

MARINA MARGARIDA DE SOUSA TEIXEIRA

IDENTIFICAÇÃO DIACRÓNICA DE ESTILOS DE VIDA EM DOENTES COM CANCRO  
GÁSTRICO E/OU COLO-RECTAL

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

PORTO, 2010



MARINA MARGARIDA DE SOUSA TEIXEIRA

IDENTIFICAÇÃO DIACRÓNICA DE ESTILOS DE VIDA EM DOENTES COM CANCRO  
GÁSTRICO E/OU COLO-RECTAL

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

PORTO, 2010

MARINA MARGARIDA DE SOUSA TEIXEIRA

IDENTIFICAÇÃO DIACRÓNICA DE ESTILOS DE VIDA EM DOENTES COM CANCRO GÁSTRICO  
E/OU COLO-RECTAL

PARECER DOS ORIENTADORES

Ass. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Marina Margarida de Sousa Teixeira

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Silva e do Professor Doutor Rui Leandro Maia, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em **Psicologia de Educação e Intervenção Comunitária**.

## **Resumo**

O presente trabalho tem por objectivo geral de caracterizar, numa perspectiva diacrónica, os Estilos de Vida em indivíduos com diagnóstico de cancro gástrico e/ou cancro colo-rectal acompanhados na Cirurgia Geral do Hospital de Santo António no Centro Hospitalar do Porto e tem como objectivo específico saber se os indivíduos tendem a alterar os Estilos de Vida após o diagnóstico da doença. Foi utilizado como instrumento de recolha de informação um Questionário de Estilos de Vida, Qualidade de Vida e Doença: I - Dados sócio-demográficos, II – Estilos de Vida, III - Sobre a doença. Com administração sequencial, após consulta, pelo médico assistente de cada doente. A investigação abrange uma amostra por conveniência de 100 participantes do sexo masculino n=66 e feminino n=34 entre os 29 e 93 anos (M= 68; DP=13), 75,0% dos quais casados, com uma média de tempo de diagnóstico de 9,42 meses. Dos resultados encontrados verifica-se uma tendência para alteração de hábitos alimentares após o diagnóstico de cancro, tendo o consumo de alimentos benéficos aumentado e diminuído o consumo de alimentos considerados nocivos. Em relação à dependência de nicotina esta era moderada antes do diagnóstico de cancro, após o diagnóstico é baixa. Na prática de actividade física, há uma maior prevalência de casos da prática de actividade física no presente.

**Palavras-chaves:** Estilos de Vida, cancro gástrico e cancro colo-rectal

## **Abstract**

The present work aims to characterize the general, in a diachronic perspective, the Lifestyle of individuals diagnosed with gastric cancer and / or colorectal cancer followed at the Hospital General Surgery at St. Anthony Central Hospital of Porto and specific aims whether individuals tend to change their lifestyle after the diagnosis. Was used a tool for gathering information a Questionnaire Lifestyles, Healthy Lifestyles and Disease: I – Sociodemographic data, II – Lifestyles, III- About the disease. With sequential administration, after consultation, the attending physician of each patient. The investigation covers a convenience sample of 100 male participants and female  $n = 66$   $n = 34$  between 29 and 93 years ( $M = 68$ ,  $SD = 13$ ) 75,0% of whom married, with an average time of diagnosis 9.42 months. The results found there is a tendency to change eating habits after the diagnosis of cancer, while consumption of beneficial foods increased and decrease consumption of foods considered harmful. Tobacco consumption was moderate before the diagnosis of cancer and low survival rates. The practice of physical activity tends to increase after the diagnosis.

**Keywords:** Lifestyles, gastric cancer and colorectal cancer

Na prevenção do cancro são muito importantes as atitudes positivas. Não só devemos comer menos daquilo  
que nos faz mal, como comer mais daquilo que nos faz bem.

Simões (2009)

O cancro, eu vejo-o como um golfinho azul sentado à beira mar de um rio de persistências metálicas, observo-o a pular. Escapula-se às ondas entristecidas, e ri. Salta como se procurasse agarrar porções de ar claudicado.

Gases que se cansaram de vida, e querem agora molhar os lábios à morte. Que desejam investigar um sentimento flutuante, como a leveza de espírito. O golfinho azul toca. Desfaz pequenas correntes que ligam quem o observa ao radicalismo de uma vida de balões esvaziados.

Odeio metamorfoses de monstros.

Sei-o, de uma forma conflituosa, que dentro do golfinho azul está...

Está o que nunca quis imaginar.

Assombros de pesadelos magnéticos, que deixam marcas no corpo e na alma quando o sol nasce.

Gemidos de crianças que acordam, e em vez de braços abertos em ondas de amor, são esbofeteadas pela escuridão cruel são quase horas de abdicar de tudo.

Mas antes de um final de encandeamentos, uma tirada de completa clarividência...

Amo a vida...

Espero que ela se apaixone, sem reticência também por mim.

Bulletprof (2009)

## **AGRADECIMENTOS**

Expresso a minha gratidão aos doentes inquiridos, que, apesar de nem sempre estarem nas melhores condições físicas e psíquicas, acederam pronta e amavelmente às minhas solicitações.

Pelo apoio constante, motivação, valia das suas sugestões e das pertinentes correcções da Professora Doutora Isabel Silva, adiciono o apoio imprescindível do Professor Doutor Rui Leandro Maia, pela sua prestimosa orientação essencialmente no capítulo de Estilos de Vida, na análise estatística e na interpretação de resultados.

Ao conselho de Administração do Hospital Geral de Santo António, ao Conselho de Ética por terem autorizado a recolha de informação junto dos doentes. A toda equipa da consulta de Cirurgia1 e, em especial o Doutor Jorge Nunes dos Santos, pelo acolhimento dispensado, facilitador da integração na equipa, mas também pela sempre manifesta disponibilidade, atenção e simpatia.

À minha família pela compreensão e pela motivação, indispensáveis à concretização desta importante etapa.

Às amigas Fátima Mota e Madalena Magalhães que, do mesmo patamar que eu, escutaram as minhas angústias e dúvidas, devolveram conselhos, e apoio afectivo.

Ao Alexandre Leite muito mais que um Amigo, um Companheiro sem igual, que ajudou sempre na ansiedade, no abatimento e no desânimo, entusiasmando-me em cada conquista e incentivando-me a continuar.

A todos um Bem-Haja!

## Índice Geral

<b>Resumo</b> .....	v
<b>Agradecimentos</b> .....	viii
<b>Índice Geral</b> .....	ix
<b>Índice de Quadros</b> .....	xii
<b>Índice de Figuras</b> .....	xiii
<b>Índice de Abreviaturas</b> .....	xiv
<b>Introdução</b> .....	1
<b>Capítulo I</b>	
1. Estilos de Vida.....	4
2. Cancro gástrico .....	13
3. Cancro do colo-rectal.....	17
4. Cancro Hereditariedade vs Estilos de Vida .....	20
5. Estilos de Vida e Prevenção do cancro.....	22
5.1. Dieta Alimentar .....	24
5.2. Álcool.....	27
5.3. Tabaco .....	29
5.4. Actividade Física.....	33
5.5. “Entre o bem e o mal”: Estilos de Vida saudáveis vs Estilos de Vida de risco .....	35
<b>Capítulo II - Estudo Empírico</b> .....	38
1. Objectivos gerais .....	38
1.1. Os objectivos específicos da investigação .....	38
2. O método .....	38
2.1. Participantes .....	38

2.2. Material .....	39
2.3. Procedimento .....	40
3. Resultados.....	42
4. Discussão.....	50
<b>Conclusão</b> .....	<b>56</b>
<b>Referências</b> .....	<b>60</b>

## **Anexos**

### **Anexo A**

Questionário de Estilos de Vida, Qualidade de Vida e Doença(s)

### **Anexo B**

Informação sobre a natureza do estudo

### **Anexo C**

Consentimento Informado

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1. Taxa de incidência em Portugal do colo-rectal (Roreno, 2002, 2004, 2007).....</b>	<b>17</b>
<b>Quadro 2. Alimentação antes e após o diagnóstico da doença – percentagens.....</b>	<b>42</b>
<b>Quadro 2 (continuação). Alimentação antes e após o diagnóstico da doença – percentagens.....</b>	<b>43</b>
<b>Quadro 3. Alimentação antes e após o diagnóstico da doença – percentagens .....</b>	<b>44</b>
<b>Quadro 3 (continuação). Alimentação antes e após o diagnóstico da doença – percentagens.....</b>	<b>45</b>
<b>Quadro 4. Bebidas antes e após o diagnóstico da doença – percentagens.....</b>	<b>46</b>
<b>Quadro 5. Bebidas antes e após o diagnóstico da doença – percentagens.....</b>	<b>47</b>
<b>Quadro 6. Grau de Dependência de Nicotina antes e após o diagnóstico da doença – percentagens .....</b>	<b>48</b>
<b>Quadro 7. Prática Actividade Física antes e após o diagnóstico da doença – percentagens.....</b>	<b>49</b>

## Índice de Figuras

<b>Figura.1. Fases do ciclo da mudança de comportamento (Adaptado de Prochaska &amp; DiClemente (1986) .....</b>	<b>53</b>
--	-----------

## **Índice de Abreviaturas**

**CCHNP** - Cancro colo-retal hereditário não polipose

**CNAN** - Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição

**EUFI** - The European Food Information Council

**FTA** - Fumo de Tabaco Ambiental

**IARC** - Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans world health organization international agency for research on cancer

**NCI** - National Cancer Institute

**NHIS** - National Health Interview Survey

**RORENO** - Registo Oncológico Regional do Norte

## **Introdução**

Os Estilos de Vida, reportam-se a tudo o que os indivíduos aprendem a fazer e fazem numa comunidade específica, pressupondo a apropriação duma cultura própria que lhes permita viver, agir e dominar o meio (Sorokin, 1947). Nesta óptica, os Estilos de Vida apontam para o produto da cultura (Taylor, 2002), traduzido em herança social. Os Estilos de Vida traduzem-se, assim, em acções correntes de grupos de indivíduos que, ao darem-lhes identidade, os distinguem dos demais, embora incorporem uma grande diversidade de situações que gravitam em torno de gostos e de práticas, de posses e de gastos, abrangendo, entre outras dimensões, a alimentação, o tabaco, a saúde, as crenças e os estereótipos, as doenças crónicas, a educação e a informação, o espaço habitacional e a habitação, a história clínica familiar, o sedentarismo e a actividade física, o ritmo e a cadência.

A incidência do cancro, uma das mais temidas doenças crónicas, tem vindo a crescer ao longo dos tempos, com tendência de abaixamento de idade de início da doença, sendo a segunda causa de morte no mundo industrializado e, assim também, em Portugal (Figueiredo, 2007).

Há uma relação entre hereditariedade e desenvolvimento de cancro. Existem famílias com síndrome de cancro hereditário, onde estão incluídas pessoas com alto risco de desenvolver cancro e pessoas que tiveram cancro e correm o risco de desenvolver um novo cancro (Bale & Sheilds, 2001). Sabe-se que entre 5,0 e 10,0% de todos os cancros resultam de uma predisposição hereditária (Pfeifer, 2000; Teixeira, 2004). No entanto, uma maior taxa de prevalência de cancro está indiscutivelmente associada à industrialização e à urbanização das sociedades, justificando o conceito de doença da civilização atribuído pelo explorador Levingston, no século XIX (World Cancer Fund and American Institute for Cancer Research, 1997). A etiologia do cancro tem vindo a ser associada à adopção de determinados Estilos de Vida.

O ser humano tem nas suas mãos, em grande parte, instrumentos de prevenção de várias doenças, os quais poderá utilizar ou não. Hoje sabe-se que alguns dos principais factores para o desenvolvimento de cancros, como o gástrico e o colo-rectal, derivam dos hábitos alimentares, do consumo de álcool e de tabaco, e do sedentarismo (Sommer, 1989).

De acordo com o RORENO (1993, 2002), os valores de incidência dos tumores malignos que originam cancro do recto, do cólon e gástrico, são sempre mais altos nos elementos do sexo masculino do que nos elementos do sexo feminino: a incidência do cancro do cólon é de 15,2% no sexo feminino e de 22,1% no sexo masculino; no cancro do recto, é de 12,2% no sexo feminino e de 20,1% no sexo masculino; os valores de incidência do cancro gástrico são de 16,9% no sexo feminino e de 33,5% no sexo masculino.

Com a evolução e as mudanças que vão surgindo nas ciências médicas e na sociedade, vemo-nos cada vez mais confrontados com a necessidade de transmitir aos doentes oncológicos conhecimentos capazes de produzirem comportamentos adequados, relacionados com hábitos alimentares e com prática de exercício físico, susceptíveis de contribuírem para a resolução dos seus problemas ou de melhorar a sua qualidade de vida. Sendo a aprendizagem um processo de transformação do comportamento de um organismo, realizado pelo indivíduo (Oliveira, 1999). A prevenção é entendida como um processo permanente e comunitário (Antunes, Oliveira & Paulo, 1999), parece-nos de extrema importância que o doente adquira capacidades que lhe permitam modificar comportamentos ao longo de toda a sua vida.

Entendemos ser importante o estudo dos Estilos de Vida dos doentes oncológicos nas vertentes da dieta alimentar, do consumo de álcool, do consumo de tabaco e da prática de exercício físico.

O objectivo geral deste estudo é caracterizar Estilos de Vida em indivíduos com diagnóstico de cancro gástrico e/ou cancro colo-rectal acompanhados no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Santo António no Centro Hospitalar do Porto. Como objectivos específicos, procuramos verificar se existem diferenças nos Estilos de Vida antes e após o diagnóstico de cancro.

O presente trabalho está organizado da seguinte forma:

No Capítulo I é apresentada uma revisão da literatura sobre Estilos de Vida. Procura-se esclarecer as características, prevalência e incidência dos cancros gástrico e colo-rectal, não esquecendo factores que contribuem para o seu aparecimento (hereditariedade vs “Estilos de Vida”). Num segundo momento, procuramos clarificar a prevenção do cancro tendo em consideração, a dieta alimentar, o consumo de álcool, o

consumo de tabaco e a actividade física, e efectuamos uma reflexão “entre o bem e o mal”:  
Estilos de Vida saudáveis vs Estilos de Vida de risco.

No Capítulo II, referente ao estudo empírico, primeiramente são definidos os objectivos gerais e os objectivos específicos da investigação. É apresentado o método adoptado e são descritos os participantes, o material e o procedimento. Em seguida, são apresentados e discutidos os resultados. Por fim, apresenta-se uma reflexão fundamentada pelas principais conclusões e limitações do trabalho e, ainda, são referidas algumas propostas de investigação e apresentadas algumas orientações para a prática clínica.

## **Capítulo I**

### **1. Estilos de Vida**

Muitas são as definições que vários autores propõem para Estilos de Vida. Durkheim (1963) apresenta o conceito de Estilos de Vida como associado a maneiras de agir, de pensar e de sentir. Nesta perspectiva, o sociólogo expande, e faz convergir para a definição, várias dimensões da pessoa como a sócio-cultural, a psico-afectivo e a biológica-comportamental.

O Homem, como ser social e gregário, ao longo da vida, passa por processos de interiorização de elementos sócio-culturais do meio, integrando-os nas estruturas da sua personalidade sob a influência de experiências e de agentes sociais significativos, que o conduzem à definição dos ambientes sociais, aos quais tem de se adaptar e nos quais tem de viver (Pearsons & Shils, 1995). A ideologia e a socialização são, pois, processos de aquisição de modelos, de valores, de símbolos, em suma, da construção Estilos de Vida próprios aos grupos, às comunidades, às sociedades, à civilização em que o indivíduo vive.

Toda esta gama de conceitos pode descrever os Estilos de Vida, entendendo-se estes como a forma como o indivíduo gere a sua própria vida e se relaciona consigo, com as outras pessoas e com o ambiente (Rapley, 2003).

A reflexão sobre os Estilos de Vida, tendo por base os quotidianos, exprime-se muitas vezes por dicotomias: Ocidente-Oriente; Norte-Sul, urbano e rural. Esta organização sócio-geográfica conduz a uma estruturação social, visto traduzir o conjunto das preferências e das características de uma determinada condição, que se manifesta em domínios e em comportamentos tão variados como a alimentação, o vestuário, a habitação, a decoração da casa, a música e a dança, a ocupação dos tempos livres, o recreio e o lazer, as relações sociais e as amizades, a linguagem, os hábitos de consumo, os gostos de visionamento televisivo, a orientação política, a educação, a religião, a sexualidade, a saúde,... (Gonçalves & Carvalho, 2005).

A acção quotidiana dos sujeitos, vista na sua dimensão microssistémica, conduz ao campo da etnicidade e esta ganha expressão tanto mais forte quanto mais acentuados forem os contrastes sociais, comportamentais e culturais existentes entre a realidade urbana e a

realidade rural, e que se traduzem por diferentes Estilos de Vida (Gonçalves & Carvalho, 2005).

Os Estilos de Vida e os quotidianos estão ligados ao sistema produtivo dos países. Portugal tem um desenvolvimento que não é homogéneo, pelo que o país apresenta uma miscelânea de Estilos de Vida e de quotidianos em função dos mundos sociais que o compõem. Estas assimetrias, que conduzem a quotidianos e a Estilos de Vida característicos e definidores das realidades sócio-geográficas, estão estritamente relacionadas com os processos de “litoralização” e “emigração” (Almeida, Machado, Capucha & Torres, 1994) iniciados nos anos 40 e fortemente incrementados nos anos 60 do século XX. A acção social e quotidiana é conceptualizada e mediatizada por um conjunto mais ou menos articulado de jogos com regras e mecanismos de regulação específicos. As normas e os valores como construções sociais tornam-se produtores de uma ordem local, de um quotidiano, e designam o grau de dependência das pessoas em relação às características de um contexto (Gonçalves & Carvalho, 2005).

Os quotidianos sociais do mundo rural passam predominantemente pelo conhecimento e estabelecimento de relações de trabalho, pelo comunitarismo, pelo convívio, pela entreatajuda, pela amizade, pelo auxílio e defesa comuns e pelo desenvolvimento de ritos (Gonçalves & Carvalho, 2005).

As sociedades rurais apresentam-se mais como estruturalistas (Goldmann, 1964), ou seja, mantêm nos seus quotidianos, nos seus modos de vida, homologias estruturais que se construíram no passado, isto é, semelhanças ou similitudes que se traduzem por Estilos de Vida das gerações antigas, cujo valor natural lhe é conferido pelo valor do uso num determinado espaço, tendo em vista reproduzir uma ordem estabelecida.

Por outro lado, os quotidianos urbanos enquadram-se mais no estruturalismo construtivista (Bourdieu, 1994), em que o indivíduo, o actor social, faz interpretação da realidade, e, por conseguinte, ganha autonomia para desenvolver estratégias, adaptando-as nos Estilos de Vida.

