitos positivos na evolução do quadro dos pacientes, essencialmente, quando aliadas às terapias convencionais, aumentando a efetividade dos tratamentos e reduzindo os malefícios dos efeitos adversos.<sup>7</sup>

### **16.2.1 Dor**

As principais PICS utilizadas para alívio das dores oncológicas são: acupuntura, acupuntura auricular, a fitoterapia, o reiki, a homeopatia e a reflexologia podal. A fitoterapia é a mais procurada pelos pacientes oncológicos para controle da dor, isso se deve ao fácil acesso, baixo custo e às questões culturais.<sup>8</sup> No entanto, é indispensável que o uso de plantas medicinais seja acompanhado por um profissional, visto que a interação entre esta terapia alternativa e as terapias convencionais como a quimioterapia e radioterapia, ainda não está totalmente esclarecida.<sup>9</sup>

A acupuntura mostrou-se eficaz no tratamento contra dor oncológica, exceto em dores neurológicas induzidas por quimioterapia, resultado evidente a partir de revisão sistemática e metanálise de 36 estudos.<sup>9</sup> Além disso, a acupuntura está relacionada às melhorias de sintomas como fogaços, xerostomia e fadiga, náusea, ansiedade, sonolência e fadiga e distúrbios do sono.<sup>10</sup> Estudos recentes indicam que 69%-81% dos pacientes oncológicos estavam interessados em acupuntura durante a terapia do câncer.

O reiki é associado como terapia energética, a qual proporciona o bem-estar físico e mental dos pacientes, porém ela é utilizada para alívio da dor, podendo ser combinada com outra PIC ou terapia convencional.<sup>7,8</sup>

### **16.2.2 Ansiedade, estresse e depressão**

A meditação, a acupuntura, a massagem, o relaxamento, dentre as práticas integrativas e complementares, são as principais recomendações, no intuito de reduzir a ansiedade nos pacientes.<sup>10</sup> As práticas conhecidas como *Mind-body*, que incluem yoga, meditação, hipnose, imaginação guiada e terapia da arte, buscam conectar o indivíduo consigo mesmo aumentando o poder do cérebro sobre o bem-estar físico e mental. Estudos recentes demonstram efeitos positivos do *Mind-body* sobre condições como o estresse, ansiedade, depressão, qualidade de vida, fadiga, insônia e condicionamento físico.<sup>11</sup>

A massagem oncológica é uma adaptação em que o procedimento é feito levando em consideração o histórico do paciente e suas peculiaridades, esta revelou-se efetiva na melhora do humor e diminuição de ansiedade e depressão. O *reiki* também é mencionado em diversos estudos, pois age não só no aspecto físico como também nos aspectos psicológico e emocional, promovendo mudança de hábitos e, conseqüentemente, melhora na qualidade de vida.<sup>11</sup>

### **16.3 Quais as principais Práticas Integrativas utilizadas no atendimento do paciente oncológico?**

É válido lembrar que as PICS são hoje incluídas ao Sistema Único de Saúde (SUS) como mecanismos complementares ao tratamento dos mais diversos sintomas e doenças, associando-se sempre ao tratamento medicamentoso, sendo utilizadas como mais uma forma de combate às enfermidades.<sup>2</sup> No cenário oncológico, o uso de terapias complementares já foi associado à melhoria de sintomas como: qualidade de sono, melhora da sensação de cansaço, alívio das dores, maior estabilidade emocional e psicológica, bem como melhora nos sintomas de depressão e ansiedade.<sup>12</sup>

Dessa forma, é possível citar homeopatia, yoga, meditação, musicoterapia, fitoterapia, acupuntura, *reiki*, reflexologia podal e massagem como práticas muito utilizadas no manejo do paciente

oncológico. Dessa maneira, algumas destas PICS são utilizadas, sobretudo, com o objetivo de alívio ou controle da dor, a saber: acupuntura, acupuntura auricular, fitoterapia, reiki, homeopatia e reflexologia podal.<sup>8,12</sup> Diante disso, serão abordadas, a seguir, algumas dessas práticas.

