

SOBREVIVENTE DE CANCRO* : UMA OUTRA REALIDADE!¹

CANCER SURVIVORS: ANOTHER REALITY!

SUPERVIVIENTES DE CÁNCER: ;OTRA REALIDAD!

Cândida Assunção Santos Pinto², José Luís Pais-Ribeiro³

* Cancro é utilizado neste contexto como sinónimo de doença oncológica, doença neoplásica e, em português do Brasil, câncer.

¹ Esta reflexão teórica insere-se no desenvolvimento da tese de doutoramento subordinada ao título “Jovens e adultos sobreviventes de cancro: variáveis psicossociais associadas à optimização da saúde e qualidade de vida após um cancro” que está a ser desenvolvido na Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto.

² Licenciada em Enfermagem. Mestre em Psicologia da Saúde. Doutoranda em Psicologia da Saúde na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, Porto, Portugal.

³ Licenciado em Psicologia. Doutorado em Psicologia. Professor associado com agregação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

PALAVRAS-CHAVE: Cancro. Qualidade de vida. Promoção da saúde.

RESUMO: Nas últimas décadas tem-se verificado uma melhoria significativa do prognóstico das pessoas portadoras de cancro, emergindo com peso crescente a problemática dos sobreviventes de cancro. Apesar de o conceito ter entrado na literatura referente à oncologia, não há consenso sobre a sua definição. A substância do conceito, ora assenta numa perspectiva mais biomédica, partindo de dados objectivos como os anos de sobrevida, ora em outras perspectivas relacionadas com as idiosincrasias individuais e a trajectória da doença. Numa óptica qualitativa, mais do que a longevidade, há que incluir a avaliação da pessoa sobre as implicações da doença e dos tratamentos na vida pessoal, familiar e social. Compreender como as pessoas sobreviventes gerem o impacto do cancro e a experiência das transformações na vida torna-se relevante para todos os profissionais de saúde, de modo a potenciar uma sobrevivência de qualidade.

KEYWORDS: Chancre. Quality of life. Health promotion.

ABSTRACT: In recent decades, a significant prognostic improvement in people with cancer has been verified, thus emerging as an important issue the problem set of cancer survivors. Although this concept is integrated in modern oncology literature, we found no consensus about its definition. Some authors emphasized a biomedical approach, using objective data, like the number of surviving years. Others included other perspectives related to individual characteristics and disease trajectory. From a qualitative point of view, more than longevity, we must include an evaluation of the person's disease based on its implications to personal, familiar, and social life. Understanding how cancer survivors deal with the impact of the disease and their transformations is relevant for all health professionals, in order to promote a better quality of survival.

PALABRAS CLAVE: Chancre. Calidad de vida. Promoción de la salud.

RESUMEN: En las últimas décadas se ha constatado una mejora significativa del pronóstico en los pacientes con cáncer, de forma que crece la importancia sobre la problemática de los supervivientes. A pesar de que el concepto está presente en la literatura oncológica, no hay consenso en cuanto a su definición. La esencia del concepto se asienta bien sobre una perspectiva biomédica, partiendo de datos objetivos como los años de supervivencia, o bien, sobre otras perspectivas relacionadas con la idiosincrasia y el desarrollo de la enfermedad. Desde una óptica cualitativa, además de la longevidad, también se debe incluir la evaluación de las implicaciones de la enfermedad y el tratamiento al paciente, la familia y la sociedad. Comprender cómo los supervivientes controlan el impacto del cáncer y la experiencia de los cambios vitales es fundamental para todos los profesionales de la salud con el objetivo de potenciar una vida con calidad.

Endereço: Cândida Pinto
R. Particular Carlos Fontes, n° 53
CEP: 4420-249 - Gondomar, Portugal.
E-mail: candidapinto@esenf.pt ou didaapinto@gmail.com

Artigo original: Reflexão teórica
Recebido em: 04 de julho de 2006.
Aprovação final: 20 de dezembro de 2006.