Fala-se de consumo de cultura como um bem de troca no mercado regulado pelo jogo entre a oferta e a procura. Teóricos como Adorno e Horkheimer (1972), que têm seguido os trabalhos de Lefebvre, afirmam que a lógica do mercado e a racionalidade

instrumental, que é manifestada na esfera da produção, pode reflectir-se na esfera do consumo, podendo ver-se uma espécie de "indústria" nas diferentes actividades do tempo livre e da cultura.

Se, na análise do consumo, se colocar o eixo na questão económica, encontramos este tipo de interpretações em pensadores como Marx e Castells. O consumo é parte, é um momento da produção, e é responsável por criar a necessidade para que o processo produtivo possa ser completo (Marx, 1986). Castells (1985) considera os aspectos ideológicos e políticos, observa o consumo como processo produtivo e centra a análise no consumo colectivo de um capitalismo avançado. Nos símbolos encontramos conceptualizações que reconhecem na veste, como em qualquer outro bem que é consumido, símbolos de *status* de classe (Goffman, 1951).

Arantes (1993) considera que os bens e os serviços podem ser entendidos como os recursos que formam os vínculos sociais e os Estilos de Vida. O consumo é constituído por acções de apropriação que constroem vínculos sociais que moldam, ao mesmo tempo, pelo carácter moral dessas relações. Neste sentido, e como resultado da articulação que é realizada nos seus trabalhos, relaciona o divertimento como prática e o consumo dos indivíduos, argumenta o interesse em tomar as alternativas do tempo livre como forma de acesso social, de uso tanto prático quanto simbólico e de posse material, como consumo contextualizado por um sistema de relações sociais e um sistema de ordem moral.

O conceito de "tempo" não é único: responde a cada cultura que realiza as suas próprias representações gráficas e mentais, traz no seu colo certas concepções e usos sociais, é um organizador social que nos proporciona formas de ver e de entender o mundo, organiza o trabalho e o descanso, organiza papéis sociais em relação com o momento da idade de adquirir com responsabilidade estes papéis, organiza cuidados alimentares e de higiene, organiza a educação, organiza as nossas formas de lembrar e organiza a forma temporal de observarmos e de interpretarmos o nosso passado (Andrade & Alejandra, 2006).

Perante isto, cada cultura unifica, legitima e dá forma às maneiras de perceber o tempo dos sujeitos, de qual o uso que pode ser dado e em como viver o tempo. Falamos de "tempo de ócio" como uma construção histórica que simboliza o tempo do que não é

obrigatório, diferente do tempo do que é obrigatório, por referência às actividades produtivas (Waichman & Pablo 1993).

Nos últimos anos, têm-se observado mudanças nos Estilos de Vida de indivíduos de todas as idades, potenciadoras de factores de risco para a saúde, principalmente devido a excessos alimentares que podem levar à obesidade. A relação entre sedentarismo e excesso de peso corporal está directamente associada ao risco de doenças cardiovasculares, metabólicas e psíquicas (Campbell, Crocker & McKenzie, 2002).

O aumento global, epidémico, de doenças está estritamente relacionado com alterações dos Estilos de Vida, nomeadamente com o tabagismo, a inactividade física (sedentarismo) e a alimentação desequilibrada (World Health Report, 2002).

Estima-se que o sedentarismo seja causador de 1 milhão e 900 mil mortes a nível mundial. É também a causa de 10,0-16,0% do cancro da mama, do cancro cólo-rectal e da diabetes mellitus. O risco de se ter uma doença cardiovascular aumenta 1,5 vezes nos indivíduos que não seguem as recomendações mínimas para a actividade física (World Health Report, 2002).

A literatura tem recomendado, no mínimo, 30 minutos de exercício físico aeróbio moderado, cinco vezes por semana, ou exercício vigoroso durante 20 minutos, três vezes por semana, como suficientes para promover e manter a saúde. Sugere, ainda, a realização de exercícios com algum grau de dificuldade e de resistência nos principais grupos musculares, pelo menos dois dias da semana, para manter ou aumentar a força e a resistência musculares (Haskell & et al., 2007).

Os meios de comunicação social, particularmente a televisão, são parte integrante da vida quotidiana das famílias. De acordo com um estudo realizado pela Marktest Audimetria (2001). Quando comparado com outros países, o nosso ocupa mesmo uma posição cimeira nesta matéria. O estudo da Marktest Audimetria compara os primeiros semestres de 2000 e de 2001, concluindo que existe uma ligeira variação média de 7 minutos num total de 195 minutos, ou seja, de 3,6% (Marktest Audimetria, 2001).

A variação de consumo não é uniforme em todos os pontos. O consumo teve um maior decréscimo em 2001 nas seguintes situações (Marktest Audimetria, 2001):

- Nos indivíduos com mais de 64 anos, passou de 284 minutos para 256 minutos, 10,9%;
- Nos indivíduos entre 45 e 54 anos, passou de 213 minutos para 194 minutos, 10,4%;
- Na Região Sul, passou de 226 minutos para 202 minutos, 11,2%;

Uma análise por períodos horários mostra que a variação não é uniforme ao longo do dia, existindo um aumento de consumo durante a manhã e uma diminuição em outros períodos, como, por exemplo, a partir das 22:30h.

Uma outra análise, comparando meses homólogos, mostra que também aqui não existiu um comportamento uniforme. Em Março de 2000 verificou-se uma diminuição de 9,0% mas, em Junho de 2001, houve um aumento de 1,7%.

Comparando com o ano de 2009, cada português viu, em média, por dia, em sua casa, 3 horas, 29 minutos e 6 segundos de televisão (Marktest Audimetria, 2010).

A análise mostra comportamentos diferentes face a este meio. A idade e a situação no lar são as variáveis que mais influenciam o consumo de televisão, já que é aqui que se observam maiores diferenças de comportamento entre os indivíduos (Marktest Audimetria, 2010).

Os maiores consumidores deste meio de comunicação são, por região, os residentes no Sul, com 3h39m53s (mais 5,2% do que a média do universo); por grupo social, os indivíduos de baixa condição económica, com 4h21m32s (mais 25,1% do que a média do universo); por sexo, as mulheres, com 3h45m17s (mais 7,7% do que a média do universo); por idade, os indivíduos com mais de 64 anos, com 5h06m28s (mais 46,6% do que a média) e, por situação no lar, as donas de casa, com 4h15m44s (mais 22,3% do que a média) (Marktest Audimetria, 2010).

Pelo contrário, os jovens entre os 15 e os 24 anos e os indivíduos das sociais de maiores rendimentos alta são os que apresentam os índices de audiência de televisão mais baixos (Marktest Audimetria, 2010).

O conceito Estilos de Vida é amplo. Engloba a pessoa como um todo e em todos os aspectos da sua actividade, isto é, a forma como se concebe a sua existência, pelo que

esses aspectos se combinam para influenciar todas as dimensões que compõem o conceito de saúde física, mental, social, emocional e espiritual e traduzem-se por níveis de satisfação, de bem-estar, de competência, de aceitação social e de qualidade de vida (Rapley, 2003).

Os comportamentos e os Estilos de Vida são determinantes para a saúde (Wold, 1993). É necessário analisar todos os processos que levam à escolha de Estilos de Vida mais ou menos saudáveis (Matos, Simões, Carvalhosa & Canha, 1998), uma vez que os comportamentos podem contribuir para o desenvolvimento de doença.

Os comportamentos de saúde surgem, em dicotomia, classificados como positivos e negativos (Ogden, 1996). Os positivos envolvem acções do tipo usar cintos de segurança, fazer “check-ups” regularmente, dormir o número de horas adequadas ou ter cuidados de higiene (Ogden, 1996). Steptoe e Wardle (1996) referem que estes comportamentos envolvem actividades que contribuem para a promoção da saúde, a protecção do risco de acidentes e a detecção da doença e da deficiência num estágio precoce. Os comportamentos de saúde positivos surgem também na literatura com a denominação de comportamentos de protecção da saúde (Matarazzo, 1984). Os negativos envolvem, por exemplo, comportamentos como fumar, ingerir álcool em excesso ou fazer uma dieta com alto teor de gorduras (Ogden, 1996). Estes comportamentos são apresentados por Steptoe e Wardle (1996) como de risco para a saúde e traduzem-se em qualquer actividade praticada por indivíduos com frequência ou intensidade tal que conduz a um aumento de risco da doença ou de acidente. Estas acções são consideradas de risco, exista ou não consciência da sua relação com as possíveis consequências. Os comportamentos de saúde negativos surgem também na literatura com a denominação de hábitos prejudiciais à saúde (Matarazzo, 1984).

Alonzo (1993) sublinha ainda que este conceito deverá também englobar acções comunitárias e sociais que têm como objectivo aumentar os níveis de controlo do risco. Brunh (1988) afirma que os principais factores que podem influenciar os comportamentos de saúde se agrupam em quatro categorias: envolvimento, culturais, grupais e pessoais.

Os factores envolvimentoais estão relacionados na maioria das situações com as políticas públicas e organizacionais. No entanto, em alguns casos é possível que estes factores estejam ligados a factores individuais, em relação aos quais os indivíduos têm um controlo directo, nomeadamente, o lugar onde vivem e o lugar onde trabalham.

Os factores envolvimentoais, em particular o envolvimento físico, influenciam, por um lado, os comportamentos, as atitudes e os valores dos indivíduos relativos à saúde, e, por outro, o tipo, a disponibilidade e a acessibilidade dos serviços sociais e de saúde.

Os factores culturais estão associados aos valores inerentes à sociedade ou a determinados grupos. Segundo Bruhn (1988), a saúde não é muito valorizada, sendo considerada um “bem” que pode ser “comprado” quando necessário. Na medida em que a saúde não está aliada a um alto valor, a mudança de comportamentos não saudáveis torna-se muito difícil.

Para os factores grupais, Bruhn (1988) destaca a família e os grupos de pares como as principais fontes de influência nas atitudes e nos comportamentos relacionados com a saúde. Na família valoriza-se, entre outros aspectos, a relação entre o nível de educação dos pais e a preocupação destes com a saúde e com a aquisição de um Estilo de Vida saudável. Relativamente aos grupos de pares, é destacada a pressão do grupo favorito na conformidade dos indivíduos relativamente à prática de alguns comportamentos de saúde negativos.

Os factores pessoais englobam, entre outros, as crenças relativas ao controlo pessoal e o conceito de *hardiness* que envolve três construtos: o empenho, a tendência para avaliar solicitações como desafios e não como ameaças e o sentido de controlo sobre a sua própria vida (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982).

De um modo geral, os factores apresentados como determinantes dos comportamentos podem ser agrupados em duas categorias (Conner & Norman, 1996): factores intrínsecos e extrínsecos. Nos intrínsecos, encontram-se os factores sócio-demográficos, a personalidade, as cognições e o suporte social. Nos extrínsecos, encontram-se as estruturas de incentivo (impostos, subsídios, sistemas de aprovisionamento de bens e serviços) e as restrições legais.

Numa revisão de estudos realizada por Odgen (1996) foi examinada a relação entre os comportamentos de saúde e o estado de saúde. Foi possível verificar uma relação entre a prática de alguns comportamentos de saúde e o baixo nível de mortalidade e o consequente aumento de tempo de vida. Os comportamentos identificados incluíam tomar o pequeno-almoço todos os dias, comer raramente entre as refeições, ter ou estar próximo do peso recomendado, não fumar, não consumir ou consumir moderadamente álcool e praticar actividade física regularmente. Também Conner e Norman (1996) realizaram uma revisão de estudos onde salientam que o consumo de tabaco, o consumo de álcool, a ausência da actividade física e a má alimentação como factores percussores das doenças cardiovasculares e do cancro.

As doenças cardiovasculares e o cancro constituem a principal causa de morte nos países ocidentais. Destaca-se, assim, a importância da promoção dos comportamentos de saúde como forma de evitar estes problemas (U.S. Department of Health and Human Services, 1990). HealthierUS e Healthy People 2010 (2005) compartilham objectivos primordiais para ajudar as pessoas a viverem mais tempo e mais saudáveis. Os dois projectos pretendem atingir este objectivo através de quatro componentes básicos, denominados pilares, estes são os de aptidão física, a nutrição, a prevenção e fazer escolhas saudáveis. Healthy People 2010 aborda directamente a aptidão física e nutrição na actividade física e *fitness* e em nutrição e excesso de peso, respectivamente. A Healthy People 2010 (2005) propõe uma série de objectivos no âmbito da saúde das pessoas, a saber:

- Exames preventivos
- Identificação do cancro
- Consumo de tabaco
- Prevenção da violência
- Abuso de substâncias químicas.

Para o cancro do colo-rectal é recomendado uma alimentação rica em produtos de origem vegetal, a limitação do consumo de ovos e de carne vermelha, a substituição das gorduras de origem animal por gorduras de origem vegetal, como o azeite. Uma dieta do tipo mediterrânico é, neste caso, a mais apropriada. A relação entre dieta e cancro colo-

rectal está na interação dos nutrientes entre si e entre todos os constituintes dos alimentos, associada a respostas individuais aos factores dietéticos, determinados por factores genéticos, fisiológicos e por Estilos de Vida (Mendes, 2008).

Estudos realçam que a obesidade ou o excesso de peso são dos principais factores de risco para o cancro do colo-rectal. Colocando a tónica da prevenção na manutenção do peso corporal, estes estudos confirmaram a já antiga asserção de que a restrição calórica atrasa a senescência, prolonga a vida e diminui a incidência de neoplasias (Mendes, 2008).

O tabaco também é um dos factores de risco para o cancro do colo-rectal, pelo que se recomenda a total abolição do consumo (Mendes, 2008).

Muitos são os factores que podem estar associados ao desenvolvimento do cancro gástrico, doença complexa que envolve factores ambientais e é susceptível à receptividade de hospedeiros e à infecção bacteriana ou vírica. Os factores de risco incluem: sexo masculino, história familiar, alimentos fumados, dietas ricas em sal e em nitratos, alguns químicos exógenos, síntese intragástrica de carcinogéneos (conversão de nitratos em nitritos). O tipo de dieta é um factor preponderante. Nas regiões onde a alimentação é rica em sal e os produtos defumados abundam, verifica-se os mais elevados índices do cancro gástrico, quando comparados às regiões onde a dieta é rica em legumes, vegetais, vitamina C e antioxidantes. Os alimentos processados contêm elevados níveis de nitratos e nitritos, que, além de irritantes gástricos, podem ser convertidos em substâncias cancerígenas. O consumo de tabaco representa um factor de risco, provavelmente pela diminuição dos níveis da vitamina C. Um outro factor também poderá ser pelos agentes infecciosos (*Helicobacter pylori*, vírus de Epstein-Barr), condições patológicas do estômago (gastrite atrófica, metaplasia intestinal), adenomas gástricos, poliposes, gastrectomia parcial prévia e doença de Menetrier. A Aspirina, as frutas frescas, os vegetais, o selénio e a vitamina C parecem ser protectores. O cancro gástrico hereditário representa, apenas, 10,0% dos casos (Evangelista, 2008), pelo que a atenção aos aspectos referidos relacionados com os Estilos de Vida deve ser redobrada.

## **2. Cancro gástrico**

Cada indivíduo adulto possui aproximadamente 6 biliões de células. Estas, embora de diferentes tipos, apresentam características em comum. As células dos diferentes órgãos sofrem, ao longo do seu desenvolvimento no embrião, uma diferenciação de tamanho, de forma e de organização (Hogan, 1999; Pfeifer, 2000). A capacidade de reprodução é comum na maioria das células. Normalmente, após verificar-se a destruição celular, dá-se a respectiva reprodução, até ao restabelecimento do número de células correcto. Esta actividade cessa após se verificar a correcção do dano (Pfeifer, 2000).

No desenvolvimento do cancro há um crescimento descontrolado e uma propagação de células anormais. Estas células invadem e destroem os tecidos que as circundam, através de um processo designado por metástases. As células cancerígenas espalham-se pelo sangue e pelo sistema linfático, dando origem ao aparecimento de novos agrupamentos cancerígenos nas outras partes do corpo humano (Sommer, 1989).

O cancro gástrico é a segunda causa de morte por neoplasia no mundo, ocorrendo com grande frequência no Japão e na China. A incidência do cancro gástrico está a decrescer globalmente. Todavia, em alguns países europeus ainda é expressivo: Portugal, Itália, Espanha, Áustria e Alemanha têm a taxa de incidência mais elevada da União Europeia (González, et al. 2003). Segundo o CID-10 lista europeia (2006), em Portugal, o total de mortes por tumor maligno do estômago, em 2006, foi de 2273 indivíduos em comparação total de óbitos de 100737, ou seja, foi responsável por 2,3% das mortes ocorridas.

Em Portugal o cancro gástrico é a terceira causa de morte por doença oncológica, posteriormente ao pulmão e à próstata, no sexo masculino, e da mama e colo-rectal, no sexo feminino (Santos, 2006).

Segundo o RORENO (1995), que inclui a participação de 33 instituições de saúde do Norte de Portugal, os tumores do foro digestivo (peritoneu e órgãos digestivos) são os mais frequentes, sendo o cancro do estômago o que apresenta maior frequência (14,4%), seguindo-se o cancro do cólon (8,5%) e o cancro da região ano-rectal (7,2%). O estudo, dos tumores malignos com taxas de incidência padronizada superiores a 10,0%, segundo a localização primitiva realizado em 2002, permitiu verificar que em Portugal, a taxa de

incidência por cancro do cancro gástrico é de 16,92% no sexo feminino e de 33,53% no sexo masculino (RORENO, 2002). Segundo o RORENO (2004), dois anos após esse estudo, verificou-se que, em Portugal, a taxa de incidência do cancro gástrico é de 10,2% no sexo feminino e de 10,7% no sexo masculino, observando-se, por isso, uma tendência de diminuição, o que nos leva a formular a questão: “Será que os Portugueses adoptaram Estilos de Vida mais saudáveis?”

O aparecimento do cancro poderá depender de vários factores. Em estudos são referenciados alguns aspectos apresentados a seguir.

Segundo uma pesquisa realizada no Havai, numa sociedade urbana, existem diferenças na prevalência de determinados tipos de neoplasia gástrica de acordo com o sexo e a idade dos participantes, bem como quanto à localização do cancro no estômago de acordo com as diferentes etnias (Stemmerman, Nomura, Kolonel, Goodman & Wilkens, 2002).

A incidência é maior nos homens (numa proporção de 1,7:1) do que nas mulheres, mas a mortalidade é semelhante nos dois sexos. A incidência aumenta com a idade e nos indivíduos de coloração negra a ocorrência é 1,5 maior (Schwartzmann, Mattei & Moreira, 2004). Algumas pesquisas também apontam para que o cancro gástrico seja mais comum em classes socioeconómicas mais baixas (Bernhard & Hürny, 1998; Hanks, Jones & Minasi, 1996). Cerca de 60% dos casos ocorre em países em desenvolvimento, o que poderá levar a que o cancro gástrico possa tornar-se numa doença negligenciada no que respeita aos esforços de investigação dos países mais desenvolvidos (Lunet, Carvalho & Barros, 2006).