#### **16.4 Acupuntura**

Realizada a partir da inserção de agulhas em pontos preestabelecidos sobre a pele, os acupontos (por onde passam os meridianos energéticos), esta prática milenar possui finalidade terapêutica e nasceu a partir da observação que os chineses faziam na natureza.<sup>13</sup> Após a inserção, as agulhas ainda podem ser manipuladas manualmente ou por corrente elétrica, com a finalidade de regular os níveis de serotonina, noradrenalina e citocinas inflamatórias, além de inibir os receptores viscerais de dor, via encefalia e opioides endógenos, o que promove maior sensação de bem-estar e reduz os níveis de dor dos pacientes.<sup>13,14</sup>

A acupuntura possui baixo custo de utilização e ocasiona menor quantidade de efeitos secundários quando comparada com os tratamentos convencionais, o que conta como ponto a favor do seu uso nos centros oncológicos.<sup>15</sup> Além disso, alguns estudos indicam que a prática da acupuntura pode estar associada a uma melhor qualidade de vida, redução do uso de medicações analgésicas, dos níveis de ansiedade e dos efeitos colaterais, como náusea e vômitos, durante o tratamento quimioterápico e até paliativo.<sup>13-16</sup>

#### **16.5 Plantas medicinais e fitoterapia**

A fitoterapia se baseia na aplicação terapêutica de plantas medicinais, testadas em laboratórios, que evidenciam sua eficácia e segurança, com o propósito curativo ou preventivo. Esta prática milenar já possui respaldo no Brasil desde 2006 e integra as políticas de saúde do SUS.<sup>17</sup> A fitoterapia moderna já se associa, atualmente, como parte da medicina convencional baseada em

evidências e o uso de fitofármacos vem se tornando comum dentro do cenário oncológico, no qual cerca de 40% dos usuários destes fitofármacos são pacientes com câncer.<sup>18</sup>

O Brasil é um dos países cuja rica flora favorece a produção de fitoterápicos.<sup>17</sup> São vários os exemplos de plantas que possuem substâncias relevantes no tratamento oncológico. Do tomate (*Solanum lycopersicum*), das frutas vermelhas e do chá verde (*Camellia sinensis*) são retirados o licopeno, o resveratrol e o epigalocatequina-galato, respectivamente, substâncias com papel terapêutico na nutrição oncológica. Outros exemplos, como a babosa (*aloe vera*), o guaraná (*Paullinia cupana*), e a erva-de-são-jão (*Hypericum perforatum*), são ainda citados por alguns autores como úteis no tratamento de efeitos colaterais da radioterapia.<sup>17-19</sup>

Em seu estudo, Lee et. al.<sup>20</sup> observou dois grupos de pacientes que fizeram quimioterapia para câncer de mama, no qual um deles, além do tratamento convencional, também foi tratado de forma complementar com fitoterapia. O estudo concluiu que a associação da fitoterapia pareceu ser eficaz no prolongamento da sobrevivência em comparação com pacientes do grupo de medicina ocidental.

Entre os pacientes oncológicos, aqueles com câncer de mama, cabeça e pescoço ou melanoma são os que mais desenvolvem ansiedade, depressão ou algum outro transtorno relacionado ao estresse em resposta a um evento importante, como o diagnóstico.<sup>19</sup> Desse modo, sabe-se que o uso de cohosh preto (*Actaea racemosa*), camomila (*Matricaria chamomilla*), lavanda (*Lavandula*), maracujá (*passiflora*) e açafrão (*Curcuma longa*) já foram associados com a atenuação desses sintomas. Além disso, por possuírem menos efeitos adversos que os medicamentos tradicionais, seu uso se torna viável como mais uma alternativa de tratamento para os pacientes com câncer.<sup>17</sup>

Os fitoterápicos podem parecer inofensivos, entretanto, é válido lembrar a possibilidade da ocorrência de interações entre eles e os medicamentos já utilizados pelo paciente, o que pode

trazer riscos. Com base nisso, o conhecimento destas interações aliado a uma boa relação médico-paciente é fundamental.<sup>19</sup>

## 16.6 Homeopatia

A homeopatia foi desenvolvida por Hahnemann durante o século XVIII, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, proposta por Hipócrates no século IV a. C. De modo geral, o que rege a prática da homeopatia é o tratamento de uma doença com o uso de princípios ativos que poderiam causar exatamente os mesmos sintomas, porém em uma concentração bastante reduzida, que diminuiria os efeitos tóxicos do medicamento e aumentariam sua ação dinâmica.<sup>2,21</sup>