INTRODUÇÃO

O cancro não sendo uma só entidade clínica, pois inclui um conjunto vasto de doenças oncológicas, impõe a quem o enfrenta, uma grande ameaça à integridade física e psíquica e confronta a pessoa com a sua própria vulnerabilidade.¹

No entanto, nos contextos actuais devido a uma detecção precoce do cancro, a uma melhoria da eficácia dos tratamentos, o decurso da doença tem melhorado significativamente. Hoje um número crescente de pessoas sobrevive ao cancro, viva para além do cancro por longos anos, pelo que maior atenção tem vindo a ser dada aos problemas relacionados com a qualidade de vida. Actualmente as pessoas com cancro querem sentir que a sua sobrevida significa mais “que um escape à morte”.² Nestas situações a cronicidade não é só a doença mas também a toxicidade dos tratamentos.¹

Há estudos que referem que 60% das pessoas diagnosticadas com cancro vivem pelo menos 5 anos após o diagnóstico,³ sendo este um número efectivamente crescente dado a mais eficaz intervenção em termos de diagnóstico e tratamento. Estes autores referem que há cerca de 9 milhões de sobreviventes de cancro nos Estados Unidos, o que representa cerca de 3% da população. Assinalam ainda que desses 9 milhões que vivem com um cancro, 1 milhão foi diagnosticado há mais de 20 anos. Estudos mais recentes, referem que 62% dos sobreviventes de cancro foram diagnosticados há 10 anos, e ainda segundo estes autores reportando-se a dados do National Cancer Institute (2002), 10.1 milhões de pessoas vivem após um diagnóstico de um cancro.⁴ Estes dados estatísticos evidenciam a magnitude desta problemática.

É no âmbito desta temática que tem vindo a ser desenvolvida uma investigação crescente por vários grupos profissionais como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, sociólogos e médicos que expressam uma preocupação com o impacto global do cancro no indivíduo e na família. A longevidade em termos biomédicos deixou de ser considerada a única medida de sucesso na oncologia, expandindo-se como parte integrante dos cuidados nesta área, aspectos relacionados com a vertente social, económica, legal, espiritual, em suma com a qualidade de vida.

Enquanto a evidência dos números aponta para um aumento de longevidade, não traduzem efectivamente as repercussões do cancro na qualidade de vida das pessoas. Compreender de que forma as pessoas gerem o impacto do cancro e a experiência de transformação na vida torna-se fundamental de forma a

equacionar os custos e ganhos em saúde, que não se compadecem com avaliações baseadas unicamente em parâmetros biomédicos.

CONCEITO DE SOBREVIVENTE

Da bibliografia consultada encontramos a terminologia “sobrevivente” utilizada pela primeira vez por Mullan.⁵ Médico e também sobrevivente de um cancro, referia que o conceito de doente ou de curado eram insuficientes para descrever o que lhe tinha acontecido: as implicações físicas, sociais e emocionais decorrentes de uma vida com e após um cancro. Nenhum dado estatístico, segundo este autor, daria conta de uma experiência marcadamente individual. Havia pacientes que estavam “curados” muito tempo antes de passarem a barreira dos cinco anos, e outros estavam bem além dos cinco anos com doença conhecida ou encoberta, que os retirava do ranking dos “curados” independentemente de como se sentiam. Argumentava que ser sobrevivente é mais que uma questão binária, isto é, as pessoas não são um dia doentes e no dia seguinte sobreviventes. É um conceito dinâmico a que não é possível colocar fronteiras, pois o cancro é mais que um diagnóstico, é uma experiência global que altera o significado de vida da pessoa e da família.

A utilização da terminologia “sobrevivente de cancro” está de algum modo associada à mudança de prognóstico da doença oncológica, que até aos meados do século passado era quase inevitavelmente uma doença fatal. Hoje, passou-se de “vítima de cancro” a “sobrevivente de cancro”. No entanto, como toda e qualquer definição que se reporte ao processo de viver humano, não se encontra consenso sobre um conceito referente objectivo. O *National Coalition for Cancer Survivorship* considera sobrevivente toda a pessoa a quem é feito um diagnóstico de cancro até ao fim da vida.⁶ *The National Cancer Institute* apresenta uma definição mais ampla incluindo para além da pessoa com cancro, a família e os próprios cuidadores como sobreviventes.⁷ Outros autores consideram sobrevivente de cancro aquela pessoa que terminou os tratamentos, e se encontra livre a doença,¹ e ainda outros estabelecem a barreira dos cinco anos para determinar a sobrevivência a um cancro.⁸