A incidência do cancro, uma das mais temíveis doenças crónicas, a idade de início tem vindo a baixar. Uma maior taxa de prevalência está indiscutivelmente associada à industrialização e à urbanização das sociedades, justificando o conceito de doença da civilização atribuído pelo explorador Levingston no Séc. XIX (World Cancer Fund and American Institute for Cancer, 1997). Observa-se uma variação de ampla incidência em todo o mundo, com áreas de alta ocorrência, como a América do Sul, e de incidência muito menor, como a Europa Ocidental e os Estados Unidos. Apesar de terem sido realizados inúmeros estudos, no mundo ocidental, o diagnóstico ainda é tardio, embora o índice de

sobrevivência global seja de cinco anos, correspondente a 15,0% dos casos totais (Evangelista, 2008).

Segundo Nogueira, Silva, Santos et al. (2002), após realizarem um estudo no Hospital Geral de Santo António com 91 casos de cancro gástrico precoce, concluíram que as taxas de sobrevivência, de 85,0% aos 5 anos e de 80,0% aos 10 anos, estão relacionadas com a invasão metastática dos gânglios e não com o crescimento em profundidade ou o tamanho do tumor.

Verifica-se alguma variação nos padrões de morbilidade dos diversos tipos de cancro no mundo. Alguns são mais frequentes nos países ocidentais e industrializados, outros surgem com maior prevalência nas regiões mais pobres. A diminuição da taxa de incidência, verificada em algumas zonas dos países mais desenvolvidos após implementação de medidas de prevenção, reflecte alterações positivas no ambiente e nos Estilos de Vida das populações, sugerindo que a doença reage rápida e favoravelmente a essas mudanças (World Cancer Fund and American Institute for Cancer, 1997).

A etiologia do cancro gástrico parece estar relacionada com vários factores, como a predisposição genética, as infecções e as componentes da dieta. Mas os papeis do tabaco e do álcool como factores de risco ainda se mostram inconsistentes (Schwartsmann, Mattei & Moreira, 2004).

Os sintomas na fase inicial são geralmente vagos, inespecíficos (ex: discreto desconforto epigástrico, dispepsia) e, por isso, ignorados pelos doentes, que, muitas vezes, recebem tratamento para doenças benignas (úlceras e gastrites) entre seis a doze meses, sem avaliação clínica especializada (Evangelista, 2008).

No cancro gástrico, os sintomas mais frequentemente apresentados pelos doentes são a anorexia, a disfagia, as náuseas, os vômitos ou a diarreia, que aumentam o risco de instalação ou de progressão de malnutrição, a qual pode comprometer a capacidade funcional (Grosvenor, Bulcavage & Chlebowski, 1989). A diarreia costuma ser episódica em alguns casos; noutros pode verificar-se persistência por vários dias com períodos assintomáticos de vários meses. Com frequência, este sintoma melhora no decorrer do primeiro ano após a cirurgia e só excepcionalmente constitui um problema incapacitante (Santos, 2006).

A rápida perda de peso, a anorexia e os vômitos ocorrem na fase avançada, sendo estes os sintomas mais frequentes. A dor epigástrica é semelhante à dos processos benignos e, muitas vezes, melhora com a ingestão alimentar. Ocasionalmente, é confundida com angina coronariana (Evangelista, 2008).

O cancro gástrico pode estar associado à anemia por perda crónica de sangue, muitas vezes detectada por sangue oculto nas fezes. Raramente, porém, é causa de sangramento denso. No exame físico podemos detectar massas abdominais palpáveis em menos de 30% dos casos. O diagnóstico precoce é a única oportunidade de cura, o que implica a necessidade de investigação mesmo nas queixas mais vagas e, sobretudo, de um programa de avaliação especializada nas populações com maior risco. No Japão, mais de 50% dos casos de cancro gástrico são diagnosticados precocemente, enquanto que nos países ocidentais o diagnóstico é tardio em 80,0% dos casos (Evangelista, 2008).

Verifica-se que determinados sinais clínicos e história familiar são os primeiros indícios utilizados na identificação dos indivíduos com potencial e predisposição para o cancro. Existem famílias com “síndrome de cancro hereditário” (Bale & Sheilds, 2001). O mesmo tipo de diagnóstico em vários membros da família, ao longo de várias gerações, idade precoce (vinte anos mais cedo que na população em geral), tumores primários múltiplos, incidência elevada de tumores bilaterais em órgãos pares e a presença de síndromes pré-cancerígenos e cancros raros, é caracterizado por síndrome do cancro hereditário (Hogan, 1999; Pfeifer, 2000; Teixeira, 2004). Os seus constituintes podem, portanto, com alto risco, desenvolver cancro, e, para os que já tiveram esse diagnóstico anteriormente, reincidirem (Bale & Sheilds, 2001). Cerca de 5,0 a 10,0% de todos os cancros resultam de uma predisposição hereditária (Pfeifer, 2000; Teixeira, 2004).

### 3. Cancro do colo-rectal

O cancro do colo-rectal é apontado como uma das maiores causas de mortalidade por cancro nos EUA, responsável por 15,0% dos casos de cancro (Ganzl, 1996). Segundo Otto (2000), ambos os sexos são igualmente afectados por esta patologia, verificando-se, uma maior incidência em pessoas com mais de cinquenta anos. A American Cancer Society (2007), num estudo efectuado sobre as causas de morte nos EUA, pelos diferentes tipos de cancro, conclui que o colo-rectal afecta em 10,0% no sexo feminino e 9,0% no sexo masculino sendo estes referentes a 23,1% das mortes.

Segundo o CID-10 lista europeia (2006), o total de óbitos registado em 2006 em Portugal por tumor maligno do cólon foi de 2405 em comparação com total de óbitos a nível nacional de 100737.

**Quadro 1. Taxa de incidência em Portugal do colo-rectal (RORENO, 2002, 2004, 2007)**

Ano	Sexo Feminino	Sexo Masculino
2002 (colo-rectal)	15,2%	22,1%
2004 (cólon)	9,6%	10,0%
2004 (recto)	5,4%	6,2%
2007 (colo-rectal)	5,2%	6,8%

Como podemos observar no quadro 1, segundo o registo do RORENO, a taxa de incidência tem vindo a diminuir. Poderemos colocar muitas questões sobre quais as razões deste decréscimo. Será que os Portugueses adoptaram Estilos de Vida mais saudáveis? Ou a transmissão genética diminuiu? São questões ainda sem resposta, mas a nível nacional, sabemos que, entre 2002 e 2007, algo mudou.

A etiologia do cancro colo-rectal é ainda desconhecida. Esta doença é, no entanto, frequentemente associada a factores dietéticos (LaMont & Isselbacher, 1980). Os estudos epidemiológicos realizados apontam o envolvimento de factores nutricionais em 30,0% dos diversos tipos de cancro (World Cancer Fund and American Institute for Cancer, 1997). A importância do conhecimento e identificação desses factores, em diferentes áreas

geográficas, advém do facto de serem factores de risco controláveis; consequentemente, a prática de alimentação saudável, a manutenção de peso adequado e a actividade física regular, podem revelar-se eficazes na prevenção do cancro (Ravasco, Monteiro, Grillo & Camilo, 2002).

Aproximadamente 80,0% dos pacientes desenvolvem o cancro do colo-rectal de forma esporádica, enquanto que em 20,0% há uma susceptibilidade hereditária à neoplasia. Das formas hereditárias o cancro colo-retal hereditário não polipose [CCHNP] é a mais comum, sendo responsável por 20,0 a 30,0% destes, o que equivale a 3,0% a 5,0% de todas as neoplasias colo-retais (Yu, Lin, Ota & Lynch, 2003).

No cancro colo-rectal, os açúcares simples e gorduras ingeridos em excesso foram os primeiros nutrientes a ser identificados como factores de risco para a promoção da lesão precursora do cancro do colo-rectal (Fearon & Vogelstein, 1990; Friedman, Isaksson, Rafter, Marian, Winawer & Newmark, 1989). Não descurando a importância da componente genética na incidência do mesmo, a interacção nutriente-genómica ou próteómica funcional numa área de investigação de ponta poderá trazer novas técnicas para o tratamento do cancro (Stierum & et al., 2001).

Os tumores colo-rectais apresentam-se com sintomatologia comum. Alguns desses sintomas, no entanto, podem ser confundidos com os de outras patologias, por não serem específicos. O diagnóstico está dependente da pesquisa a nível da história do doente (anamnese), do exame físico, dos testes laboratoriais e de outros exames complementares de diagnóstico, deve fazer parte da colheita de dados iniciais, a pesquisa de sintomas tais como: perda de peso, sangue nas fezes ou outras alterações dos hábitos intestinais. Referem ainda estes autores que esta sintomatologia não pode ser atribuída a outras doenças menos graves, até que seja afastada definitivamente a hipótese de carcinoma. O exame físico completo tem também um contributo fundamental para o diagnóstico. Cerca de 75,0% a 90,0% dos doentes com esta patologia são submetidos a tratamento cirúrgico, sendo a mortalidade operatória inferior a 5,0% (LaMont & Isselbacher 1980).

A taxa de sobrevivência de 5 anos para os doentes com esta patologia, que são submetidos a cirurgia, é de aproximadamente 50,0% e destes 75,0% a 80,0% vive 5 ou mais anos (LaMont & Isselbacher, 1980).

Muitos são os factores que podem levar a um diagnóstico tardio do cancro do colo-rectal. A falta de políticas de saúde que alertem a população para a necessidade do diagnóstico precoce, o desconhecimento dos doentes sobre sinais e sintomas, a falta de um modelo adequado de rastreio da doença nas suas fases iniciais, o custo elevado dos exames de diagnósticos e o baixo nível socioeconómico são apontados como alguns dos factores determinantes (Santos, 2003). De entre os riscos associados a Estilos de Vida, diversos estudos caso-controlo que comparam o consumo regular de tabaco vs não consumo, demonstram uma associação consistente do consumo de tabaco com a incidência do cancro colo-rectal (Terry, Ekblom, Lichtenstein, Feychting & Wolk, 2001). A associação entre o consumo excessivo de álcool e o cancro do colo-rectal, anteriormente não identificado como factor de risco (Kearney & et al., 1995), foi entretanto referenciado em dois grandes estudos epidemiológicos: Bardou & et al. (2002) identificam a ingestão excessiva de álcool como factor de risco, potenciado pela concomitante deficiente ingestão de vitaminas; Cravo e et al. (1995), para os indivíduos do sexo masculino, apontam o excessivo consumo de álcool como um risco associado à deficiente ingestão de vitaminas.

No CCHNP, as neoplasias tendem a ocorrer preferencialmente no cólon direito, 60,0% a 70%, mais precocemente por volta dos 45 anos de idade, noutras locais (20,0%). São diagnosticadas em doentes com média de idade de 65 anos e predominam no cólon esquerdo (Valadão & Castro, 2007).

#### **4. Cancro Hereditariedade vs Estilos de Vida**

A semelhança que existe entre pais e filhos é reconhecida desde há milhares de anos. Aos poucos, foi sendo percebido que as semelhanças determinadas pelo parentesco não se limitavam à aparência física, mas se estendiam ao funcionamento de todo o organismo, a aptidões físicas e intelectuais, a temperamento e a preferências gastronómicas, que se repetiam dentro de uma mesma família (Serviço de Oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein, 2009).

As características pessoais são transmitidas aos filhos em combinações sempre diferentes, cada um dos pais contribuindo com metade das informações necessárias para a formação de um novo ser vivo. Essas informações estão armazenadas no núcleo das células, em estruturas denominados cromossomas (Serviço de Oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein, 2009).

A palavra cancro é aplicada a cerca de 200 doenças que se caracterizam pelo crescimento desordenado de células de uma parte do organismo, sendo ainda marcado pela possibilidade de disseminação da doença para locais distantes de seu órgão de origem. O cancro surge através de modificações no comportamento de um pequeno número células que deixam de responder aos mecanismos de controlo, devido a mutações no seu material genético. Nas últimas décadas, tem vindo a ser possível reconhecer o carácter hereditário de diversos tipos de cancro, com algumas famílias a apresentar elevada incidência de determinados tumores. Pequenas modificações no ADN de uma célula podem determinar profundas alterações na sua forma ou na sua função. Essas mudanças no material genético são chamadas mutações e correspondem ao mecanismo básico de formação de uma célula maligna. As mutações responsáveis pela transformação maligna geralmente ocorrem nos genes que comandam a divisão celular ou controlam os processos de amadurecimento e morte da célula. Com esses controles comprometidos, a célula passa a crescer e se multiplicar continuamente, dando origem ao cancro (Serviço de Oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein, 2009).

As células multiplicam-se através da divisão celular, quando são criadas duas novas células idênticas à original. Sendo assim, toda mutação que vier a sofrer poderá ser transmitida para os descendentes. Por isso, quando uma célula germinativa apresenta

mutações capazes de favorecer o desenvolvimento do cancro, potencia-se o estabelecimento de uma predisposição genética para o cancro na família (Serviço de Oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein, 2009).

Na prática clínica, é necessário que se observe maior incidência de um determinado cancro em algumas gerações para poder identificar uma predisposição familiar. Apenas uma pequena parte das doenças malignas corresponde a condições hereditárias. Geralmente esses casos podem ser reconhecidos pela elevada incidência da doença na família. Ao longo de gerações é possível identificar uma mutação genética que predispõe ao desenvolvimento do cancro. Assim, um ou dois familiares podem apresentar a doença por acaso, sem caracterizar uma situação de herança genética (Serviço de Oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein, 2009).

Estudos apontam que 70,0% a 90,0% dos cancros humanos resultam de factores ambientais e que 50000 substâncias químicas, com excepção dos produtos farmacêuticos e aditivos alimentares de uso comum, são cancerígenos (Hogan, 1999; Pereira & Figueiredo, 2008).

Com toda a evolução actual e mudanças que vão surgindo nas ciências médicas e na sociedade, vemo-nos cada vez mais confrontados com a necessidade de transmitir conhecimentos, no sentido de tornar os indivíduos mais capazes de produzir comportamentos adequados, que contribuam para a prevenção de doenças, a promoção da sua saúde e da qualidade de vida. Sendo a educação entendida como um processo permanente e comunitário (Antunes, Oliveira & Paulo, 1999), parece-nos de extrema importância que a população em geral e os doentes oncológicos em particular adquiram capacidades que lhe permitam modificar comportamentos ao longo da sua vida. A importância do conhecimento e da identificação desses factores, em diferentes áreas geográficas, advém do facto de serem factores de risco controláveis, conseqüentemente, a ingestão de alimentação saudável, a manutenção de peso adequado e a actividade física regular podem revelar-se eficazes na prevenção (Ravasco, Monteiro, Grillo & Camilo, 2002).

## 5. Estilos de Vida e Prevenção do cancro

A prevenção das doenças é normalmente dividida em: 1) primária, de que é exemplo a vacinação, e que promove acções que visam evitar o aparecimento da doença; 2) secundária, que visa intervir o mais precocemente possível nos primeiros sinais da doença; e 3) terciária, que ambiciona evitar a incapacidade resultante da doença.

Toda a acção de prevenção é habitualmente antecedida de rastreios, que podem ser feitos em massa, por rotina, ou integrados noutras práticas médicas. O rastreio tem vindo a ser considerado uma prática não inócua do ponto de vista psicológico e social (Scambler, 1991, citado por Paúl & Fonseca, 2001).

Segundo Matarazzo (1982) o modelo de prevenção sugere que as mudanças no comportamento ocorrem quando o individuo percebe que o seu comportamento actual pode levar a condições pouco saudáveis e que a eliminação do mesmo e/ou a adopção de outro reduz a probabilidade da doença ou incapacidade.

Outro factor que deve ser considerado na origem do cancro gástrico é a ocorrência frequente de infecção por *Helicobacter pylori* (bactéria gram-negativa que cresce na camada de muco das glândulas gástricas), que pode provocar inflamação crónica pela produção de amónia e acetaldeídos, observada em áreas de alta incidência de cancro gástrico, como na América Central (Normura, Stermmeranng, Chyou & et al., 1991 citado por Evangelista, 2008).

Com toda a evolução actual e mudanças que vão surgindo nas ciências médicas e na sociedade, vemo-nos cada vez mais confrontados com a necessidade de transmitir conhecimentos, no sentido de tornar os indivíduos mais capazes de produzir comportamentos adequados e úteis, que contribuam para prevenção de doença e para a promoção da sua saúde e qualidade de vida. Sendo a educação entendida como um processo permanente e comunitário, parece-nos de extrema importância que a população em geral, e os doentes oncológicos em particular, adquiram capacidades que lhe permitam modificar comportamentos ao longo da sua vida (Antunes & et al. 1999; Oliveira, 1999).

O tabagismo representa um factor de risco para o cancro gástrico, provavelmente pela diminuição dos níveis de vitamina C, enquanto o consumo de álcool não mostra evidente correlação com o desenvolvimento do cancro gástrico (Evangelista, 2008).

Cada indivíduo pode controlar vários dos factores responsáveis pelo aparecimento do cancro. Muitos destes factores reduzem o risco do indivíduo a vir desenvolver outras doenças degenerativas, melhorando sobretudo a sua forma física e a saúde (Somer, 1989).

A educação para a saúde não se pode limitar a adoptar uma abordagem particular das doenças, nem pode privilegiar o cariz informativo ou mesmo visar apenas a expansão de crenças e de atitudes. As acções educativas têm de ser integradas num contexto mais vasto de promoção da saúde, não só para que sejam os próprios sujeitos a tomar decisões e a responsabilizarem-se pela sua saúde, como para que estes mesmos indivíduos se sintam competentes para adoptar Estilos de Vida saudáveis e ainda para que o envolvimento físico e social seja possível, permitindo assim uma posição mais fácil a nível social e que esta seja valorizada e duradoura (Matos, Simões, Carvalhosa & Canha, 1998).

## **5.1 Dieta Alimentar**

A Nutrição está intrinsecamente associada à saúde e à doença. Numerosas doenças na actualidade são em grande parte atribuíveis a hábitos alimentares não saudáveis adquiridos na infância e na adolescência. A compreensão do comportamento e do estilo alimentar, incluindo os aspectos psicológicos que lhe estão subjacentes, parece ser determinante na possibilidade de se definirem estratégias visando implementar mudanças de índole terapêutica ou educacional com vista à promoção de hábitos alimentares saudáveis (Viana, 2002).

A saúde é, primeiro que tudo, um bem cuja manutenção depende, antes de mais, do comportamento e empenho de cada um. A compreensão deste princípio não é, no entanto, condição suficiente para que o indivíduo assuma a sua parte de responsabilidade na defesa da sua saúde (Viana & Almeida, 1998).