O tratamento homeopático já possui algumas evidências de melhora na qualidade de vida e bem-estar dos pacientes, além de não provocar efeitos colaterais e até reduzir potenciais efeitos tóxicos dos tratamentos oncológicos, o que torna essa prática viável como aliada do tratamento contra o câncer.<sup>22</sup>

## 16.7 Meditação

A meditação ou *mindfulness* é uma prática bastante utilizada para desenvolver autoconhecimento, concentração e consciência, que promovem equilíbrio físico e mental. Ensaios clínicos têm demonstrado que meditar pode reduzir a ansiedade, o estresse e perturbações de humor em pacientes em tratamento ou “sobreviventes do câncer”.<sup>23</sup>

Em seu estudo, Batista et al.<sup>24</sup> observou que desde a primeira sessão a meditação demonstrou potencial para controle de sinais vitais como pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória e temperatura corporal.<sup>24</sup> Sendo assim, sessões de apenas 10 a 15 minutos já podem ser bastante eficazes como tratamento complementar.



## 16.8 Referências

1. Sousa IM, Bodstein RC, Tesser CD, Santos FA, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(11): 2143-54.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitude de Ampliação de Acesso. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
4. Nascimento MC, Romano VF, Chazan ACS, Quaresma CH. Formação em Práticas Integrativas e Complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. *Trab Educ Saúde*. 2018; 16(2): 751-72.
5. Galvão EMV, Calheiros PRV, Crispim PTB. Ansiedade, depressão, estresse e sua relação com a qualidade e vida de pacientes com câncer na região norte do Brasil. *Contextos Clínic*. 2021; 14(1): 118-44.
6. Lima AD, Maia IO, Costa Junior I, Lima JTO, Lima LC. Pain evaluation in cancer patients admitted to a teaching hospital of the Northeastern region of Brazil. *Rev Dor*. 2013; 14(4): 267-71.
7. Siegel P, Barros NF. O que é a Oncologia Integrativa?. *Cad Saúde Colet*. 2013; 21(3): 348-54.
8. Moura ACA, Gonçalves CCS. Práticas integrativas e complementares para alívio ou controle da dor em oncologia. *Rev Enf Contemp*. 2020; 9(1): 101-8.
9. Xavier LM, Taets GGCC. A importância de práticas integrativas e complementares no tratamento de pacientes com câncer. *Enferm Bras*. 2021; 20(1): 82-93.

10. Ferreira PM, Souza TC, Freitas PS, Bressan VR, Silva LJA, Terra FS. Uso das práticas integrativas e complementares pela enfermagem em pessoas com câncer: revisão integrativa. *BJHR*. 2021; 4(1): 1841-58.
11. Goldstein CF, Stefani N de A, Zabka CF. Oncologia integrativa: das práticas complementares aos seus resultados. *Acta Méd*. 2018; 39(2): 292-305.
12. Soares TB, Lima FC, Moia GW, Botelho MNG, Oliveira RF, Souto MMC, et al. O uso de práticas integrativas e complementares na enfermagem oncológica: revisão integrativa. *Casos e Consultoria*. 2021; 12(1): e27302.
13. Ramos PCS, Freitas VL, Dutra LB, Silva NCM. Acupuncture in the control of nausea and vomiting in oncology patients. *Rev Enf UFPE On-line*. 2021; 15: e244637.
14. Dalmedico MM, Toledo CM, Hembecker PK, Ávila JLS, Carvalho CKL, Ioshii SO. Acupuncture in oncological pain relief: A systematic review of randomized clinical trials. *Fisioter Mov*. 2021; 34: e34203.
15. Novaes ARV, Brandão-Souza C, Zandonade E, Amorim MHC. Revisão integrativa: a acupuntura no tratamento da ansiedade e estresse em mulheres com câncer de mama. *J Manag Prim Health Care*. 2018; 8(2): 141-62.
16. Ruela LO, Iunes DH, Nogueira DA, Stefanello J, Gradim CVC. Effectiveness of auricular acupuncture in the treatment of cancer pain: randomized clinical trial. *Rev Esc Enferm USP*. 2018; 52: e03402.
17. Rodrigues ARSP. Fitoterapia no auxílio ao controle e tratamento da ansiedade – uma revisão integrativa de literatura Autores. *Casos e Consultoria*. 2022; 13(1): 1-15.
18. Zimmermann-Klemd AM, Reinhardt JK, Winker M, Gründemann C. Phytotherapy in Integrative Oncology-An

Update of Promising Treatment Options. *Molecules*. 2022; 27(10): 3209.