No entanto o período mágico dos cinco anos, como fronteira para uma fase “curada” não tem grande significado, pois verificam-se variabilidades significativas entre várias situações oncológicas, pois os efeitos colaterais da doença e tratamentos, podem vir a surgir muitos anos mais tarde, nomeadamente

segundos cancros.³ Apesar da fronteira dos cinco anos ter sido modificada como parâmetro de sobrevida, os profissionais da saúde ainda categorizam como doente aquela pessoa que está sobre tratamento ou ainda tem doença activa, e como sobrevivente aquela que não tem evidência de doença.⁸

Num modelo qualitativo é a própria pessoa que define sobrevivência e dá significado à própria experiência.⁸ Pressupõe uma avaliação centrada na pessoa utilizando parâmetros subjectivos como bem-estar e qualidade de vida.

Há que fazer frente às mudanças e transformações capitais desencadeadas pelo cancro e tratamentos, que determina como uma “paragem psíquica” e constata-se um “antes” e um “depois”.¹

FASES DE SOBREVIVENTE

Mullan descreve a experiência de cancro em três fases marcadas por mudanças e problemas específicos, como se fossem as estações do ano: “acute stage”, “extended stage” e “permanent stage”, que traduzimos como fase aguda, intermédia e permanente respectivamente.⁵ Cada fase é descrita num contexto biomédico, e psicossocial.

A fase aguda inicia-se com o diagnóstico e continua até ao fim do tratamento. Nesta fase a pessoa passa para o papel de “doente”, muitas vezes despido da sua singularidade, e a sobrevida física torna-se a preocupação central. Os exames e as intervenções a que são submetidos podem causar dor, profundo sofrimento.⁹ Os efeitos colaterais da terapêutica são numerosos e podem incluir náuseas, vómitos, anorexia e alopecia entre muitos outros. Estes sintomas têm um impacto directo não só no sofrimento físico da pessoa como também em todas as outras dimensões da vida: psicológica, social, espiritual/existencial. As pessoas têm que lidar com a dor, o sofrimento,⁹ com a fadiga, por vezes com a perda da auto-imagem, da auto-estima, da autonomia, com a ansiedade, a tristeza, com o sentido da própria finitude.¹

As preocupações sociais nesta fase incluem a capacidade de comunicar eficazmente com a equipe de saúde, especialmente o médico, a interacção adequada com amigos e família. Também as adaptações às mudanças de papel na estrutura familiar, o local de trabalho, ou outras áreas da malha social podem causar vários tipos de problemas.⁸

A espiritualidade, os pensamentos sobre a vida e a morte tornam-se muito frequentes, e a pessoa pode entrar numa fase de “negociação” por um milagre, pela

cura, ou pelo prolongamento de vida. Cada pessoa constrói a sua trajectória, procurando apoio quer em valores e crenças religiosas,¹⁰ quer na família e amigos quer naqueles que passaram por experiências similares. O apoio psicossocial muitas vezes não é considerado essencial nesta fase,⁸ mas o processo de gestão da doença tem que ser trabalhado desde o início de forma a promover uma melhor adaptabilidade. A informação fornecida de acordo com as necessidades das pessoas e famílias torna-se uma estratégia relevante nesse processo de adaptação. A denegação da verdade, leva a fissurar a confiança condição necessária ao desenvolvimento de uma relação terapêutica de efectiva ajuda numa fase de crise como decorre do confronto com o diagnóstico e tratamento de um qualquer cancro.

A fase intermédia começa com o fim do tratamento, em que a pessoa se move através de uma ténue linha entre o “estar doente”, para “estar bem”, entrando-se na fase denominada remissão da doença. É uma fase também dominada pela “espera cautelosa”, marcada por consultas regulares de vigilância, e por vezes alguma terapêutica, como acontece com a hormonoterapia em cancro da mama ou próstata. Nesta fase, pressupõe-se que as pessoas se sintam aliviadas e felizes. O *stress* após terminar os tratamentos não é habitualmente reconhecido, e esta pode ser uma fase muito solitária.⁸ Em termos físicos, sintomas como a fadiga, dor, mudança de peso ou apetite podem permanecer durante um período mais ou menos longo. Cicatrizes, amputações, veias esclerosadas, ou uma alopecia permanente perpetuam memórias da doença e tratamentos. Pode surgir comprometimento de órgãos e ou sistemas, como por exemplo problemas cardíacos decorrentes da toxicidade de determinados fármacos (antibióticos antraciclínicos), ou problemas reprodutivos por lesão dos ovários ou testículos que podem causar infertilidade em ambos os sexos, assim como menopausa precoce em mulheres jovens, ou disfunções sexuais.³