A nutrição é um factor importante da saúde e do bem-estar. Com efeito, se a alimentação permite cobrir as nossas diferentes necessidades qualitativas e quantitativas em nutrientes, permite a cada indivíduo desenvolver uma actividade social que favoreça uma vida equilibrada e saudável (Saudenha, 1999).

A escolha dos alimentos assim como a organização e o significado do acto de comer têm vindo a mudar e diferem conforme a idade, as posses económicas, o horário de trabalho e a distância casa-trabalho, ou o tempo para cozinhar (Peres, 1997).

Realizar uma alimentação saudável não depende apenas do acesso a uma informação nutricional adequada. A selecção de alimentos tem que ver com as preferências desenvolvidas relacionadas com o prazer associado ao sabor dos alimentos, as atitudes aprendidas desde muito cedo na família e com outros factores psicológicos e sociais. É essencial, portanto, compreender o processo de ingestão do ponto de vista psicológico e sociocultural e conhecer as atitudes, as crenças e os outros factores psicossociais que influenciam este processo de decisão com o objectivo de se tornar mais eficazes as medidas de educação para a saúde e de se melhorar os hábitos e os comportamentos (Viana, 2002).

Em Portugal cometem-se muitos erros alimentares, que, ao serem mantidos durante muitos anos, poderão constituir-se como factores de risco para numerosas doenças, que vêm aumentando em número e em gravidade e aí atingem grandes massas da população (Aguiar, 2001).

Por outro lado, cerca de 30,0% a 35,0% dos portugueses, como refere Peres (1997), mantêm os bons costumes alimentares da cultura mediterrânica: refeições variadas e completas, a horas certas, consumo de hortaliças e de leguminosas na sopa e no prato principal, cozinhados moderados em gordura, com azeite como tempero, adequadas quantidades de arroz, massa e pão, peixe, incluindo bacalhau e alguma carne e um copo de vinho.

Para além dos factores genéticos, a dieta provou já contribuir de forma significativa para um aumento do risco de cancro (World Cancer Research Fund and American Investigation of Cancer Research, 1997).

Entre os alimentos apontados como sendo os que mais elevam o risco de cancro encontram-se os fumados e as carnes curadas, os peixes secos e outros alimentos conservados em sal. Entre os que se associam aos comportamentos de saúde de protecção de cancro encontram-se as frutas e os vegetais. Estes, apesar de apresentarem elevada concentração de nitritos, têm efeito protector pela presença da vitamina C. Alguns trabalhos indicam um efeito protector de outros anti-oxidantes, como as vitaminas A e E (Graham, 1984).

Das recomendações que podem reduzir o risco do indivíduo vir desenvolver cancro incluem: manter o peso ideal, reduzir as gorduras alimentares, aumentar as fibras alimentares, aumentar o consumo de alimentos ricos em vitamina A e C, aumentar o consumo de vegetais crucíferos e consumir álcool com moderação (Sommer, 1989). O crescente consumo de alimentos ricos em gordura e em açúcar, o excesso de proteína animal, o excesso de sal de cozinha, o excesso de bebidas alcoólicas, a diminuição de consumo de produtos hortícolas e frutos, a obesidade, o tabagismo e o sedentarismo, são factores de risco de diversos cancros (Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição [CNAN], 1997; Willett, 1997).

A dieta é uma parte importante do tratamento para o cancro. Comer correctamente tipos de alimentos antes, durante e após o tratamento pode ajudar ao fortalecimento e ao bem-estar dos indivíduos (National Cancer Institute [NCI], 2003).

Belcher (1996) admite que a fibra dietética contida nas frutas, nos vegetais e nos cereais integrais têm um efeito protector, referindo que alguns investigadores pensam que as dietas com fibras reduzem o tempo de trânsito intestinal dos alimentos, o

que contribui para a redução de tempo em que os carcinogéneos estão em contacto com o cólon.

As recomendações aos pacientes sobre a ingestão alimentar para o cancro podem ser muito diferentes das sugestões reconhecidas pelos doentes para comer. Isto pode ser confuso para muitos pacientes, pois estas novas sugestões podem ser contrárias às suas crenças e práticas. As recomendações de nutrição vão no sentido do consumo frequente de frutos, de legumes, e de grãos consumo moderado de carne e de produtos lácteos e de baixa ingestão de gordura, açúcar, álcool e sal (NCI, 2003).

O plano de tratamento é conhecido pelo doente através do seu médico assistente, isso pode ter envolvido cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia e biológica (imunoterapia), ou alguma combinação de desses tratamentos. Todos estes métodos de tratamento do cancro eliminam células. No processo de eliminação de células cancerígenas, algumas células saudáveis também são danificadas, sendo este um dos efeitos secundários do tratamento do cancro. Os efeitos secundários que podem afectar a capacidade do doente incluem: perda de apetite, alterações no peso (quer perder ou ganhar peso), feridas na boca ou garganta, boca seca, problemas dentários e goma, mudanças no sentido do gosto ou do cheiro, náusea/vómitos, diarreia, intolerância à lactose, obstipação, fadiga ou depressão (NCI, 2003).

Nem todos os doentes sentem regularmente estes efeitos secundários, em resultado de uma variabilidade de factores como o tipo de cancro, a parte do corpo a ser tratada, o tipo e a duração do tratamento e a dose de tratamento. A maior parte dos efeitos laterais, tendem a desaparecer após o tratamento terminar (NCI, 2003).

A investigação comprovou que alimentos que contêm nutrientes que ajudam a defender o organismo contra a doença. A investigação revela que as vitaminas, os minerais e outras substâncias protectoras destes alimentos podem fazer mais que isso. Os cientistas estão agora a identificar uma série de compostos vegetais que ocorrem em alimentos que podem efectivamente neutralizar potenciais cancerígenos (American Institute for Câncer Research, 1997).

## 5.2 Álcool

O álcool produz adição podendo estimular a exposição a factores directamente relacionados com o cancro. A sua associação com o tabagismo é especialmente o aumento do risco, sobretudo na origem de tumores da região digestiva superior. Além do cancro digestivo, da boca, do esófago, de faringe ou da laringe, outros tipos de cancro encontram-se associados ao consumo crónico de álcool, como o cancro do fígado e da mama (DeVita, Hellman & Rosenberg, 2005; The European Food Information Council, 2008; Somer, 1989). Ainda não se compreende claramente de que forma o consumo de álcool pode contribuir para o aumento do risco de cancro, mas identificaram-se já vários papéis que ele poderá desempenhar. Pode ser um carcinogene ou realçar os efeitos nocivos de outro carcinogene. Como solvente, pode facilitar o transporte de carcinogene para tecidos mais vulneráveis e pode também produzir certos compostos que activa os carcinogenes (Somer, 1989).

Os Estilos de Vida foram investigados em estudos ecológicos publicados em Portugal (Azevedo, Salgueiro, Claro, Teixeira-Pinto & Costa-Pereira, 1999; Falcão, Dias, Miranda, Leitão, Lacerda & da Motta, 1994; Gouveia-Monteiro, 1992; Lunet & Barros, 2003). Destas investigações, salienta-se a associação de factores comportamentais, como o consumo de bebidas alcoólicas, com a ocorrência de cancro do estômago, demonstrando um maior risco nos indivíduos consumidores de vinho tinto. O consumo de cerveja está directamente relacionado com o cancro do cólon. Quanto maior for esse consumo mais provável se torna o aparecimento deste tipo de cancro. O abuso do álcool está relacionado com o mau funcionamento do sistema imunitário, o que pode tornar o indivíduo mais vulnerável ao cancro (Somer, 1989).

O consumo regular e excessivo de álcool constitui um factor de risco para o cancro colo-rectal (Kearney & et al. 1995). No estudo de Ravasco, Monteiro Grillo e Camilo (2002), as mulheres negavam consumo de álcool, mas, no sexo masculino, a elevada ingestão representava um risco aumentado. Para além disso, a ingestão de álcool foi associada a uma deficiente ingestão de vitaminas, tal como pelo estudo demonstrado em portugueses com alcoolismo crónico (Cravo & et al., 1995).

O álcool induz um estado de hipermetabolismo nas células do fígado (hepatócitos), o que resulta numa deficiência de oxigénio. Este facto poderá levar à formação de radicais livres que poderão levar a fibrose hepática. Poderá ocorrer

esteatose (alteração lipídica), hepatites alcoólicas, cirroses, gastrites, varizes esofágicas e pancreatites (Moak & Anton, 1999).

Os Estilos de Vida nas sociedades contemporâneas, pós-industriais, a pertença de grupos como também o convívio com os pares e/ou situações de conflitos com os mesmos ou com a família, pode criar grande pressão sobre os jovens e estes recorrer cada vez mais ao álcool para criar/resolver rupturas/conflitos geracionais e evidenciar estatutos de rebeldia, de atracção, de firmeza e de sociabilidade entre pares (Rodrigues, 2003). Os efeitos combinados do tabaco e álcool estão fortemente relacionados com o desenvolvimento do cancro (Somer, 1989).

### 5.3 Tabaco

Anualmente cerca de 3 milhões de pessoas perdem a vida devido a doenças relacionadas com o consumo tabaco (Rosas & Baptista, 2002). O consumo de tabaco é, de longe, a principal causa evitável de morbilidade e de mortalidade nos Estados Unidos da América, onde fumar retira a vida a 1100 pessoas por dia (Hopkins, Briss, Ricard, Husten, Carande-Kulis, Fielding & et al. 2001). O uso de tabaco associa-se cada vez mais a uma qualidade de vida diminuta, à doença, à incapacidade laboral e à morte prematura (Parga, 1995). Calcula-se que haja 1,2 biliões de fumadores em todo o mundo, cerca de um terço da população mundial com mais de 15 anos. Em Portugal, estima-se que 38,0% dos homens e 15,0% das mulheres com mais de 15 anos sejam fumadores (World Health Organization, 1996). Sabe-se, também, que a prevalência do consumo de tabaco em adolescentes nos EUA tem subido dramaticamente desde 1990, passando de 27,5%, em 1991, para 36,4% em 1997 no mundo (Center for Disease Control and Prevention, 1998). Estes números resultam do enorme poder aditivo da nicotina, responsável pela rápida passagem do consumo ocasional para o consumo regular (Lima, 1999). Para além da nicotina, o cigarro contém mais de 4000 componentes, muitos deles cancerígenos e prejudiciais ao organismo (Parga, 1995). De facto, trata-se de uma «epidemia silenciosa» que afecta os fumadores e as pessoas que os rodeiam (Rosas Baptista, 2002). A exposição ao Fumo de Tabaco Ambiental [FTA] deve ser considerada uma questão distinta do fumar activo, pois desde os anos 80 que se têm acumulado evidências acerca dos efeitos negativos do fumo passivo na saúde de adultos e de crianças não fumadores (Muggli, Forster, Hurt & Repace, 2001).

Grande parte do fumo que se liberta da combustão do cigarro espalha-se pelo ar, dando origem ao FTA ou fumo passivo, constituído, em 85,0%, pela corrente de fumo lateral ou secundária, isto é, pelo fumo que é libertado directamente pelo cigarro durante a sua combustão; e pela corrente de fumo terciária, isto é, pelo fumo que depois de inalado é exalado pelo fumador. Sabe-se que a corrente secundária pode conter seis vezes mais nicotina, quatro vezes mais alcatrão, sete vezes mais monóxido de carbono e 73 vezes mais amónia do que a corrente primária (World Health Organization, 1999a). No entanto, um não fumador acaba por inalar menos componentes do tabaco, ainda que mesmo assim prejudiciais, precisamente devido à diluição progressiva do fumo no ar (Brownson, Figs & Caisley, 2002).

O fumador passivo é aquele que, não sendo fumador por vontade própria, é obrigado a respirar o ar que contém o fumo de tabaco, quer pela via atmosférica, quer pela gravidez e/ou aleitamento (Freitas, 1998).

Nos locais em que existem fumadores, a corrente secundária dos inúmeros cigarros que se vai escapando directamente para o ambiente, cria em pouco tempo e em espaços pouco arejados, níveis de poluição consideráveis (Precioso, 1994), estimando-se que as concentrações de nicotina atinjam cerca de 4mg por m<sup>3</sup> de ar. Logo, como o não fumador necessita de 1m<sup>3</sup> de ar por hora, acaba por inalar o equivalente a um cigarro por hora (Freitas, 1998). Uma das formas para avaliar a prevalência da exposição ao FTA é através do auto-relato, mas também se usam marcadores bioquímicos (e.g., nível de cotinina e carbo-hemoglobina no sangue, saliva e urina). Brownson et al. (2002) referem que 37,0% dos não fumadores adultos nos Estados Unidos de América vivem com pelo menos um fumador ou relatam exposição ao fumo passivo no local de trabalho, mas, segundo Eisner (2002), este número pode variar até aos 63,0%. A World Health Organization (1999b) alerta para o facto de metade das crianças de todo o mundo estar involuntariamente exposta ao FTA. Emmons et al. (2001) referem que 47,0% das crianças no Canadá estão expostas ao fumo passivo em casa.

Em Portugal, Freitas (1998) monitorizou as concentrações de monóxido de carbono no ar proveniente do fumo de tabaco em seis ambientes fechados, nomeadamente num bar não ventilado (12 ppm-partes por milhão), num bar ventilado (5 ppm), na carruagem de um comboio numa viagem Porto-Lisboa (9 ppm); num automóvel durante 4 horas de viagem (8 ppm). Estudou ainda as percentagens de carbo-hemoglobina de voluntários fumadores e não fumadores, antes e após da exposição ao referido ambiente. Da análise do sangue dos não fumadores, verificou-se que estes apresentavam percentagens de carbo-hemoglobina superiores a 2,0% (sendo o máximo aconselhado de 1,5% pela Air Quality Standards e de 2,0% pela Comunidade Europeia). Estes dados são significativos se olharmos para as consequências da exposição ao FTA, quer em crianças, quer em adultos. Este é um dos factores principais de risco para cancro do pulmão em adultos não fumadores, sendo que 30,0% é mais elevado para a esposa não fumadora de um marido fumador (Brownson et al., 2002), estes dados revelam que, anualmente, ocorrem 3000 a 4000 óbitos por cancro do pulmão nos

Estados Unidos e na Comunidade Europeia (Bureau Europeu para Acção na Prevenção do Tabagismo, 1993; Centers for Disease Control and Prevention, American Cancer Society, and Wellness Councils of America, 1996).

Os não fumadores expostos ao fumo passivo têm um maior risco de morte por doença cardiovascular, sendo este risco face aos casais em que ambos não fumam aumentado em 20,0% para a esposa não fumadora de um marido fumador e em 30,0% para o marido não fumador de uma esposa fumadora, (Bureau Europeu para Acção na Prevenção do Tabagismo, 1993). Cerca das 37000 mortes anuais nos Estados Unidos devido a doenças cardiovasculares são atribuídas à exposição ao fumo passivo (Muggli, Forster, Hurt & Repace, 2001). No ano de 1993, o Conselho da União Europeia recomendou a todos os estados membros que implementassem a legislação e outras medidas eficazes, de modo a assegurar uma protecção contra o fumo de tabaco nos locais públicos fechados e nos transportes públicos (Bureau Europeu para Acção na Prevenção do Tabagismo, 1993), o que já aconteceu em Portugal no ano de 2008.

Sendo o fumo um grande problema de saúde pública na história da humanidade, no ano de 2030, deverá ser a maior causa isolada de mortalidade, podendo ser responsável por 10 milhões de mortes por ano. A ciência, apesar de alguma lentidão, avançou em conhecimentos até então ainda não conhecidos e tem vindo a revelá-los ao mundo. Entre eles que, o hábito de fumar é uma doença e deve ser tratado como tal, dependência e morbidade promovendo-se a procura de tratamento para os seus consumidores (Menezes & et al. 2002).

De entre os riscos associados a Estilos de Vida, diversos estudos de controlo de caso comparam o consumo regular de tabaco *versus* o consumo ocasional, tendo demonstrado a existência de uma associação consistente do consumo de tabaco com a incidência de cancro do colo-rectal (Terry, Ekbohm, Lichtenstein, Feychting & Wolk, 2001).

A relação causal entre o tabaco e o cancro gástrico foi controversa durante os últimos 20 anos. Contudo, uma meta-análise de estudos de casos publicados em 1997 sugere a existência de uma associação positiva, isto é, na actualidade esta associação é bem aceite porque já são suficientes as evidências de causalidade entre o tabaco e o cancro gástrico (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2002).

Os relatórios do consumo de cigarros identificam como o maior responsável pela mortalidade e morbidade passível de ser prevenida desde 1964 (Fielding, 1985a,b, citado por Stroebe & Stroebe, 1995).

#### **5.4. Actividade Física**

Até algumas décadas atrás, a actividade física era praticada maioritariamente por jovens e com intenção de competição ou para prevenir doenças (Ogden, 1999). Nos dias de hoje, tal já não acontece porque são cada vez mais as pessoas que praticam exercício físico como forma de prevenção de doenças, de distração e de divertimento (Ogden, 1999). A prática da marcha em terreno plano e macio, bem como exercícios de alongamento devem ser os principais escolhidos, como também a musculação que ajuda a combater a perda natural de tónus muscular (Pirai, 2003).

Segundo a The European Food Information Council (2008), apesar de o nosso corpo ter sido concebido para ter uma actividade física regular, nos últimos anos, especialmente nos países mais desenvolvidos, os níveis de actividade física têm vindo a diminuir progressivamente. Os empregos são mais sedentários, a maioria das viagens são feitas em veículos motorizados, as tarefas domésticas são realizadas por máquinas desenvolvidas e, nos tempos livres, substitui-se as actividades ao ar livre pela televisão ou pelos jogos de computador. Provavelmente um importante factor para o excesso de peso e para obesidade é a falta de actividade física, o que potencia o risco de aparecimento de alguns cancros (The European Food Information Council, 2008).

Os estudos defendem que o Homem tem evoluído e tem-se adaptado para ser activo durante toda a sua vida, e o seu estilo de vida sedentário pode ser prejudicial para a saúde. Existem provas sólidas de que a actividade física protege contra o cancro do cólon e que, provavelmente, também protege contra o cancro do endométrio e da mama, em mulheres pós-menopáusicas. As evidências sugerem que todos os tipos e níveis de actividade física podem ter um efeito protector, mas os dados sobre actividade física específica são limitados (The European Food Information Council, 2008).

A actividade física praticada de forma regular e prescrita correctamente está relacionada com a redução dos riscos de cancro até 30,0%, além de ser um mecanismo eficaz para o controlo do peso. Nos casos de diagnóstico, os estudos apontam o exercício físico como uma forma alternativa na preservação das funções fisiológicas e metabólicas, principalmente na preparação física e psicológica do indivíduo para enfrentar o tratamento. Durante as fases do tratamento, o exercício físico auxilia na manutenção do peso e das funções neuromusculares e no combate de estados de fadiga (Bacurau & Costa Rosa, 1997; Matsudo & Matsudo, 1992; Mota & Pimenta 2002).