19. Yeung KS, Hernandez M, Mao JJ, Haviland I, Gubili J. Herbal medicine for depression and anxiety: A systematic review with assessment of potential psycho-oncologic relevance. *Phytother Res*. 2018; 32(5): 865-91.
20. Lee YC, Chen YH, Huang YC, Lee YF, Tsai MY. Effectiveness of Combined Treatment with Traditional Chinese Medicine and Western Medicine on the Prognosis of Patients with Breast Cancer. *J Altern Complement Med*. 2020; 26(9): 833-40.
21. Schalch IS. A Fitoterapia como opção terapêutica complementar em pacientes oncológicos [Graduação em Farmácia] – Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2019. Botelho BJS, Barcelos EMB, Soares JO, Silva LLL, Pessoa LMM, Lomez ESL, et al. Análise prospectiva da terapia homeopática aplicada ao paciente oncológico - Uma Revisão Bibliográfica Sistemática, do tipo integrativa. *BJHR*. 2021; 4(6): 28321-39.
22. Silva E, Teixeira RJ. Mindfulness em psico-oncologia. In: Albuquerque E, Cabral AS, editores. *Temas Fundamentais em Psico-Oncologia*. 1. ed. Lisboa: Lidel; 2015. p. 371-9.
23. Batista MBC, Ivo OP, Santos TO, Alves DR, Leite MMS, Teixeira SN, et al. Meditação no controle de sinais vitais em pacientes oncológicos. *RSD*. 2022; 11(10): e106111032417.

# 17

## Voluntariado e câncer

O futuro da humanidade é o voluntariado

Rodrigo de Oliveira Castelo Branco  
Luiz Ayrton Santos Junior

### 17.1 Introdução

É inquestionável os avanços terapêuticos relacionados com o tratamento oncológico nas últimas décadas, o que trouxe melhoria na qualidade de vida e sobrevivência para os pacientes com câncer. Entretanto, por ser uma patologia de etiologia e desenvolvimento complexos, os tratamentos não são simples e, no geral, requerem longo tempo de duração, envolvimento de uma ampla equipe treinada para lidar com esses pacientes e com suas famílias, além de zelo e cuidado pelos profissionais que vão cuidar desses enfermos que estão em situação de ampla vulnerabilidade. Portanto, pode-se afirmar que, apesar dos avanços tecnológicos na área da oncologia, o câncer continua sendo um grave problema de saúde pública, que, no Brasil, representou a segunda maior causa de mortalidade nos últimos anos.<sup>1,2</sup>

O aumento da expectativa de vida populacional, bem como a melhoria nas técnicas de rastreamento e identificação diagnóstica dos

casos de câncer fizeram elevar o número de pacientes oncológicos. Essa elevação unida de um tratamento complexo, prolongado e delicado criou uma emergência em receber a demanda de novos pacientes oncológicos. Neste cenário, surgiram diversas casas de apoio ao paciente com câncer,<sup>3</sup> sendo importantes para promover um maior acolhimento e direcionamento desses enfermos. O objetivo dessas casas é, por meio do voluntariado, apoiar o tratamento do câncer de forma humana, tentando levar esperança e dignidade para esses pacientes durante o processo de saúde/doença deles.<sup>1</sup>

De forma altruísta e espontânea, o voluntariado oferece ajuda, principalmente para os pacientes mais carentes economicamente.<sup>4</sup> O voluntariado vem ganhando força por meio de uma veiculação social vinda de organizações não governamentais e agências de serviços, tornando-se um fenômeno popular que acolheu bem a crescente necessidade de cuidado pelos novos casos de pacientes oncológicos.<sup>5</sup>

Estudos mostraram que a intenção do voluntário é permeada por três tipos de motivações básicas: motivações pessoais relacionadas à vida do voluntário, motivações decorrentes da crença do indivíduo e motivações despertadas pelo sentimento de solidariedade.<sup>6</sup> Atualmente, um voluntariado orgânico, politizado e comprometido em atender demandas específicas de nossa época é o mais qualificado para lidar com os pacientes oncológicos. Dentre as motivações que levam a participação voluntária no cuidado com o paciente com câncer, o desenvolvimento de autoconhecimento, dentre outras habilidades de cunho social, é uma das principais motivações.<sup>5</sup> De certo, é difícil identificar motivações isoladas, ou motivos claros, uma vez que os desejos e valores vindos com esse tipo de trabalho ainda são estudados, porém é inegável o aprendizado e o desenvolvimento pessoal daquelas que participam dessas atividades.<sup>1,5</sup>