Enquanto muitos dos sintomas são reversíveis ao longo do tempo, os sobreviventes têm que aprender a monitorizar “sinais do corpo” e adaptar-se à incerteza do futuro. Isto pode tornar-se uma tarefa árdua, pois a vigilância de saúde torna-se mais espaçada, e pode mesmo deixar de ser feita por uma equipe especializada em oncologia, e passar a ser feita pela equipe de cuidados de saúde primários, por exemplo. Em nenhuma outra fase o sentido de ambiguidade é tão prevalente. Psicologicamente a alegria de estar vivo colide com o medo contínuo da recidiva.⁵

A maioria das pessoas sente-se aliviada ao terminar com os tratamentos, mas paradoxalmente sentem tristeza e ansiedade, porque deixam a segurança de controlo sobre a doença que os tratamentos lhes davam, e a incerteza paira como uma sombra. Esta já não é uma fase predominantemente médica, os médicos e enfermeiros tendem a ter um papel menor no apoio e aconselhamento. Efectivamente a preocupação destes profissionais na tecnologia leva a um distanciamento das questões humanas.⁹ Tal facto pode levar a um vazio, a que muitos doentes e famílias se sintam desamparados no mundo “saudável”.

Em termos sociais, o sobrevivente tem que reestruturar as suas relações como amigos, familiares, profissionais de saúde, entidades empregadoras e outros contextos sociais. Deixou de “ser doente” para assumir um outro papel de algum modo ambíguo “a pessoa que teve um cancro”.

O *stress* espiritual pode colocar-se sob a forma de um luto não resolvido, um sentido de perda, e sentimentos de incerteza. De facto, na sequência de um acontecimento que põe em causa o sentimento de segurança como o decorrente da vivência de um cancro, torna-se necessário um tempo para reencontrar o equilíbrio, a homeostasia. Mas muitas vezes a pessoa face à adversidade sai reforçada, cresce com a provação, a experiência da doença é usada como uma oportunidade de reflectir na própria vida, estabelecendo novas prioridades, e tornando-se capaz de assumir mudanças de estilos de vida, de valorizar a dimensão afectiva e espiritual em detrimento das questões de ordem material.¹¹

A fase permanente engloba a duração de vida do sobrevivente, quando o risco de recorrência é pequeno, em que se pode considerar equivalente a uma cura, ou uma remissão controlada.⁵ Não há parâmetros para definir quando se entra nesta fase. Há antes uma evolução gradual que aumenta a confiança na sobrevida, decresce a obsessão com a recidiva e mantém-se livre de doença. Enquanto alguns sobreviventes desfrutam da ideia de cura, outros vivem a vida sob o lema “um dia de cada vez”. Para além da possibilidade de recidiva do cancro, os sobreviventes estão em risco de ter outro tipo de cancro ou sofrer de uma falência de um sistema ou órgão. A vida pode estar livre do cancro, mas os efeitos colaterais, reais ou potenciais podem ser uma ameaça à qualidade de vida.³

Uma vez terminados os tratamentos, há que fazer face às mudanças e transformações desencadeadas pela trajetória da doença, contrabalançando-se aspectos

negativos, mas também positivos.¹ De facto, a ênfase no estudo dos aspectos negativos, tem descurando os resultados positivos decorrentes da experiência de um cancro tais como a esperança, o ter um sentido para a vida, melhorar as relações interpessoais, sentir-se útil, feliz e satisfeito o que pode exceder a globalidade dos resultados negativos.¹²

A investigação na área de oncologia, tem-se centrado mais na primeira fase de Mullan, no desenvolvimento de tratamentos cada vez mais eficazes, na monitorização dos efeitos tóxicos/ colaterais dos tratamentos, nos processos de adaptação ao diagnóstico, nas estratégias de adaptação dos doentes face ao diagnóstico/tratamento do cancro, mas têm havido menor investimento na fase pós-tratamento.