A actividade física está associada ao risco reduzido de cancro de cólon, mama, pulmão e endométrio, embora a consistência e a magnitude da redução de risco variem consoante o tipo de cancro (Samad, Taylor, Marshall & Chapman, 2005). Mas os poucos estudos que avaliaram a associação entre actividade física e cancro gástrico têm tido resultados inconsistentes (Vigen, Bernstein & Wu, 2006).

O Núcleo de Exercício e Saúde (2002) salienta que existem inúmeros estudos que documentam a importância da relação entre o exercício físico regular e a saúde e que todos os indivíduos, em geral, têm conhecimento das consequências do sedentarismo e da importância da prática da actividade regular para a manutenção da saúde. Baseando-se nesses estudos, este organismo considera estar comprovada uma associação entre elevados níveis de exercício físico e redução de mortalidade de cancro do cólon e ainda protecção noutras formas de cancro.

Um estudo realizado a nível nacional, no Canadá, investigou a associação entre o cancro do estômago e a actividade física recreativa realizada durante vários períodos da vida. Este estudo inclui a avaliação de distintos domínios dos Estilos de Vida, como o domínio profissional, os factores demográficos, a dieta, o salário, a educação, o índice de massa corporal, o tabagismo e as exposições ocupacionais. Este estudo permitiu concluir que, nos grupos de maior actividade, poderá haver uma redução de 20,0% a 40,0% de risco do cancro de estômago, que a educação está inversamente relacionada com o cancro gástrico, bem como que a dieta padrão ocidental está relacionada com aumento do risco de sofrer desta doença (Campbell, Sloan & Kreiger, 2007).

### **5.5. “Entre o bem o e mal”: Estilos de Vida saudáveis vs Estilos de Vida de risco**

Segundo o Simões (2009), os principais problemas do nosso estilo de vida são o elevado número de fumadores, a desadequação da dieta (excesso de sal, álcool e alimentos com muitas calorias e, por um lado, e escassez de vegetais, de legumes, de frutas e sumos) e a tendência para o sedentarismo (quase ninguém anda a pé, cada vez maior número de portugueses passa grande parte da sua vida à frente da televisão a comer "fast food", ...). O problema do tabaco é particularmente preocupante já que, entre nós, se tem observado uma subida exponencial do número das jovens fumadoras. Como o risco de cancro associado ao tabaco é maior na mulher do que no homem (apesar de ser, também elevadíssimo nos homens...), é de prever um aumento substancial da incidência de cancro na mulher portuguesa nos próximos anos.

Segundo a World Health Report (2002), a actividade física e os desportos saudáveis são essenciais para a nossa saúde e bem-estar. Uma actividade física adequada e desporto constituem um dos pilares para um Estilo de Vida saudável, a par de alimentação saudável, vida sem tabaco e o evitar de outras substâncias perniciosas para a saúde. A evidência científica e a experiência mostram que a prática regular de actividade física e o desporto beneficiam, fisicamente, socialmente e mentalmente, toda a população, homens ou mulheres, de todas as idades, incluindo pessoas com incapacidades. A actividade física é para o indivíduo um forte meio de prevenção de doenças e para os governos é um dos métodos com melhor custo-eficácia na promoção da saúde de uma população.

Tem-se assistido a um aumento significativo das doenças cancerígenas. Este aumento global, epidémico, destas doenças está estritamente relacionado com alterações dos Estilos de Vida, nomeadamente, o tabagismo, a inactividade física (sedentarismo) e a uma alimentação não saudável. Estima-se que o sedentarismo seja causador de 1 milhão e 900 mil mortes por ano a nível mundial. É também a causa de 10,0% a 16,0% do cancro do cólon e recto (Health and Development Through Physical Activity and Sport, 2003).

No mundo inteiro, mais de 60,0% dos adultos não efectuam os níveis suficientes de actividade física que sejam benéficos para a sua saúde. O sedentarismo é mais prevalente nas mulheres, nos idosos, nos indivíduos de grupos socio-económicos

baixos e nos indivíduos com incapacidades. A actividade física reduz o risco de alguns cancros. Estes benefícios são mediados através de muitos mecanismos: em geral, consegue-se através da melhoria do metabolismo da glicose, da redução das gorduras e da diminuição da tensão arterial. A participação em actividades físicas pode melhorar o sistema musculo-esquelético, o controle do peso corporal e reduzir os sintomas de depressão (Health and Development Through Physical Activity and Sport, 2003).

As vantagens da actividade física regular são: reduzir o risco de morte prematura, o cancro do cólon, promover o bem-estar psicológico, reduzir o stress, a ansiedade e depressão, ajudar a prevenir e a controlar comportamentos de risco (tabagismo, alcoolismo, toxicofilias, alimentação não saudável e violência), especialmente em crianças e em adolescentes (Health and Development Through Physical Activity and Sport, 2003).

À medida que os Estilos de Vida ficam mais frenéticos e que o tempo gasto no planeamento das refeições desce na lista de prioridades das pessoas, a procura e o consumo dos suplementos alimentares aumenta (The European Food Information Council [EUFIC], 2004). Estes são fontes concentradas de nutrientes, ou de outras substâncias, com efeitos nutritivos ou fisiológicos. As pessoas tomam-nos enquanto suplemento aos nutrientes que efectivamente obtêm através da alimentação normal. A oferta é apresentada em formatos convenientes, como comprimidos, drageias, cápsulas ou líquidos em doses estipuladas (EUFIC, 2004).

A legislação europeia exige aos produtores que indiquem nos seus rótulos se um produto é um “suplementos alimentar”, assim como quais as categorias de nutrientes que contém (por exemplo, minerais, vitaminas), qual a dose diária recomendada e ainda um aviso para não exceder esta mesma dose. Embora os suplementos alimentares sejam uma forma eficaz de compensar os nutrientes em falta na alimentação de uma pessoa, eles não são a única fonte extra de vitaminas e minerais. Outro mercado que também está a crescer é o dos alimentos enriquecidos (EUFIC, 2004).

Os alimentos enriquecidos são produtos alimentares aos quais foram adicionados nutrientes (extra). Pode haver uma série de razões para o fazer, tais como para substituir nutrientes que sejam perdidos durante a produção, processamento e armazenamento, ou para dar aos alimentos substitutos um valor nutritivo semelhantes a outro alimento (por exemplo, adicionar à margarina certas vitaminas presentes na

manteiga), ou ainda, para enriquecer alimentos que podem, ou não, já conter determinados nutrientes (EUFIC, 2004).

Da mesma forma que foi feito para os suplementos alimentares, a UE está a desenvolver uma legislação que harmonize os requisitos para os alimentos enriquecidos. Espera-se que esta legislação regule os alimentos aos quais poderão ser adicionados minerais e vitaminas, bem como seja elaborada uma lista de quais vitaminas e minerais poderão ser adicionados aos alimentos. Dado que os consumidores tendem a assumir que todos os alimentos enriquecidos são "bons/saudáveis", as autoridades consideram necessário limitar a utilização desta indicação em alguns produtos baseada no seu perfil nutricional (EUFIC, 2004).

Os suplementos alimentares e os alimentos enriquecidos são uma forma de remediar o consumo insuficiente de determinados nutrientes através da dieta, que pode ser resultado de diferentes factores, incluindo factores alimentares, sociais, culturais ou estéticos (EUFIC, 2004).

Na opinião de David Byrne, Comissário Europeu para a Saúde e Protecção do Consumidor, devemos ter uma dieta variada sendo a melhor solução para um desenvolvimento e uma vida saudáveis. Os suplementos alimentares servem, principalmente, para compensar o consumo desadequado de nutrientes essenciais por certas pessoas ou grupos específicos da população, ou, para alguns, para reforçar a dose de consumo de tais nutrientes, incluir suplementos na dieta reforçará o sistema imunológico. Alguns suplementos fortalecem o sistema imunológico (anti-oxidantes, vitaminas, minerais, EFAs, ...), para permitir que as células cancerígenas sejam destruídas. Outros suplementos, como a vitamina E, são conhecidos por causar apoptose, ou morte celular programada, que é o método normal do corpo eliminar as células danificadas, indesejáveis ou desnecessárias (EUFIC, 2004).

As medidas mais importantes não devem ser dirigidas exclusivamente à prevenção do cancro ou de qualquer outra doença em particular, mas sim à protecção e à promoção da saúde enquanto um todo (o que for bom para a saúde previne seguramente o cancro). Isto é, qualquer acção neste domínio deverá apostar, em primeiro lugar, na educação da população acerca do modo como devemos conservar e promover a saúde (Simões, 2009).

## **Capítulo II – Estudo Empírico**

A investigação assume carácter quantitativo de natureza exploratório e retrospectivo. A variável principal, como temporal diacrónica, corresponde aos Estilos de Vida dos doentes (o tipo de alimentação, o consumo de álcool e de tabaco e a prática de actividade física).

### **1. Objectivos gerais**

#### Objectivo Geral

O objectivo da investigação é caracterizar, numa perspectiva diacrónica, os Estilos de Vida em indivíduos com diagnóstico de cancro gástrico e/ou cancro colo-rectal acompanhados no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto.

#### **1.1. Os objectivos específicos da investigação**

##### Objectivos Específicos

Os objectivos específicos da investigação são:

- Verificar se existem diferenças significativas ao nível da alteração de Estilos de Vida (o tipo de alimentação, o consumo de álcool e de tabaco e a prática de actividade física) antes e após o diagnóstico do cancro.

Do exposto procuramos aferir se os indivíduos tendem a alterar os Estilos de Vida após o diagnóstico da doença.

### **2. O método**

#### **2.1 Participantes**

A investigação abrange uma amostra por conveniência de 100 participantes: 66 do sexo masculino e 34 do sexo feminino, indivíduos situados entre os 29 e 93 anos (M= 68; DP=13), 75,0% dos quais casados, com uma média de tempo de diagnóstico de 9,42 meses (DP= 19,1).

Dos casos observados 51 para o cancro do estômago com idade compreendidas entre os 29 e 93 anos (M=64,8 e DP= 14,1). Dos doentes do estudo, 49 têm diagnóstico de cancro colo-rectal, tendo uma idade compreendida entre os 39 e 86 anos (M= 71,2 e DP= 10,9), não existindo neste equilíbrio qualquer escolha deliberada. Dos casos

observados, a naturalidade de concelho com maior representatividade na investigação efectuada incide no Porto. Em que por sexo o masculino representa 45,4% e do feminino 21,6% dos casos. Este resultado pode estar relacionado pelo facto da investigação ter sido realizado num Hospital central da cidade do Porto.

Apurámos também que o grau de escolaridade que concentra um maior número de casos é o primário (entre o 1º e o 4º anos) no sexo masculino 40,0% e no feminino 18,0% dos casos, o que se justifica pelo facto da média de idades estar acima dos 60 anos, correspondente a um tempo em que o ensino obrigatório se quedava pelo primário.

Relativamente ao local do tumor, observa-se que relativamente ao sexo masculino o colo-rectal incide em 32,0% e do estômago em 34,0% dos casos. No sexo feminino, o do colo-rectal recai em 19,0% e do estômago 15,0% dos casos.

## **2.2 Material**

Os participantes responderam a um questionário de avaliação de Estilos de Vida de dimensão diacrónica (de avaliação retrospectiva e de avaliação presente, determinadas pelo momento de diagnóstico da doença). Este questionário de Estilos de Vida (Anexo A) está subdividido em três grandes grupos:

I – Dados sóciodemográficos, que contém 14 questões: 1- Há quanto tempo está a ser atendido naquele serviço no hospital; 2 - Sexo; 3 - Data de nascimento; 4 - Estado civil; 5 - Tem irmãos?; 6- Tem filhos?; 7- Quando mede?; 8- Qual o seu peso?; 9 - Qual o grau de escolaridade mais elevado que concluiu?; 10 - Nacionalidade; 11 - Naturalidade; 12 - Residência; 13 - Indique qual o rendimento mensal familiar líquido aproximado; 14 - Descrição das funções profissionais (ocupação).

II – Estilos de Vida e variáveis psicológicas, que contém 16 questões: 15 - Sente-se tenso ou nervoso?; 16 – é capaz de se sentir descontraído e relaxado? 17 – Por noite, número de horas de sono?; 18 – Tem dificuldade em dormir?; 19 – É fumador?; 20 – Consumo de drogas?; 21 – Exames de rotina para verificar o seu estado da saúde?; 22 – Antes da doença, tomava sempre os medicamentos que lhe eram receitados pelos médicos?; 23 – E acontecia-lhe tomar medicamentos que não lhe fossem receitados

pelos médicos?; 24 – Prática de actividade física regular; 25 – As perguntas que se seguem dizem respeito á sua alimentação do dia-a-dia (37 grupos de alimentos); 26 – Pequeno-almoço?; 27 – Refeições por dia, incluindo grandes refeições e lanches; 28 – Onde faz as suas refeições?

III – Sobre a doença, que contém 11 questões: 29 – Há quanto tempo ficou doente?; 30 – Antes de ter conhecimento de que tinha esta doença, tinha problemas intestinais?; 31 - Antes de ter conhecimento de que tinha esta doença, tinha problemas de estômago?; 32 – Antes do diagnóstico da doença, tinha algum destes sintomas?; 33 – Algum sintoma provocou a procura de um médico?; 34 – Descreva os sintomas; 35 – Quanto tempo após o aparecimento desse (s) sintoma (s) é que foi diagnosticado a doença?; 36 – Para além deste problema de saúde que o traz à consulta de cirurgia, tem outras doenças?; 37 - E depois de lhe ser diagnosticada a doença, quanto tempo demorou para começar os tratamentos?; 38 – Que tratamento fez para esta doença?; 39 – No presente momento, está a fazer algum tratamento para esta doença?; 40 – Na sua família existem outras pessoas com a mesma doença?

Avaliou-se o grau de fidelidade do questionário total pelo Alfa de *Cronbach*, tendo-se obtido o valor de 0,76, que pode ser considerado razoável<sup>1</sup>.

### **2.3 Procedimento**

A investigação foi realizada no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto. Foram pedidas autorizações, devidamente concedidas, à Comissão de Ética e à Direcção do Serviço. Os participantes foram encaminhados segundo os seguintes critérios: serem utentes do Hospital de Santo António e frequentarem a consulta de Cirurgia Geral na sequência do diagnóstico do cancro gástrico e/ou colo-rectal, orientados cognitivamente.

Os participantes foram encaminhados pelo seu médico assistente para responderem ao questionário. Antes da realização do questionário foi fornecida informação sobre os seus propósitos (Anexo B). Foi redigido um documento de

---

<sup>1</sup> Não foram calculados os itens sobre tabagismo e drogas ilícitas porque não há casos de consumo (Hill & Hill, 2000, p.135-149).

consentimento informado (Anexo C), que todos os participantes assinaram. Os participantes responderam ao questionário no contexto de uma entrevista pessoal, com garantia de manutenção de anonimato na utilização dos dados fornecidos e de respeito pelo cumprimento dos princípios éticos da investigação.

Após o consentimento informado ser assinado pelo participante, iniciou-se a administração do questionário num tempo que oscilou entre os 30 e os 40 minutos. Estes procedimentos efectuaram-se entre Novembro de 2008 e Outubro de 2009. Após a recolha procedeu-se à análise quantitativa das informações pelo uso do programa “*Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS) – para Windows. Com o propósito de medir a associação entre variáveis, utilizaram-se o teste Qui-quadrado e o teste associado *V. Cramer*, cujos valores oscilam entre zero e um, indicando respectivamente a ausência ou associação perfeita (Pestana & Gageiro, 2003).

Na apresentação dos resultados, para o primeiro grupo de alimentos, as alterações comportamentais “correctivas” transmitir-se-ão na comparação dicotómica, num aumento de valores relativos das categorias situadas à direita da escala, ou seja, pela passagem de um consumo nulo ou reduzido para um consumo frequente ou permanente.

Para o segundo grupo de alimentos, as alterações comportamentais “correctivas” terão manifestações contrárias, ou seja, pela passagem de consumo frequente ou permanente para um consumo nulo ou reduzido.

Com o intuito de medir a relevância destas alterações comportamentais, fez-se a respectiva testagem pela aplicação do Qui-quadrado e do *V. Cramer*.

### 3. Resultados

Na apresentação dos resultados, que considera graus de ingestão alimentar antes e após o diagnóstico da doença, optámos por agregar os alimentos pelos seus efeitos potencialmente benéficos ou potencialmente nocivos com suporte da revisão bibliográfica (cf. Belcher, 1996; Graham, 1984).

Do exposto procuramos aferir se os indivíduos tendem a alterar os Estilos de Vida após o diagnóstico da doença.