Nessa relação voluntariado/câncer, todos os envolvidos saem beneficiados. O paciente oncológico recebe um maior suporte humano, emocional, uma ajuda afetiva que o motiva a enfrentar essa fase tão difícil. O voluntário desenvolve habilidades úteis de interação social, de modo a vivenciar uma experiência humana junto ao enfermo, que influencia no cuidado humano e compassivo. Além disso, o trabalho nas casas de apoio oncológicas exige preparo físico e emocional, bem como extrema dedicação, haja vista a necessidade de oferta de apoio e cuidado em um momento particularmente especial das vidas dos pacientes e de suas famílias, o que também ajuda a aprimorar essas características nos voluntários.<sup>1,7</sup>

## **17.2 Voluntariado e câncer infantil**

Com o aprimoramento terapêutico pelas técnicas de tratamento moderno, o câncer infantil passou de uma sentença de morte irreparável para um tratamento crônico com esperança de cura e que em 70% dos casos existem um desfecho positivo.<sup>8,9</sup> Entretanto, mesmo com a notável melhoria na mortalidade infantil, o tratamento oncológico não deixa de ser invasivo e de trazer repercussões para a vida da criança, que pode abdicar de boa parte da sua infância para a terapêutica oncológica.

No Brasil, o programa de tratamento fora do domicílio, instituído pela Portaria nº 55/99 do Ministério da Saúde,<sup>10</sup> beneficia crianças com câncer e suas famílias por meio de apoio financeiro para necessidades como alimentação, hospedagem e transporte para o paciente e família, uma vez que os tratamentos oncológicos costumam ser demorados e existe dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela população brasileira, incluindo os especializados em câncer.

Nesse sentido de promover maior suporte ao doente e sua família, as casas de apoio ao paciente com câncer oferecem alojamento, alimentação, transporte até ao local de tratamento,

apoio social e terapêutico ao doente e família, e outros serviços necessários face às necessidades particulares de cada criança.<sup>11</sup> Sendo um paciente infantil, o grau de vulnerabilidade é ainda maior. A criança com câncer se depara com a imposição de inúmeras experiências estressantes devido ao tratamento invasivo e complexo. Desse modo, ela pode ser privada de inúmeras experiências que permeiam seu desenvolvimento social e cognitivo, como as brincadeiras, nas quais elas podem recuperar suas emoções, ressignificar situações conflituosas, e que favoreçam a imaginação, desenvolver autoconhecimento, desenvolvimento intelectual e o aprendizado de valores morais.<sup>12</sup>

Visto a importância de manter um ambiente saudável para normalizar o desenvolvimento da criança com câncer, as casas de apoio com voluntariado são consideradas promotoras do bem-estar infantil, favorecendo a interação social e promovendo o desenvolvimento da criança, pois permite que ela redescubra o prazer de viver, brincar e conviver com seus pares que se encontram na mesma situação de saúde e doença.<sup>8,13</sup>

Para manter um contato legítimo com as crianças, é preciso que os voluntários tenham maior sensibilidade, já que, por ainda estarem em desenvolvimento social, nem sempre elas conseguem se comunicar adequadamente e expressarem seus sentimentos de forma clara, o que exige maior paciência por parte do voluntariado. Motivações de natureza pessoal ou social são importantes para estimular a adesão a um trabalho voluntário, mas é preciso estabelecer uma relação de troca, na qual ambos sejam beneficiados, para criar uma relação sustentada entre o voluntário e a criança com câncer.<sup>14</sup>

### **17.3 Voluntariados que venceram o câncer**

Todo paciente que venceu o câncer carrega consigo a história e o sofrimento de ter enfrentado o tratamento. Muitas vezes, o paciente oncológico fica em estado de fragilidade não só

pela doença em si, mas também porque seu tratamento é deveras invasivo, deixando-o vulnerável fisicamente e mentalmente. Encontrar o apoio de voluntários que já passaram pelo o que o paciente está vivendo é uma forma de aumentar suas esperanças e encontrar mais força para continuar o tratamento. Pacientes que têm um contato mais próximo com outros que tiveram um bom desfecho no enfrentamento do câncer possuem mais confiança na terapêutica e na chance de cura.<sup>15</sup>