Os sobreviventes de cancro confrontam-se com problemas que podem ser sistematizados da seguinte forma¹²: 1) encontrar um significado do cancro na própria vida (o que reflecte as mudanças físicas, sociais e intrapsíquicas associadas ao ter estado doente); 2) encontrar o lugar para o cancro na vida (o cancro pode ser assumido como uma outra qualquer ocorrência no continuum de vida, ou assumir uma relevância significativa na definição do *self*); 3) lidar com os problemas dos tratamentos e os efeitos colaterais a curto, médio e longo prazo; 4) problemas genéticos (o que questiona a componente genética de alguns cancros); 5) relações com os outros e o lidar com a ameaça de recidiva e ou a morte.

QUALIDADE DE VIDA - UM RESULTADO NECESSÁRIO!

Com cada vez mais terapêuticas a serem testadas na área de oncologia, torna-se extremamente importante que a qualidade de vida referida pelos doentes seja introduzida como uma medida de avaliação de resultados dos cuidados de saúde. De facto, o objectivo do tratamento do cancro é não só obter a cura mas também minimizar a incidência de complicações relacionadas com os tratamentos, potenciando uma qualidade de vida tão longa quanto possível. A longevidade em termos biomédicos deixou de ser considerada a única medida de sucesso na oncologia, expandindo-se como parte integrante dos cuidados, aspectos relacionados com a vertente social, económica, espiritual, em suma com a qualidade de vida.

Qualidade de vida é uma das terminologias interdisciplinares na actualidade,¹³ utilizada em vários contextos de investigação, servindo como elo entre várias

áreas do conhecimento como a sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, geografia, história social e filosofia entre outras. Não se encontrando consensos na comunidade científica sobre o conceito de qualidade de vida, na maioria dos estudos abarca quatro dimensões da vida (física, psicológica, social, espiritual/existencial),³⁻¹³ através das quais se pretende estruturar uma visão globalizante da própria vida, que transcende na área da saúde a visão reducionista anátomo-fisiológica dos problemas de saúde.

Na área dos sobreviventes de cancro o termo “qualidade de vida” só a partir do meio da década de noventa, é que suplementou a “adaptação” ou “adaptação psicológica”, o está relacionado com as mudanças económicas e pressões junto das instituições de saúde, para conciliarem a qualidade com o custo/eficácia.¹⁴ Este autor apresenta uma revisão bibliográfica da qualidade de vida nos sobreviventes de cancro, analisando o seu significado e evolução nos últimos trinta anos. Na década de setenta, a investigação nesta área era tão reduzida quanto o tempo de sobrevida. Na década seguinte, era enfatizada nos estudos a relação entre factores psicossociais e as causas de cancro. A estrutura conceptual dominante era o paradigma do adaptação-*stress*. Os estudos identificavam pessoas em risco de uma má adaptação psicossocial, promovendo-se intervenções clínicas com o objectivo de prevenir ou superar esses efeitos. Nos anos noventa os estudos continuavam a focalizar-se nos problemas de adaptação e *stress*, com menor atenção ao crescimento e bem-estar. Após a década de noventa, o foco nos resultados psicossociais positivos, vieram dar uma outra perspectiva das implicações de um cancro e da sobrevida após um cancro, para além dos efeitos negativos.³⁻¹⁴

O campo da investigação da qualidade de vida relacionada com a saúde torna-se cada vez mais necessário em áreas como oncologia, ou outras em que os tratamentos são efectivamente muito dispendiosos. De facto as instituições de saúde têm que demonstrar os custos/benefícios, não só por condições humanas (em que o bem-estar deve ser um objectivo prioritário), mas também por razões económicas, dado o conhecimento público da problemática referente à gestão financeira dos serviços de saúde na maioria dos países.