**Quadro 2. Alimentação antes e após o diagnóstico da doença – percentagens**

Grupos de alimentos	Tempo	Graus de consumo				n	V. Cramer	
		Nunca	Pouco frequente	Frequente	Muito frequente			Sempre
Citrinos	Passado	1,1	35,1	39,4	16,0	8,5	100	0,445*
	Presente	7,0	31,0	37,0	14,0	11,0		
Outras Frutas	Passado	2,1	31,9	38,3	19,1	8,5	100	0,472*
	Presente	3,0	11,0	44,0	24,0	18,0		
Frutos Secos	Passado	8,5	62,8	19,1	6,4	3,2	100	0,492*
	Presente	18,0	58,0	16,0	5,0	3,0		
Brócolos e couves	Passado	4,3	24,5	35,1	29,8	6,4	100	0,720*
	Presente	4,0	15,0	34,0	34,0	13,0		
Cenouras, sopa de vegetais	Passado	2,1	10,6	13,8	26,6	46,8	100	0,473*
	Presente	1,0	7,0	13,0	23,0	56,0		
Espinafres e outros	Passado	3,2	17,0	45,7	23,4	10,6	100	0,602*
	Presente	3,0	8,0	41,0	34,0	14,0		
Batatas e outros	Passado	1,1	7,4	26,6	36,2	28,7	100	0,574*
	Presente	1,0	7,0	26,0	32,0	34,0		
Tomate e outros	Passado	4,3	23,4	39,4	25,5	7,4	100	0,600*
	Presente	2,0	17,0	41,0	29,0	11,0		

\* p < 0,001 \*\* p < 0,05

Quadro 2 (continuação). **Alimentação antes e após o diagnóstico da doença – percentagens**

Grupos de alimentos	Tempo	Graus de consumo					n	V. Cramer
		Nunca	Pouco frequente	Frequente	Muito frequente	Sempre		
Feijão, lentilhas, ervilhas	Passado	2,0	17,0	41,0	29,0	11,0	100	0,711*
	Presente	0,0	18,1	37,2	33,0	11,7		
Carnes “Branças”	Passado	2,0	19,0	40,0	30,0	9,0	100	0,658*
	Presente	3,2	10,6	55,3	27,7	3,2		
Peixe	Passado	4,0	7,0	46,0	40,0	3,0	100	0,538*
	Presente	0,0	12,8	38,3	39,4	9,6		
Leite, queijo e iogurtes magros	Passado	18,1	21,3	9,6	9,6	41,5	100	0,421*
	Presente	17,0	9,0	11,0	15,0	48,0		
Arroz, massa	Passado	0,0	1,1	50,0	37,2	11,7	100	0,636*
	Presente	0,0	7,0	42,0	38,0	13,0		
Tomate fresco, Pizza, esparguete ou outras massas com molho	Passado	13,8	29,8	41,5	11,7	3,2	100	0,801*
	Presente	14,0	28,0	43,0	11,0	4,0		
Alimentos enlatados e em conserva	Passado	16,0	53,2	26,6	4,3	0,0	100	0,512*
	Presente	19,0	55,0	24,0	2,0	0,0		
Ovos	Passado	2,2	34,4	50,5	10,8	2,2	100	0,534*
	Presente	10,1	44,4	36,4	8,1	1,0		
Pão branco	Passado	2,1	5,3	6,4	11,7	74,5	100	0,572*
	Presente	3,0	8,0	5,0	14,0	70,0		
Café, chocolate, chá preto	Passado	9,6	12,8	12,8	19,1	45,7	100	0,410*
	Presente	22,0	12,0	13,0	12,0	41,0		
Soja	Passado	91,6	4,2	2,1	2,1	0,0	100	0,447*
	Presente	81,0	14,0	3,0	2,0	0,0		
Aloé Vera	Passado	92,6	5,3	1,1	1,1	0,0	100	0,554*
	Presente	89,0	9,0	2,0	0,0	0,0		

\* p < 0,001 \*\* p < 0,05

Numa primeira observação do quadro 2, verifica-se que houve uma alteração correctiva e universal de comportamentos. Quer isto dizer que, após o diagnóstico de

cancro, os respondentes intensificaram a ingestão de alimentos potencialmente benéficos, porventura em consequência, relacionada, da própria consciência sobre a necessidade de o fazer e da natural orientação médica em virtude da natureza da doença.

Numa leitura simplista, porque não exaustiva para além dos valores do quadro 3, mas directa, optou-se por descrever os resultados dos três valores de associação mais elevados, em relação ao consumo de (i) tomate fresco, pizza, esparguete ou outras massas com molho, (ii), de brócolos e couves e (iii) feijão, lentilhas e ervilhas.

Para o primeiro grupo de alimentos, a mudança comportamental é sobretudo notória nas categorias frequente e sempre para as quais, respectivamente, se passou de uma distribuição no consumo de 41,5% para 43,0% e de 3,2% para 4,0%.

Para o segundo grupo de alimentos a mudança está sobretudo concentrada nas primeiras categorias muito frequente e sempre, respectivamente, de 29,8% para 34,0% e de 6,4% para 13,0%.

Para o terceiro grupo de alimentos, a mudança está sobretudo concentrada nas primeiras categorias nunca, pouco frequente e frequente, respectivamente, de 0,0% para 2,0%, de 18,1% para 19,0% e de 37,2% para 40,0%.

**Quadro 3. Alimentação antes e após o diagnóstico da doença – percentagens**

Grupos de alimentos	Tempo	Graus de consumo					n	V. Cramer
		Pouco		Muito				
		Nunca	frequente	Frequente	frequente	Sempre		
Enchidos linguiça e outros	Passado	17,0	41,5	27,7	12,8	1,1	100	0,550*
	Presente	27,0	57,0	12,0	3,0	1,0		
Fumados presunto e outros	Passado	6,4	48,9	29,8	13,8	1,1	100	0,329*
	Presente	23,0	63,0	10,0	3,0	1,0		
Açúcares e ou doces	Passado	8,5	55,3	23,4	8,5	4,3	100	0,536*
	Presente	11,1	61,6	16,2	6,1	5,1		
Carnes “vermelhas”	Passado	2,1	8,5	53,2	31,9	4,3	100	0,461*
	Presente	5,0	18,0	57,0	17,0	3,0		

\* p < 0,001 \*\* p < 0,05

Quadro 3 (continuação). **Alimentação antes e após o diagnóstico da doença – percentagens**

Grupos de alimentos	Tempo	Graus de consumo					n	V. Cramer
		Nunca	Pouco frequente	Frequente	Muito frequente	Sempre		
Alimentos ricos em gordura	Passado	12,8	39,4	30,9	17,0	0,0	100	0,475*
	Presente	18,0	50,0	27,0	5,0	0,0		
Molhos maionese e outros	Passado	63,8	26,6	8,5	1,1	0,0	100	0,455*
	Presente	69,0	28,0	2,0	1,0	0,0		
Picles	Passado	61,7	24,5	11,7	2,1	0,0	100	0,588*
	Presente	76,0	21,0	3,0	0,0	0,0		

\*  $p < 0,001$  \*\*  $p < 0,05$

Aqui também, como verificámos para o grupo de alimentos potencialmente benéficos, se observa uma alteração universal de comportamentos o que se traduz numa atitude preventiva à posteriori do diagnóstico.

Neste quadro, opta-se por uma descrição de valores fundada em alimentos de consumo frequente e marcadamente identificados pela literatura como nocivos (quadro 3). A saber: (i) os enchidos, (ii) os fumados e (iii) as carnes vermelhas.

Para os enchidos a alteração de comportamentos é mais notória nas categorias nunca, pouco frequente e frequente, respectivamente, de 17,0% para 27,0% e de 41,5% para 57,0% e de 27,7% para 12,0%.

Para os fumados a alteração de comportamentos incide nas mesmas categorias, respectivamente 6,4% para 23,0%, 48,9% para 63,0% e de 29,8% para 10,0%.

Para as carnes vermelhas a alteração de comportamentos é mais notória nas categorias pouco frequente, frequente e muito frequente, respectivamente, de 8,5% para 18,0% de 53,2% para 57,0% e de 31,9% para 17,0%.

Apresentaremos de seguida o que consideramos a ingestão de bebidas antes e após o diagnóstico da doença. Decidimos por agrupar as bebidas pelos seus efeitos potencialmente benéficos ou potencialmente nocivos.

**Quadro 4. Bebidas antes e após o diagnóstico da doença – percentagens**

Grupos de alimentos	Tempo	Graus de consumo					n	V. Cramer
		Nunca	Pouco frequente	Frequente	Muito frequente	Sempre		
Vinho	Passado	18,1	11,7	10,6	7,4	52,1	100	0,445*
	Presente	32,0	13,0	8,0	5,0	42,0		
Cerveja	Passado	40,4	21,3	20,2	8,5	9,6	100	0,389*
	Presente	54,0	26,0	13,0	1,0	6,0		
Bebidas Brancas	Passado	54,3	13,8	17,0	7,4	7,4	100	0,422*
	Presente	70,0	23,0	3,0	1,0	3,0		
Licores	Passado	74,5	17,0	7,4	1,1	0,0	100	0,654*
	Presente	80,0	16,0	1,0	3,0	0,0		
Outras bebidas alcoólicas	Passado	78,7	9,6	7,4	2,1	2,1	100	0,658*
	Presente	83,0	12,0	3,0	2,0	0,0		
Refrigerantes	Passado	53,2	33,0	8,5	4,3	1,1	100	0,311*
	Presente	60,0	29,0	6,0	1,0	4,0		
Água da fonte ou mina	Passado	42,6	9,6	13,8	22,3	11,7	100	0,516*
	Presente	62,0	14,0	6,0	7,0	11,0		

\*  $p < 0,001$  \*\*  $p < 0,05$

Pela observação dos valores do quadro 4, verifica-se que os doentes alteraram os seus comportamentos. Quer isto dizer que, após o diagnóstico de cancro, os participantes abrandaram o consumo de bebidas nocivas, provavelmente em resultado da sua própria percepção sobre a necessidade de o realizarem e da orientação do médico assistente.

Aqui também se optou por uma descrição dos resultados dos três valores das bebidas mais usualmente consumidas, em relação ao consumo (i) de vinho, (ii) de cerveja (iii) e de bebidas brancas.

Para o primeiro grupo de bebida a mudança comportamental é sobretudo notória nas categorias nunca, frequente e sempre para as quais, respectivamente, se passou de

uma distribuição no consumo de 18,1% para 32,0% de 10,6% para 8,0% e de 52,1% para 42,0%.

Para o segundo grupo de bebidas, a mudança está sobretudo concentrada nas seguintes categorias nunca, frequente e sempre, respectivamente, de 40,4% para 54,0%, de 20,2% para 13,0% e de 9,6% para 6,0%.

Para o terceiro grupo de bebidas, a alteração de comportamentos incide nas categorias nunca, frequente e muito frequente, respectivamente, de 54,3% para 70,0% de 17,0% para 3,0% e de 7,4% para 1,0%.

**Quadro 5. Bebidas antes e após o diagnóstico da doença – percentagens**

Grupos de alimentos	Tempo	Graus de consumo					n	V. Cramer
		Nunca	Pouco frequente	Frequente	Muito frequente	Sempre		
Sumos de Fruta	Passado	36,2	40,4	16,0	5,3	2,1	100	0,564*
	Presente	25,0	39,0	24,0	5,0	7,0		
Água da torneira	Passado	17,0	14,9	22,3	19,1	26,6	100	0,504*
	Presente	37,0	21,0	9,0	7,0	26,0		
Água engarrafada	Passado	28,7	33,0	11,7	14,9	11,7	100	0,517*
	Presente	18,0	26,0	12,0	17,0	27,0		

\*  $p < 0,001$  \*\*  $p < 0,05$

Numa primeira observação importante relativamente aos valores do quadro 5, verifica-se que houve uma alteração correctiva dos comportamentos. Quer isto dizer que, após o diagnóstico de cancro, os respondentes intensificaram o consumo de bebidas potencialmente benéficas, como sumos de fruta, de água de torneira e de água engarrafada.

Numa leitura directa dos valores do quadro 6, decidiu-se por descrever os resultados das três bebidas, verificados em relação ao consumo de (i) sumos de fruta (ii) água da torneira (iii) e de água engarrafada.

Para o primeiro grupo de bebidas, a mudança comportamental é sobretudo notória na categoria sempre: passou-se de uma distribuição no consumo de 2,1% para 7,0%.

Para o segundo grupo de bebida a mudança está sobretudo concentrada nas primeiras categorias nunca, pouco frequente, respectivamente, 17,0% para 37,0% e de 14,9% para 21,0%.

Para o terceiro grupo de alimentos a alteração de comportamentos incide de novo nas categorias muito frequente e sempre, respectivamente, de 14,9% para 17,0% e de 11,7% para 27,0%.

Outro consumo que poderá estar relacionado com o Estilos de Vida, é o grau de dependência de nicotina no passado e presente, ou seja antes e após, o diagnóstico de cancro.

**Quadro 6. Grau de Dependência de Nicotina antes e após o diagnóstico da doença – percentagens**

	Baixo (0-2)	Moderado (3-4)	Alto (5-7)	n	V. Cramer
<b>Grau de Dependência de Nicotina Passado</b>	34,4	48,3	17,3	30	
<b>Grau de Dependência de Nicotina Presente</b>	100,0	0,0	0,0	4	0,414**

\* p < 0,001 \*\* p < 0,05

A análise do quadro 6 permite verificar que houve uma alteração em relação ao grau da dependência de nicotina. Havendo maior prevalência na categoria moderada, podendo esta ser correctiva dos comportamentos do passado, pois dos 30 participantes, no presente, apenas 4, 13,3%, é que continuam com a dependência e consumo de tabaco, onde o grau de dependência de nicotina é baixo. Quer isto dizer que, após o diagnóstico de cancro os doentes diminuíram o consumo.

**Quadro 7. Prática Actividade Física antes e após o diagnóstico da doença - percentagens**

	<b>De 1 a 3 vezes por semana</b>	<b>De 4 a 7 vezes por semana</b>	<b>n</b>	<b>V. Cramer</b>
<b>Actividade física passado</b>	43,6	56,4	39	0,407**
<b>Actividade física presente</b>	36,1	63,9	36	

\*  $p < 0,001$  \*\*  $p < 0,05$

No quadro 7 é descrita a frequência de prática de actividade física. Observamos uma mudança de atitude dos valores relativos do passado para o presente, nas duas categorias há oscilações entre momentos, que se traduz num aumento global da actividade física.

#### **4. Discussão**

Procuramos aferir se os indivíduos tendem a alterar os Estilos de Vida após o diagnóstico da doença.

Verificou-se alteração dos hábitos alimentares, o aumento do consumo de alimentos benéficos e a diminuição do consumo de alimentos nocivos. Os resultados indicam que os comportamentos do presente se modificaram suficientemente em relação aos comportamentos do passado, no sentido de terem sido adoptados adoptarem mais comportamentos de saúde e menos de risco.

Regista-se, pelo observado nos resultados do estudo, que as mudanças mais expressivas se concentram em grupos de alimentos da família dos legumes e das leguminosas. E esses resultados obtiveram-se porque uma grande percentagem de participantes no estudo realizaram a cirurgia há mais de 2 anos. Dos cuidados iniciais aquando o diagnóstico de cancro e de orientação médica para alteração alimentar no presente, esses cuidados passaram para hábitos do dia-a-dia na alimentação. Anteriormente à cirurgia cometiam erros nos alimentos ingeridos. Na actualidade só uma percentagem muito reduzida é que comete os erros anteriores. É de salientar a mudança de comportamento e dos Estilos de Vida, adquirida como forma de prevenção da doença.

Uma dieta saudável deve ter uma variedade de produtos hortícolas como as frutas, os grãos inteiros e grãos de baixo teor em gordura, podendo estes ajudar na luta contra o cancro em várias fases (American Institute for Câncer Research, 1997).

Relativamente ao grupo das bebidas há uma tendência para diminuição dos hábitos de consumo do álcool e outras bebidas (vinho do porto, champanhe, martini). Poderemos referir que os comportamentos do presente se modificaram suficientemente em relação aos comportamentos do passado na diminuição do consumo de bebidas consideradas potencialmente nocivas e no aumento de bebidas consideradas benéficas. Após o diagnóstico de cancro e com orientação médica, uma percentagem destes doentes optaram pela abstinência alcoólica e outra percentagem pela diminuição do consumo referindo, circunscrito a um copo de vinho às refeições ou, em contextos muito particulares, como festas ou no Verão, a cerveja.

Os participantes masculinos referem ainda o consumo, especialmente de vinho e/ou cerveja em concordância com o estudo acima, quanto aos participantes do sexo

feminino referem não consumir bebidas alcoólicas. É possível que as mulheres estejam mais conscientes da realidade da sua doença e, pelo medo de tudo voltar a acontecer, conseguem manter hábitos mais saudáveis que o sexo masculino. Foram encontrados resultados semelhantes ao estudo de Ravasco, Monteiro, Grillo e Camilo (2002), onde as mulheres negam o consumo de álcool.

Após análise estatística em relação à dependência de nicotina do estudo refere-se que, no passado, a dependência era moderada e no presente é baixa.

No estudo realizado, no presente, houve um decréscimo de fumadores do sexo masculino. Como refere o estudo de Ravasco et al. (2002), apenas corroborou essa associação na população masculina, pois as mulheres negavam hábitos tabágicos. Neste estudo, poderemos dizer que encontramos os mesmos resultados que o autor (World Health Organization, 1996).

De entre os riscos associados a Estilos de Vida, diversos estudos de controlo de caso comparam o consumo regular de tabaco *versus* o consumo ocasional, tendo demonstrado a existência de uma associação consistente do consumo de tabaco com a incidência de cancro do colo-rectal (Terry, Ekobom, Lichtenstein, Feychting & Wolk, 2001).

Na prática de actividade física, os resultados indicam que há uma maior prevalência de casos no presente em relação ao passado.

Do estudo realizado, no presente o sexo masculino tem por hábito realizar mais actividade física que o sexo feminino. Poderemos referir que estes resultados poderão estar relacionados com o facto de, na amostra inquirida, estar uma grande percentagem de pessoas na faixa etária dos 60 anos e terem outras doenças associadas que as incapacitam para a prática de actividade física, nomeadamente, a caminhada. O sexo feminino terá por hábito não praticar actividade física como sexo masculino, porque poderão estar menos motivadas para a prática da actividade física, este facto foi constatado na realização dos questionários. Ao médico assistente compete avaliar se cada doente poderá ou não realizar prática de actividade física e aconselhar quais os melhores exercícios a serem realizados ou encaminhar para um técnico especializado na área.

A falta de actividade física é provavelmente um importante factor para o excesso de peso e obesidade, o que aumentam o risco de alguns cancros (The European

Food Information Council, 2008). No estudo efectuado, os resultados demonstram que, após o diagnóstico do cancro, os doentes podem ter tomado esta consciência ou serem a tal induzidos por indicação médica, aumentando a sua actividade física.

Um estudo realizado a nível nacional, no Canadá permitiu concluir que, nos grupos de maior actividade, poderá haver uma redução de 20,0% a 40,0% de risco do cancro de estômago (Campbell, Sloan & Kreiger, 2007).

Os Estilos de Vida, de cada indivíduo, podem levar à predisposição para mais tarde existir o aparecimento de um cancro.

Diversas teorias de ordem psicológica sobre a mudança de comportamentos foram desenvolvidas nos anos 80, ajudando, por um lado, a identificar e explicar as relações complexas entre conhecimento, convicções e normas sociais, e, por outro lado, a fornecer orientação prática para os conteúdos dos programas educacionais para a promoção da mudança de comportamentos em situações circunstancialmente bem definidas. Um bom exemplo é o clássico modelo de Prochashka e DiClemente (1986), que identifica diversas fases pelas quais a pessoa pode passar no seu processo de mudança de comportamento para Estilos de Vida mais saudáveis (Figura 1).