Como em todo tipo de ajuda voluntária, tanto quem pratica como quem recebe a ajuda saem beneficiados dessa interação harmônica. O voluntariado tem a chance de retribuir com a ajuda que lhe foi dada durante o seu tratamento, compartilhando sentimentos como: autoestima, confiança, fé, otimismo e pensamento positivo. Na Beneficência Portuguesa de São Paulo, complexo hospitalar, também conhecida como BP, as ações de voluntariado contam com pacientes oncológicos que já foram tratados e incluem três pilares: Acolhimento, bem-estar e entretenimento.<sup>15</sup>

#### **17.4 Ações de voluntariado específicas**

Além do acompanhamento do voluntariado durante todo o processo de cura do paciente, ações mais direcionadas para datas comemorativas, como o Natal, na qual as pessoas costumam ficar mais emocionadas, também ajudam os pacientes oncológicos a enfrentarem o câncer. Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e autoestima dos pacientes, o INCA (Instituto Nacional do Câncer) desenvolve atividades voluntárias de distribuição e doação durante o Natal, permitindo criar um ambiente mais alegre e acolhedor, uma vez que além da doação material, o afeto dos voluntários também influencia no bem-estar do paciente.<sup>16</sup>

**Participar de trabalhos voluntários é uma via positiva de mão dupla, enquanto você realiza atividades que beneficiam seu próximo, você instantaneamente se beneficia com suas**



**próprias ações para com o outro, como também com os atos voluntários dos outros para com você.**

**Seja também um voluntário!**

### **17.5 Referências**

1. Salci MA, Casado JM, Wakiuchi J, Paiano M, Charlo PB, Sales CA. Signifying the Voluntary Work at an Oncologic Support House. *Esc Anna Nery*. 2020; 24(4): e20190334.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. Brasília: Instituto Nacional de Câncer; 2018.
3. Ferreira PC, Wakiuchi J, Baldissera VDA, Sales CA. Existential feelings expressed by users of the house of support for people with cancer. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1): 66-72.
4. Liu ESC, Ching CWL, Wu J. Who is a volunteer? A cultural and temporal exploration of volunteerism. *J Hum Behav Soc Environ*. 2017; 27(6): 530-45.
5. Salazar KA, Silva ARL, Fantinel LD. As relações simbólicas e a motivação no trabalho voluntário. *Rev Adm Mackenzie*. 2015; 16(3): 171-200.
6. Selli L, Garrafa V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3): 473-8.
7. Chang E, Moorehead D. Multicultural Navigator Program: volunteer navigators trained to deliver culturally responsive support now, influencing a new generation of multicultural psychosocial oncology professionals. *Psychooncology*. 2016; 25: 47.
8. Puglierio APS, Souza MA, Melo LL. From donation to self-reflection: living of volunteers of a toy library for children with cancer. *Esc Anna Nery*. 2018; 22(1): e20170258.

9. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2011.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria N° 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicilio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União 24 fev; 1999.
11. Cury P. Casa de Apoio aos Pacientes com Câncer do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP Ribeirão Preto [Graduação em Arquitetura e Urbanismo] – Centro Universitário Barão de Mauá; 2015.
12. Fonseca MRA, Campos CJG, Ribeiro CA, Toledo VP, Melo LL. Revelando o mundo do tratamento oncológico por meio do brinquedo terapêutico dramático. Texto Contexto Enferm. 2015; 24(4): 1112-20.
13. Silva LF, Cabral IE. Rescuing the pleasure of playing of child with cancer in a hospital setting. Rev Bras Enferm. 2015; 68(3): 391-7.
14. Catão FAS. A influência do trabalho na qualidade de vida dos voluntários da cidade de Caminas Grande - PB [Graduação em Administração] – Universidade Estadual da Paraíba; 2015.
15. Pereira V. Voluntariado: uma fonte de inspiração. Estadão 2019 set 25.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer. INCAvoluntário alegra Natal de pacientes em tratamento. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2021.