De facto, a integração da avaliação da qualidade de vida nos contextos clínicos deve vir a ser normalizada tal como o exame físico ou outros exames clínicos, pois a avaliação individual fornece a compreensão do impacto da doença na perspectiva da pessoa, o que é diferente do estado de saúde e do funcionamento

físico. Estas avaliações são de relevante importância para compreender as diferenças individuais nas respostas à doença, e para desenvolver intervenções preventivas e ou de intervenção precoce de forma a potenciar a qualidade de vida.

Embora como já se referiu a qualidade de vida esteja categorizada em vários domínios, os efeitos físicos, psicológicos, sociais e existenciais estão interrelacionados. Estudos quantitativos têm revelado uma relação significativa moderada a forte entre vários domínios da qualidade de vida, enquanto que os estudos qualitativos demonstram que os efeitos físicos têm implicações sociais e psicológicas.³ Por exemplo, a incontinência não sendo uma condição ameaçadora de vida, pode assumir uma magnitude que interfira com as actividades recreativas e sociais dos sobreviventes. Para além disso, a infertilidade ou o risco de, permanece como um problema para muitos jovens adultos sobreviventes de cancro da infância e pode repercutir-se nas relações afectivas e ou construção de um projecto de família.¹⁵

Os efeitos tardios mais referidos na literatura são divididos nos quatro maiores domínios da qualidade de vida: físico, mental, social e espiritual/existencial, e apresentados no quadro seguinte.³

Como se verifica no Quadro 1, há uma variedade de resultados positivos e negativos que se repercutem na qualidade de vida das pessoas que viveram na sua trajectória de vida um cancro. No entanto, nem sempre se torna claro se as mudanças referidas são efectivamente consequentes do cancro, ou se estão relacionadas com a idade ou com uma outra fase do ciclo de vida. Por exemplo, podem coexistir outros problemas de saúde que podem potenciar a fadiga, e esta não ser consequente ao cancro a que foi tratado. Só uma monitorização cuidadosa, controlando as múltiplas variáveis, e em estudos longitudinais se poderão estabelecer relações de causalidade, isto é se efectivamente decorrem da doença e tratamentos. Os aspectos positivos decorrem da transformação que por vezes surge decorrente de o confronto com uma situação grave como o cancro, o que significa pôr-se em contacto com a sua própria vulnerabilidade.¹

No sentido de desenvolver uma prática humana e humanizadora de cuidados, há que fazer uma abordagem integradora de todas estas dimensões na pessoa que teve um cancro. Pois tendo subjacente o repto da OMS, não chega dar anos à vida, mas é igualmente importante dar vida aos anos.

Quadro 1 – Efeitos tardios mais referidos em sobreviventes de cancro.^{3:244}

<p>Dimensão física</p> <p>Mudanças corporais: cicatrizes, desfiguramento, amputação; Sintomas cardiorespiratórios; Condições de comorbilidade; Fadiga ou decréscimo de energia; Disfunção imunitária; Infertilidade; Linfaedema; Osteoporose/fracturas; Dor, neuropatia, insensibilidade; Menopausa prematura e sintomas de menopausa; Segundos cancros; Disfunção sexual; Mudanças na vida sexual; Maior sensibilidade cutânea; Incontinência (urinária/fecal).</p>	<p>Dimensão psicológica</p> <p>Preocupações com o futuro e morte; tristeza, sintomas de depressão e stress pós-traumático; Sentir-se grato e afortunado; Preocupações com saúde e hipervigilância incluindo: ansiedade aquando das consultas; Incapacidade para fazer planos; Aumento da auto-estima e maestria; Incerteza e vulnerabilidade; Problemas cognitivos.</p>
<p>Dimensão social</p> <p>Afinidade e altruísmo; Alienação e isolamento; Comparação com os pares; Preocupação com o bem-estar de crianças pequenas e risco de cancro; Alterações das relações sociais; Preocupações socioeconômicas: seguro de saúde, procura de trabalho, problemas no emprego e discriminação, retorno à escola, impacto financeiro.</p>	<p>Dimensão espiritual/existencial</p> <p>Valorização da vida; Mudança ou nova orientação em relação ao futuro; Mudança de valores e objetivos; Preocupação acerca da morte e do morrer, particularmente a dor; Convicções religiosas fortalecidas ou alteradas; Sentido de utilidade.</p>

CONCLUSÃO

O cancro, no conjunto das doenças crónicas e graves, assume uma dimensão especial pelos mitos e crenças que a doença criou e pela insegurança, medo irracional e imprevisibilidade que cria no doente e no sistema familiar. Continua a revelar-se como uma das doenças mais temidas da humanidade, que provoca um conjunto de reacções emocionais ao nível do doente, com repercussões imediatas na família e na própria sociedade. No entanto, nos contextos actuais o cancro deixou de ser uma irremediável fatalidade, pois muitas das situações de doença oncológica, são hoje controladas, permitem já grandes períodos de sobrevida.