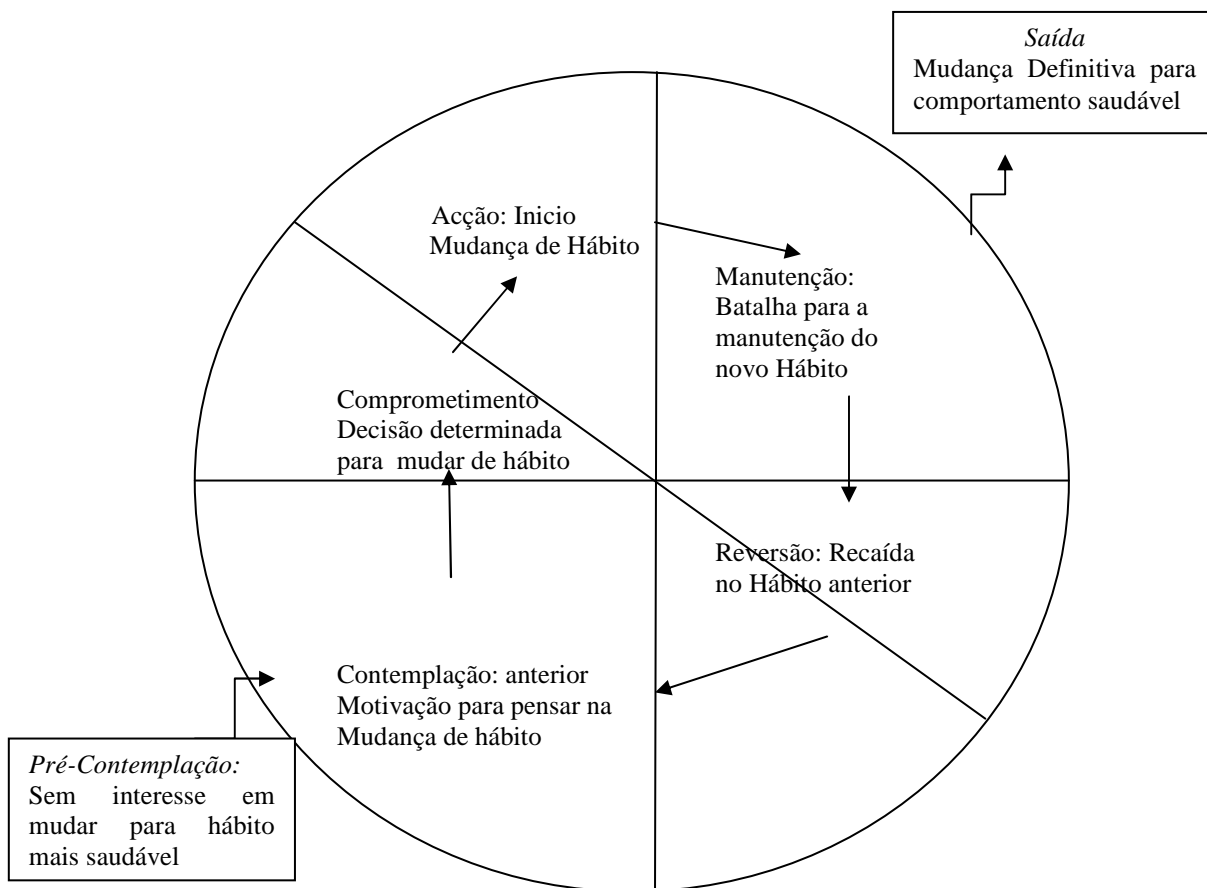


Fig.1. Fases do ciclo da mudança de comportamento (Adaptado de Prochaska & DiClemente, 1986)

O modelo assume uma abordagem holística, integrando um conjunto de factores como a responsabilização e as escolhas pessoais, mas também o impacto social e as forças ambientais que determinam, de facto, limites reais à potencial mudança individual (Ewles & Simnett, 1999).

O modelo de mudança de comportamento pode ser aplicado a qualquer intenção de mudança para comportamentos mais saudáveis, como por exemplo, deixar de fumar, consumo de álcool ou de outras drogas, passar a fazer exercício físico, ...

- Fase de pré-contemplanção: antecede a entrada no ciclo de mudança – a pessoa não tem consciência para a necessidade de mudança, ou não a aceita, e por isso não tem motivação para mudar o comportamento;
- Fase de contemplanção: entrada no ciclo de mudança - a pessoa adquiriu a motivação necessária para contemplar seriamente a possibilidade de mudar;
- Fase de comprometimento: a pessoa, determinadamente, toma a decisão de mudar o comportamento;

- Fase de acção: a pessoa inicia, activamente, a mudança de hábito;
- Fase de manutenção: a pessoa batalha para manter, utilizando as mais diversas estratégias que considere úteis;
- Fase de reversão: Embora a pessoa tenha sentido grande satisfação pela mudança de estilo de vida mais saudável por um período mais ou menos longo, pode não conseguir manter a nova situação e, volta a recair no hábito anterior – o importante, contudo, é que a pessoa saiba voltar à Fase de Contemplação e reiniciar o ciclo;
- Fase de saída: a pessoa modificou definitivamente o seu comportamento para um estilo de vida mais saudável. É necessário admitir que algumas pessoas, para determinadas mudanças de comportamento, poderão nunca ser capazes de sair do ciclo, ou seja, nunca conseguirem atingir a mudança definitiva de comportamento.

Mas o aspecto realmente interessante é que o ciclo pode ser percorrido por diversas vezes até a pessoa emergir na fase de completa mudança. Prochashka e DiClemente (1986) verificaram que aquele necessita de percorrer o ciclo de mudança numa média de três vezes até mudar definitivamente de comportamento.

A prevenção para este tipo de doenças deveria ser de extrema importância, esta é normalmente dividida em: 1) primária, que é o exemplo a vacinação que promove acções que visam evitar o aparecimento da doença; 2) secundária, que visa intervir o mais precocemente possível nos primeiros sinais da doença; 3) terciária, que ambiciona evitar a incapacidade resultante da doença. Toda a acção de prevenção é habitualmente antecedida de rastreios, que podem ser feitos em massa, por rotina, ou integrados noutras práticas médicas. O rastreio tem vindo a ser considerado, um prática não inócua do ponto de vista psicológico e social e, menos bom ainda, poucos resultados positivos comporta, uma vez que não se verificam diferenças significativas na morbilidade e mortalidade entre grupos que tenham ou não realizado rastreio (Scambler, 1991, citado por Paúl & Fonseca, 2001).

A prevenção é o meio mais eficaz de reduzir a incidência do cancro, esta começa no indivíduo e inclui hábitos saudáveis alimentares, moderação no consumo de álcool, prática de actividade física, abstenção de tabaco (Somer, 1989).

Neste estudo poderíamos ter aprofundado mais as questões com os factores psicológicos como a ansiedade, depressão e stress. Como referem Nordin e Glimelius (1999), a ansiedade e a depressão são as reacções psicológicas mais comuns nos doentes

com cancro. Segundo estes autores, o predomínio dos níveis de distúrbios, nomeadamente a ansiedade e depressão, verificando-se que a ansiedade diminui com o tempo, enquanto que a depressão não apresenta um decréscimo significativo. Referem também que os níveis médios de ansiedade e distúrbios psicológicos em doentes com cancro durante o acompanhamento de *follow-up* não diferem significativamente dos níveis da população normal, contudo, os níveis de depressão apresentam-se mais elevados.

Sendo sensata a realização deste estudo empírico, ficam ainda várias questões por responder, associadas às limitações do estudo. De facto, na realização desta investigação, foram encontradas algumas limitações que o poderão ter condicionado. Entre elas, o número reduzido de elementos da amostra, que seria essencial aumentar procurando assim generalizar os dados obtidos.

## **Conclusão**

O presente estudo sugere que os Estilos de Vida desempenham um papel essencial na prevenção do cancro, nomeadamente do cancro colo-rectal e do estômago.

A investigação aponta que alguns tipos de cancro diagnosticados poderiam ser evitados se as pessoas alterassem o seu Estilo de Vida.

O cancro permanece em revelar-se como uma das patologias mais temidas pela humanidade. Quer pela complexidade da sua origem (hereditária ou dos Estilos de Vida), e dos custos sociais económicos que lhe estão associados, a nível do doente e da população em geral, despoletadas pela doença.

A tendência para o sedentarismo: quase ninguém anda a pé. O problema do tabaco é particularmente preocupante já que, entre nós, tem-se observado uma subida exponencial do número das jovens fumadoras. Como o risco de cancro associado ao tabaco é maior na mulher jovens do que no homem, apesar de ser também elevadíssimo nos homens, é de prever um aumento substancial da incidência de cancro na mulher jovem portuguesa nos próximos anos. Já que a população feminina no estudo apresentada considerando a idade de média de 60 anos afirmam não fumar.

Neste sentido, a presente investigação foi desenvolvida com o objectivo geral de caracterizar os Estilos de Vida em indivíduos com diagnóstico de cancro gástrico e/ou cancro colo-rectal acompanhados na Cirurgia Geral do Hospital de Santo António no Centro Hospitalar do Porto e objectivos específicos: procuramos aferir se os indivíduos tendem a alterar os Estilos de Vida após o diagnóstico da doença.

Dos resultados encontrados verifica-se uma tendência para alteração de hábitos alimentares nas 37 categorias, os comportamentos do presente modificaram-se suficientemente em relação aos comportamentos do passado, aumento dos alimentos benéficos e diminuição dos nocivos.

Em relação à dependência de nicotina na amostra do estudo no passado considera-se moderada e no presente baixa.

Na prática de actividade física, há uma maior prevalência de casos da prática de actividade física no presente em relação ao passado.

De salientar que durante a realização deste trabalho encontrámos alguns obstáculos, nomeadamente a recolha de dados, dado a especificidade do contexto onde foi realizada a investigação, leva a que os resultados obtidos sejam analisados com a

devida prudência, não permitindo por esse motivo proceder a generalizações para a população em estudo.

Os resultados poderiam ser mais conclusivos, se tivesse sido realizado um estudo longitudinal, aplicando os questionários após o diagnóstico, a finalização das sessões de quimioterapia ou radioterapia e, posteriormente, a cada 12 meses após esses tratamentos, durante 5 anos. No entanto, o factor tempo impediu a obtenção de valores relativos a um possível pré-teste.

A caracterização dos Estilos de Vida assume um papel determinante em vastas áreas, nomeadamente na saúde. Porém, em Portugal, apesar de este tema suscitar grande interesse, continua ainda a ser insuficiente estudado, havendo um longo caminho a percorrer, pois após a revisão da literatura, não foram encontrados estudos que abrangessem todas as áreas pretendidas, pelo que, acreditamos, podemos dar um contributo para que a haja uma maior compreensão e pistas para a acção de mudança nos Estilos de Vida do ser humano em relação aos cancros do colo-rectal e do estômago.

Em trabalhos posteriores, pretendemos dar continuidade a este estudo, de caracterização dos Estilos de Vida em indivíduos com diagnóstico de cancro gástrico e/ou cancro colo-rectal, aumentando o tamanho da amostra e efectuar num estudo longitudinal, aprofundar as questões ao nível dos aspectos psicológicos e vida sexual destes participantes. Poderíamos também aprofundar as questões relacionadas com a sua vida sexual, sendo esta uma temática pouco abordada pelos participantes, e ao longo do questionário uma questão sobre a cirurgia e efeitos secundários em como os gases incomodam nas relações sexuais, despoletaram para que os doentes tivessem um pouco mais à vontade, para poderem exprimir o que os preocupa sobre o tema. Após a conclusão dos questionários com esta população principalmente a masculina poderemos afirmar que os homens referem que no presente deixaram de serem os homens que eram, apresentam receios e estes fazem com que haja um bloqueio a nível psicológico para a prática da actividade sexual.

Um outro trabalho que poderá ser desenvolvido com variáveis ainda não estudadas por questão de delimitação de tema e tempo mas bastante relevantes, como a contextualização dos participantes: o meio rural e urbano, a escolaridade, a profissão e

rendimentos, podendo observar-se se existem diferenças quanto ao tipo de cancro e as variáveis referidas e correlacionar com as mudanças de Estilos de Vida.

Da investigação realizada em contexto hospitalar e dos resultados obtidos, sugere-se algumas orientações para a prática, mesmo sendo uma percentagem muito reduzida de doentes, que ainda cometem alguns erros na alimentação, seria recomendado o encaminhamento para a especialidade de nutrição.

Segundo os autores mencionados o stress pode englobar ansiedade, sentimentos de culpa, depressão, exaustão e desconforto físico. Estes factores poderão estar na base dos participantes do estudo apresentado, o facto de se sentirem mais tensos e nervosos, referirem que dormem menos, e sem razão aparente estarem mais irritados com os indivíduos e o ambiente que os rodeia. Deste modo, estes doentes poderiam ser encaminhados para o gabinete de Psicologia, o que poderia levá-los a alterar os seus estados psicológicos.

Como já foi referido atrás em relação ao álcool, os indivíduos do sexo feminino poderão ter mais precauções e serem mais cuidadosas com a sua saúde, apesar de só dois participantes fumadores no passado o continuarem a fazer no presente, não se reflectindo nas consequências a longo prazo. Poderiam ser encaminhados, através do médico assistente, para um programa antitabágico, já existentes em várias instituições públicas de saúde.

Sugere-se também que seja realizada formação aos profissionais de saúde desta unidade hospitalar, como a toda comunidade médica, para que estes sejam conhecedores do impacto que tem no indivíduo dos distintos domínios dos Estilos de Vida (alimentação, tabagismo, consumo de álcool, prática de actividade física regular) em que possam contribuir para o empowerment das comunidades no domínio da prevenção destes dois tipos de cancro.

A classe médica, estando em contacto directo com estes doentes, poderiam propor e realizar sessões de grupo de esclarecimento com equipas multidisciplinares, para doentes e cuidadores, como também nas consultas de rotina ou pós diagnóstico da doença, transmitirem mais informação, como se procede o desenvolvimento do cancro, e qual os melhores meios de prevenção.

Entendemos também que, ao conhecer estes doentes poderemos, de alguma forma, contribuir para a futura elaboração de programas de intervenção, que tenham

como objectivo a prevenção da doença nos indivíduos saudáveis e sensibilizar os profissionais de saúde, nas áreas da promoção da saúde, tratamento e reabilitação, bem como a nível da prevenção das doenças.

Poderemos, através dos meios de comunicação social, jornal, revistas, rádio ou televisão, esclarecer as possíveis causas para o desenvolvimento destes dois tipos de cancro enfatizando os Estilos de Vida da população Portuguesa.

Relembrar o quanto é importante os hábitos de alimentação saudável, a diminuição do consumo de álcool e de tabaco, como o aumento da actividade física começando pelas caminhadas diárias.

Poderemos também, através de questionários, fazer rastreios abertos a toda comunidade, de forma organizada em vários locais do país, referentes aos Estilos de Vida. Sendo estes realizados de forma presencial e informar cada indivíduo, o que poderá ainda realizar, para mudar os seus Estilos de Vida e efectuar prevenção, diminuindo assim a probabilidade de cancro.

O desenvolvimento deste estudo foi uma experiência muito enriquecedora, uma troca de experiências e principalmente uma aprendizagem pessoal a vários níveis. Desde que contactamos com esta realidade, cerca de 12 meses, aprendemos a valorizar a vida de uma forma diferente e desenvolvemos e aperfeiçoamos o nosso lado humano. Constatámos que vários doentes sentiam este espaço e tempo como deles, e que poderiam falar da sua doença, como nunca o tinham feito. Achando mesmo necessário o estudo que estávamos a realizar, referindo ser importante a prevenção, e que a população em geral deveria ser esclarecida, sobre como o cancro pode acontecer nas suas vidas.

## Referências

- Adorno, T. & Horkheimer, M. (1972). *A indústria cultural: O iluminismo como mistificação de masas em dialética do iluminismo*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Aguiar, R. (2001). *Manual de educação alimentar*. 2ª ed., Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Almeida, J. F., Machado, F. L., Capucha, L. & Torres, A. C. (1994). *Introdução à Sociologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Alonzo, A. A. (1993). Health behavior: Issues, contradictions and dilemmas. *Society Science Medicine*, 37 (8), 1019-34.
- American Cancer Society (2007). *Cancer statistics 2007 - A presentation from the American Cancer Society*. Consultado em 22, Dezembro, 2008, retirado de [http://www.cancer.org/downloads/STT/Cancer\\_Statistics\\_Combined\\_2007.ppt#1](http://www.cancer.org/downloads/STT/Cancer_Statistics_Combined_2007.ppt#1).
- American Institute for Câncer research. (1997). Nutrition and the cancer survivor. In AICR, Published the landmark report. *Nutrition and the Cancer Survivor Diet and Lifestyle for survivors Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a global perspective*. Washington: American Institute for Cancer Research.
- Andrade, P. & Alejandra, M. (2006). *Construção social e estilos de vida relações entre “consumos” culturais e ócio dos jovens de setores médios nos centros culturais*. Porto Alegre: Instituto de Ciências Antropológicas Facultad de Filosofía y Letras.
- Antunes, M., Oliveira, C. & Paulo, J. (1999). *Educação de adultos & intervenção comunitária*. Braga: Universidade do Minho.
- Arantes, A. A. (1993). *Horas furtadas dois ensaios sobre consumo e entretenimento*. São Paulo: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas Unicamp.
- Azevedo, L. F., Salgueiro, L. F., Claro, R., Teixeira-Pinto A. & Costa-Pereira, A. (1999). Diet and gastric cancer in Portugal— A multivariate model. *European Journal of Cancer*, 8, 41-8.
- Bacurau, R. F. P. & Costa Rosa, L. F. B. P. (1997). Efeitos do exercício sobre a incidência e desenvolvimento do câncer. *Revista Paulista de Educação Física*. 2 (11) 142-147.