# **SOBRE O(A)S EDITORE(A)S E O(A)S COLABORADORE(A)S**

## **EDITORES**

### **Rodrigo José de Vasconcelos Valença**



Médico oncologista clínico e Acupunturista titulado pela AMB, Pós-graduado em Saúde integrativa pelo Hospital Albert Einstein, Mestre em ciência da Saúde, Professor da Universidade Estadual do Piauí e Orientador da Liga Acadêmica de Oncologia -LAO – Teresina/PI

### **Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa**



Estudante de Medicina pela Universidade Estadual do Piauí – Teresina/PI

### **Rafael dos Santos Nunes**



Estudante de Medicina pela Universidade Estadual do Piauí – Teresina/PI

## **COLABORADORES**

### **Anna Beatriz de Quadros Viganó**

Estudante de Medicina pela Universidade Estadual do Piauí –  
Teresina/PI

### **Augusto Cesar Maia Rio Lima Silveira**

Estudante de Medicina pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI  
– Teresina/PI

### **Brunna Paloma Pessoa Lima**

Estudante de Medicina pela Universidade Estadual do Piauí –  
Teresina/PI

### **Elmarene Silva Athayde**

Médica pela UFPI, Acupunturista pela ABA, Especialização em  
Hebiatria pela UFBA, Especialização em Terapia Sexual pela  
SBESH e mestrado em Educação pela UMP.

### **Erlan Clayton Xavier Cavalcante**

Estudante de Medicina pela Universidade Estadual do Piauí –  
Teresina/PI

### **Francisco Aragão de Sousa Neto**

Estudante de Medicina pela Universidade Estadual do Piauí –  
Teresina/PI

### **Gabriel Vidal Oliveira**

Estudante de Medicina pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI  
– Teresina/PI

### **Isabelle Oliveira de Lima Rêgo**

Estudante de Medicina pela Universidade Estadual do Piauí –  
Teresina/PI

**Izabely dos Reis de Paula**

Estudante de Medicina pela Universidade Estadual do Piauí –  
Teresina/PI

**Janine Midori Figueiredo Watanabe**

Estudante de Medicina pela Universidade Estadual do Piauí –  
Teresina/PI

**Jonh Heberthon de Souza Araújo**

Estudante de Medicina pela Universidade Estadual do Piauí –  
Teresina/PI

**Jorge Felipe da Silva Bastos**

Estudante de Medicina pela Universidade Federal do Piauí –  
Teresina/PI

**Luiz Ayrton Santos Júnior**

Médico pela UFPE, mastologista pela FCMSCSP, bioeticista pelo  
ICF, Mestrado pela USP, Doutorado pela UFPE.

**Maria Clara Amorim Silva**

Estudante de Medicina pela Universidade Estadual do Piauí –  
Teresina/PI

**Maria Júlia Gomes Nunes**

Estudante de Medicina pela Universidade Estadual do Piauí –  
Teresina/PI

**Monique Melo Fortaleza**

Estudante de Medicina pela Universidade Estadual do Piauí –  
Teresina/PI

### **Rodrigo de Oliveira Castelo Branco**

Estudante de Medicina pela Universidade Estadual do Piauí – Teresina/PI

### **Sabas Carlos Vieira**

Médico pela UFPI, cirurgião geral pela UFPI, cirurgião oncológico pelo AC Camargo Cancer Center, Mestrado e Doutorado em Tocoginecologia pela UNICAMP

### **Samara Fernanda Vieira Valença**

Médica pediatra pela UFC e neonatologista pela UFPI, Pós-graduada em nutrologia pela USP e Mestre em saúde da família pela UNINOVAFAPI.

### **Samya Viana da Silva Rodrigues**

Estudante de Medicina pela Universidade Estadual do Maranhão – Caxias/MA

O número de casos de câncer vem crescendo de forma constante em todo o mundo. Nesse sentido, torna-se importante o conceito de “sobrevivência ao câncer”, ainda pouco estudado e entendido em alguns países, como o Brasil. Por outro lado, também cresce o papel da Medicina do Estilo de Vida (MEV), área que aborda pilares fundamentais para uma vida harmônica e salutar, seja em indivíduos saudáveis ou já acometidos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a exemplo do câncer. Portanto, este livro esclarece alguns conceitos relativos à “sobrevivência ao câncer” e aborda as principais indicações em MEV, pautadas nas evidências mais recentes, para uma vida mais produtiva e saudável em pacientes que tiveram câncer ou vivem com o câncer.