Neste âmbito, os sobreviventes de cancro representam uma nova realidade nos serviços de saúde. Assim para prestar cuidados adequados a esta população de usuários crescente, os profissionais de saúde devem primeiro conhecer as suas necessidades específicas de forma a desenvolver as intervenções adequadas. Neste contexto, a exigência actual diri-

gida aos técnicos de saúde é ampliada, sugerindo um incremento das intervenções dirigidas aos processos educacionais e apoio psicossocial, à pessoa e família, com vista ao bem-estar e qualidade de vida após a vivência de um cancro.

Os cuidados de saúde devem ser assim desenvolvidos por uma equipa multidisciplinar numa abordagem bio psicossocial e espiritual, e num continuum de vida se efectivamente se pretende cuidados que potenciem uma vida com qualidade!

REFERENCIAS

- 1 Solana CA. Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncologia*. 2005 Mar; 28 (3): 151-63.
- 2 Cartwright-Alcares F, Sung MW, Brenner B, Zambodla A, Geduld A, Desjardins L. An interdisciplinary approach support resources across the oncology care continuum: description of a performance improvement project. *Jour. Nursing Care Quality*. 2003 Jan-Mar; 18 (1): 61-72.

- 3 Zebrack BJ, Cella D. Evaluating quality of life in cancer survivors. In: Lipscomb JC, Gotay CC, Snyder C, organizadores. Outcomes assessment in cancer: measures, methods and applications. Cambridge (UK): University Press; 2005. p.241-63.
- 4 Hewit M, Greenfield S, Stovall E, organizadores. From cancer patient to cancer survivor: lost in transition. Washington (USA): The National Academies Press; 2006 [cited 2005 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/11468.html>
- 5 Mullan, F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. N. Engl. J. Med. N. Engl. Med. 1985 Jul; 313 (4):270-3.
- 6 National Coalition for Cancer Survivorship. Washington Glossary: cancer survivor [cited 2005 Jul 9]. Available from: <http://www.canceradvocacy.org/>
- 7 National Cancer Institute, Division of Cancer Control e Population Sciences. Cancer survivorship research: survivorship definitions [cited 2005 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer.gov/>
- 8 Leigh SA, Stovall EL. Cancer survivorship. Quality for life. In: King CR, Hinds PS, organizadores. Quality of life: from nursing and patient perspectives. 2a ed. Boston (USA): Jones and Bartlett Publishers; 2003. p.381-395.
- 9 De Chico E, Hayashi VD, Ferreira NM. Doente com câncer: a experiência de crescer com o sofrimento. Texto Contexto Enferm. 2004 Jan-Mar; 13 (1): 57-62
- 10 Ferrell BR, Smith S, Juarez G, Melancon C. Meaning of illness and spirituality in ovarian cancer survivors. Oncol Nurs Forum. 2003 Mar-Apr; 30 (2): 249-57.
- 11 Vachon MLS. The meaning of illness to a long-term survivor. Semin Oncol Nurs. 2001 Nov; 17 (4): 279-83.
- 12 Oliveira, M.M Monteiro, A. R. M. Mulheres mastectomizadas- resignificação da existência. Texto Contexto Enferm. 2004 Jan-Mar; 13 (1): 401-8.
- 13 Ribeiro JL. Introdução à psicologia da saúde. Coimbra (PT): Quarteto; 2005.
- 14 Zebrack BJ. Cancer survivors and quality of life: a critical review of the literature. Oncol Nurs Forum. 2000 Oct; 27 (9): 1395-401.
- 15 Hughes MK. Sexuality and the cancer survivor: a silent coexistence. Cancer Nurs. 2000 Dec; 23 (6): 477-82.