- Bale, A. & Sheilds, P. (2001). Etiology of cancer: Chemical factors. In V. Devita, S. Hellman & S. Rosenberg (Eds.), *Cancer Principal & Practice of Oncology* (pp.207-217). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bardou M, Montembault S, Giraud, V. et al. (2002). Excessive alcohol consumption favours high risk polyp or colorectal cancer occurrence among patients with adenomas: A case control study. *Gut*, 50, 38-42.
- Belcher, A. (1996). *Enfermería y cáncer*. Barcelona: Mosby/Doyma Libros.
- Bernhard, J. & Hürny, C. (1998). Gastrointestinal cancer. In J.C. Holland (Org.), *Psycho-oncology* (pp. 324-339). New York: Oxford University Press.
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques: Sur la théorie de l'action*. Paris: Seuil.
- Brownson, R. C., Figgs, L. W. & Caisley, L. E. (2002). Epidemiology of environmental tobacco smoke exposure. *Oncogene*, 21, 7341-7348.
- Bruhn, J. G. (1988). Life-style and health behavior. In D. S. Gochman (Ed.), *Health behavior: Emerging research perspectives* (pp. 71-86). New York: Plenum Press.
- Bulletprof (2009). *Cancro em torrente de pensamentos*. Consultado em 11, Agosto, 2009, retirado de [www.LusoPoemas.net/modules/new/articlephp?storyid=33802](http://www.LusoPoemas.net/modules/new/articlephp?storyid=33802).
- Bureau Europeu para Acção na Prevenção do Tabagismo (1993). *Por favor não me obrigue a fumar o seu fumo*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo.
- Campbell, K. L., Crocker, P. R. & McKenzie, D. C. (2002). Field evaluation of energy expenditure in women using Tritrac accelerometers. *Medicine Science Sports Exercise*, 34,1667-74.
- Campbell, P. T., Sloan, M. & Kreiger, N. (2007). Physical activity and stomach cancer risk: The influence of intensity and timing during the lifetime. *European Journal of Cancer*, 43, 593 – 600.
- Castells, M. (1985). *A cuestión urbana*. México: Editorial Siglo XXI.
- Center for Disease Control and Prevention (1998). *Facts on youth smoking, health and performance*. Consultado em, 03, Dezembro, 2009, retirado de <http://www.cdc.gov>.
- Centers for Disease Control and Prevention, American Cancer Society, & Wellness Councils of America (1996). *Making your workplace smoke free. A decision*

- maker's guide*. Consultado em 30, Outubro, 2009 retirado de <http://www.cdc.gov/tobacco/research.data/environmental/etsguide.htm>.
- CID-10 lista europeia (2006). *Óbitos por causa de morte e sexo, segundo o mês do falecimento*. Consultado em 04, Dezembro, 2008 retirado de [www.who.in](http://www.who.in).
- CNAN - Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (1997). Recomendações para a educação alimentar a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 7, 5-19.
- Conner, M. & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (pp. 1-22). Buckingham: Open University Press.
- Cravo, M., Glória, M. L., Camilo, M. E., Cardoso, J. N., Nobre, L. C & Mira, F. (1995). Deficiências vitamínicas nos alcoólicos crônicos: consequências metabólicas e implicações clínicas. *Jornal Português de Gastrenterologia*, 2, 74-79.
- DeVita, Jr. V.T., Hellman, S., & Rosenberg, S. A. (2005). *Cancer: Principles and practice of Oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Durkheim, E. (1963). *L'education morale*. Paris: Puf.
- Eisner, M. D. (2002). Environmental tobacco smoke and adult asthma. *Clinics in Chest Medicine*, 23, 749-761.
- Emmons, K. B., Wong, M., Hammond, S. K., Velicer, W. F., Fava, J. L. *et al.* (2001). Interventions and policy issues related to children's exposure to environmental tobacco smoke. *Preventive Medicine*, 32, 321-331.
- Evangelista, J. C. (2008). Câncer gastrointestinal. In V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Velt *et al.* (Eds.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 100-101). São Paulo: Editor Summus editorial sociedade Brasileira de Psico-oncologia.
- Ewles, L. & Simnett, I. (1999). *Promoting health - A practical guide*. London: Baillière Tindall.
- Falcão, J. M., Dias, J. A., Miranda, A. C., Leitão, C. N., Lacerda, M. M., & da Motta, L. C. (1994). Red wine consumption and gastric cancer in Portugal: A case-control study. *European Journal of Cancer Prevention*, 3, 269-76.

- Fearon, E. & Vogelstein, B. (1990). A genetic model for colorectal tumorigenesis. *Cell*, 61 (5), 759-67.
- Figueiredo, A. P. R. S. (2007). *Impacto do tratamento do cancro colorrectal no doente e cônjuge: Implicações na qualidade de vida, morbilidade psicológica, representações de doença e stress pós-traumático*. Braga: Universidade do Minho.
- Freitas, J.P. (1998). *Fumadores passivos. Conselho de prevenção do tabagismo*. Lisboa: INDC.
- Friedman, E., Isaksson, P., Rafter, J., Marian, B., Winawer, S. & Newmark, H. (1989). Fecal diglycerides as selective endogenous mitogens for premalignant and malignant human colonic epithelial cells. *Cancer Research*, 49, 544-548.
- Ganzl, R. (1996). Câncer colorretal. In A. Murard & A. Katz. (Eds), *Oncologia. Bases clínicas do tratamento* (pp. 176-179) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Goffman, E. (1951). Symbols of class status. *The British Journal of Sociology*, 2, 294-304.
- Goldman, L. (1964). *Por une Sociologie du Roman*. Paris: Gallimard.
- Gonçalves A. & Carvalho G. S. (2005). *Os tempos livres e os quotidianos na definição de estilos de vida de jovens rurais e urbanos: Influência da escolarização e dos recursos comunitários*. Braga: Universidade do Minho.
- González, C. A., Pêra, G., Agudo, A., Palli, D., Krogh, V., Vineis P., et al. (2003). Smoking and the risk of gastric cancer in the European prospective investigation into cancer and nutrition (epic). *International Journal of Cancer*, 107, 629–634.
- Gouveia-Monteiro, J. (1992). Haverá alguma relação entre o zinco e o cancro do estômago? *Coimbra Médica*, 13, 161-5.
- Graham, S. (1984). Epidemiology of retinoids and cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 73, 1423-1428.
- Grosvenor, M., Bulcavage, L. & Chlebowski, R. (1989). Symptoms potentially influencing weight loss in a cancer population. Correlations with primary site, nutritional status, and chemotherapy administration. *Cancer*, 63, 330-334.

- Hanks, J. F., Jones, R. S. & Minasi, J. S. (1996). Tumors of the stomach and duodenum. In G.D. Zuidema (Ed.), *Shackelford's surgery of the aliment tract*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Haskell W. L., Lee I. M., Pate R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A. *et al.* (2007). Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine Science Sports Exercise*, 39, 1423-34.
- Health and Development Through Physical Activity and Sport (2003). *Physical activity and sport*. Geneva: WHO.
- Healthy People 2010. (2005). *Health of the nation section 1. Executive Summary, Midcourse Review*.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hogan, R. (1999). Cancro. In W. J. Phipps, B. C. Long, N. F. Woods & V. L. Cassemeier (Eds), *Enfermagem médico – cirúrgica. conceitos e prática clínica* (pp. 333-413). Loures: Lusociência.
- Hopkins, D. P., Briss, P. A., Ricard, C. J., Husten, C. G., Carande-Kulis, V. G., Fielding, J. E. & et al. (2001). Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Tobacco Smoke. *American Journal of Preventive Medicine*, 20, 16-66.
- International Agency for Research on Cancer (2002). Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans world health organization international agency for research on cancer. *World Health Organization International Agency for Research on Cancer*.
- Kearney J, Giovannucci E, Rimm E., Stampfer, M. J. Colditz, G. A. & Ascherio, A. (1995). Diet, alcohol, and smoking and the occurrence of hyperplastic polyps of the colon and rectum (United States). *Cancer Causes Control*, 6, 45-56.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- LaMont, J. & Isselbacher, K. (1980). Doenças do colon e recto. In Harrison (Ed.), *Medicina Interna* (pp. 1530-1548), Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lima, L. M. (1999). A Prevenção do tabagismo na adolescência. In L. B. Sardinha, M. G. Matos, & L. Loureiro (Eds.), *Promoção da saúde: Modelos e práticas de*

- intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 123-161). Lisboa: Ed. FMH.
- Lunet, N., Barros H. (2003). Helicobacter pylori infection and gastric cancer: Facing the enigmas. *International Journal of Cancer*, 106, 953-60.
- Lunet, N., Carvalho, R. & Barros, H. (2006). Investigação em cancro gástrico: Artigos publicados em revistas nacionais e internacionais por autores portugueses. *Arquivos de Medicina*, 19 (4),139-143.
- Marktest Audimetria (2001). *Consumo de tv em Portugal*. Consultado em 16, Outubro, 2009, retirado de <http://www.marktest.com/wap/a/n/id~1eb.aspx>.
- Marktest Audimetria (2010). *Residentes no sul consomem mais tv*. Consultado em 27, Março, 2010, retirado de <http://www.marktest.com/wap/a/n/id~14c3.aspx>.
- Marx, K. (1986). *O capital*. México: Libro I FCE
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health`s challenge to academic scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37 (1), 1-14.
- Matarazzo, J. D. (1984). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: Wiley.
- Matos, G., Simões, C., Carvalhosa, S. & Canha, L. (1998). *A saúde dos adolescentes de Lisboa*. Lisboa: Relatório Regional da Rede Europeia HBSC/OMS.
- Matsudo, V. K. R. & Matsudo, S. M. M. (1992). Câncer e exercício: Uma revisão. *Revista Brasileira da Ciência e Movimento*, 6, 2.
- Menezes, A. M. B., Horta, B. L., Oliveira, A. L. B., Kaufmann, R. A. C., Duquia, R., Diniz, A. *et al.* (2002). Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. *Revista Saúde Pública*, 36 (2), 129-34.
- Mendes, V. (2008). Prevenir o cancro do cólon e recto. *Jornal Português Gastrenterologia*, 15, (4). 153-155.
- Moak, D. & Anton, R. (1999). Alcohol. In B. McCrady & E. Espstein (Eds) *Addictions – A comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press.
- Mota, D. D. C. F. & Pimenta, C. A. M. (2002). Fadiga em pacientes com câncer avançado: Avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48, (4), 577-583.
- Muggli, M. E., Forster, J. L., Hurt, R. D. & Repace, J. L. (2001). The smoke you don't see: Uncovering tobacco industry scientific strategies aimed against

- environmental tobacco smoke policies. *American Journal of Public Health*, 91, 1419-1423.
- National Cancer Institute [NCI]. (2003). *Eating hints for cancer patients before, during & after treatment*. Memphis: Public Health Service, NIH Publication.
- Nogueira C., Silva A. S., Santos J., Silva A. G., Ferreira J., Matos, E. *et. al* (2002). Early gastric câncer: Ten years of experience. *World Journal of Surgery*, 26, 330-334.
- Nordin, N. & Glimelius, B. (1999). Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer. *British Journal of Cancer*, 79 (3/4), 525-529.
- Núcleo de Exercício e Saúde (2002). *Aconselhamento para a actividade física*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana e Universidade Técnica de Lisboa.
- Ogden, J. (1996). *Health psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, C. (1999). *A educação como processo auto-organizativo. Fundamentos teóricos para uma educação permanente e comunitária*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos, Editora Piaget.
- Parga, M. (1995). Tabaco: patologia y terapêutica. In E. Becoña, A.R. Lopez, & I. S. Bernard (Eds.), *Drogodependências. II Drogas Legales*. Santiago de Compostela: Imprenta.
- Paúl C. & Fonseca A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pearson, T. & Shils, E. (1995). *Toward a general theorie of action*. Cambridge: Harvard.
- Peifer, K. (2000). Cirúrgia. In S. Otto (Ed.), *Enfermagem em Oncologia* (pp. 529–556). Loures: Lusociência.
- Pereira, M. G. & Figueiredo, A. P. (2008). Depressão, ansiedade e stress pós-traumático em doentes com cancro colo-rectal validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impact of Events Scale (IES) numa amostra de doentes oncológicos. *Oncology News*, 2 (5), 11-19.

- Peres, E. (1997). *Bem comidos e bem bebidos*. Lisboa: Caminho. Biblioteca do Instituto S. Ciências da Nutrição e Alimentação.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais a complementaridade do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pirai, H. (2003). O poder da actividade física. In T. C. Negreiros (Ed.). *A nova velhice: Uma visão multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Precioso, J. (1994). *Educação para a saúde na escola. Um estudo sobre a prevenção do hábito de fumar*. Braga: Livraria Minho.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. et al. (1986). "Integrative dimensions for psychotherapy. *International Journal of Eclectic Psychotherapy*, 5 (3), 256-274.
- Rapley, M. (2003). *Quality of life research: A critical introduction*. London: Sage.
- Ravasco, P., Monteiro Grillo, I. & Camilo M. E. (2002). Cancro colorectal e factores de risco numa população portuguesa: Estudo de caso-controlo. *Journal Português de Gastrenterologia*, 9, 311-320.
- Rodrigues, V. M. C. P. (2003). *Hábitos de saúde e comportamentos de risco em estudantes do ensino básico/secundário: Estudo da eficácia de um programa de intervenção*. Tese de Doutoramento (não publicada). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- RORENO (1993). *Registo Oncológico Regional do Norte*. Porto: I.P.O.F.G. Centro Regional do Norte.
- RORENO (1995). *Registo Oncológico Regional do Norte*. Porto: I.P.O.F.G. Centro Regional do Norte.
- RORENO (2002). *Registo Oncológico Regional do Norte*. Porto: I.P.O.F.G. Centro Regional do Norte.
- RORENO (2004). *Registo Oncológico Regional do Norte*. Porto: I.P.O.F.G. Centro Regional do Norte.
- RORENO (2007). *Registo Oncológico Regional do Norte*. Porto: I.P.O.F.G. Centro Regional do Norte.
- Rosas, M. & Baptista, F. (2002). Desenvolvimento de estratégias a cessação tabágica. *Análise Psicológica*, 1, 45-56.

- Samad, A. K., Taylor, R. S., Marshall, T. & Chapman, M. A. (2005). A metanalysis of the association of physical activity with reduced risk of colorectal cancer. *Colorectal Disease*, 7 (3), 204–13.
- Santos, J. M. N. (2006). *Estudo da ansa jejunal de reconstrução após gastrectomia total*. Tese de Doutoramento (não publicada). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Santos J. (2003). Contribuição à campanha nacional de conscientização sobre o câncer do intestino grosso. Prevenção e diagnóstico precoce. *Revista Brasileira Coloprocto*, 23 (1), 32-40.
- Saudenha, H. (1999). *Nutrição clínica*. Ed. Lidel.
- Schwartzmann, G., Mattei, J. & Moreira, L. F. (2004). Neoplasias gastrintestinais. In (Org.) J. R. Q. Guimarães, *Manual de oncologia*. São Paulo: BBS Editora.
- Serviço de Oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein. (2009). *O que você precisa sobre hereditariedade e cancro*. São Paulo: Oncologia Einstein.
- Simões, S. (2009). *Estilo de vida é importante*. Consultado em 11, Agosto, 2009, retirado de <http://www.cienciaviva.pt/healthxxi/abel/entrevista.asp>.
- Somer, E. (1989). *Cancer and nutrition by health media of America, inc*. Tradução Carla Geadá. Lisboa: Marujo Editora.
- Sorokin, P. (1947) *Society, culture and personality: Their structure and dynamics*. Nova Iorque: Harper.
- Stemmermann, F. N., Nomura, A. M. Y., Kolonel, L. N., Goodman, M. T. & Wilkens, L.R. (2002). Gastric carcinoma: Pathology findings in a multiethnic population. *Cancer*, 95 (4), 744-750.
- Stephoe, A. & Wardle, J. (1996). The European health and behaviour survey: The development of an international study in health psychology. *Psychology of Health*, 11, 49-73.
- Stierum R., Burgemeister R., Helvoort V. A. & et al. (2001). Functional food ingredients against colorectal cancer. An example project integrating functional genomics, nutrition and health. *Nutrient Metabolism Cardiovascular Disease*. 11, (4), 94-98.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. (1995). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Taylor, S. (2002). *Etnographiq research: A reader*. London: Sage.

- Teixeira, M. (2004). Predisposição hereditária para cancro colorrectal. *Oncologia Informação, 1* (3). Porto:IPO.
- Terry P., Ekblom A., Lichtenstein P., Feychting, M. & Wolk, A. (2001). Long-term tobacco smoking and colorectal cancer in a prospective cohort study. *International Journal Cancer; 91*, 585-7.
- The European Food Information Council [EUFIC]. (2004). *Food today*, Consultado em 20, Novembro, 2009, retirado de <http://www.eufic.org/web>.
- The European Food Information Council [EUFIC]. (2008). *Food today*. Consultado em 5, Janeiro, 2009, retirado de <http://www.eufic.org/web>.
- U.S. Department of Health and Human Services (1990). *Health objectives for the nation*. A Midcourse Review: Government Printing Office.
- Valadão M. & Castro L. S. (2007). Câncer colo-rectal hereditário. *Revista Colégio Brasileira. Ciriurgiões*. 193-200.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica, 4* (20), 611-624.
- Viana, V. & Almeida, J. P. (1998). Psicologia pediátrica: Do comportamento à saúde infantil. *Análise Psicológica, 1*, 29-40.
- Vigen, C., Bernstein, L. & Wu, A. H. (2006). Occupational physical activity and risk of adenocarcinomas of the esophagus and stomach. *International Journal of Cancer, 118* (4), 1004–9.
- Waichman & Pablo (1993). *Tempo livre y recreação, um desafio pedagógico*. Buenos Aires: Editorial PW.
- Willett, W. (1997). Specific fatty acids and risk of breast and prostate cancer: Dietary intake. *American Journal of Clinical Nutrition, 66*, 1557-1563.
- Wold, B. (1993). *Health behaviour in school-aged children*. Cross-national survey. Califórnia: WHO.
- World Cancer Fund and American Institute for Cancer Research (1997). *Food, nutrition and the prevention of cancer: A global perspective*. Washington: World Health Organization.
- World Health Organization (1999a). *Bulletin, 77*, 509-514. WHO.
- World Health Organization (1999b). *Tobacco free initiative international consultation on environmental tobacco smoke (ETS) and Child Health*. Genève: WHO.

- World Health Organizations. (1996). *Tobacco: the twentieth century's epidemic*. Consultado em 15, Fevereiro, 2003 retirado de [www.who.org](http://www.who.org).
- World Health Report (2002). *Reducing risks, promoting healthy life*. Genève: WHO.
- Yu, H. J. A., Lin, K. M., Ota, D. M. & Lynch, H. T. (2003). Hereditary nonpolyposis colorectal cancer: preventive management. *Cancer Treatment Reviste*, 29, (6), 461-70.

**Anexo A**  
Questionário de Estilos de Vida, Qualidade de Vida e Doença(s)



## Questionário de Estilos de Vida, Qualidade de Vida e Doença(s)

Este questionário visa contribuir para um melhor conhecimento sobre estilos de vida e qualidade de vida dos doentes acompanhados no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Santo António.

Não há respostas certas, nem respostas erradas. O que se pretende é conhecer a sua experiência de vida.

As informações que nos fornecer serão confidenciais e serão apenas do conhecimento dos investigadores responsáveis por este estudo<sup>1</sup>.

Para cada questão poderá assinalar a sua resposta com um X, nos espaços adequados, ou poderá escrever nas linhas disponíveis.

Por favor, no final verifique se respondeu a todas as questões.

- Data da aplicação do questionário: \_\_\_ (dia) \_\_\_ (mês) \_\_\_\_ (ano)
- Nome do aplicador: \_\_\_\_\_

### I – Dados sócio-demográficos

1. Está a ser atendido(a) neste serviço do Hospital Geral de Santo António pela primeira vez?

- Sim .....
- Não .....  E há quanto tempo está a ser atendido(a)? \_\_\_\_ (Meses/Anos)  
Não se lembra...

2. Sexo:

- Masculino .....
- Feminino .....

3. Data de nascimento: \_\_\_ (dia) \_\_\_ (mês) \_\_\_\_ (ano)

4. Estado civil

- Solteiro(a) .....
- Casado(a) / União de facto .....
- Viúvo(a) .....
- Divorciado(a) / Separado(a) .....
- Outra situação .....  Qua? \_\_\_\_\_

5. Tem irmãos?

- Sim .....  Quantos? \_\_\_\_ Irmãos (Considerar todos, vivos e não vivos)
- Não .....

<sup>1</sup> Equipa de investigação: ICBAS – Universidade do Porto, Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Santo António, CECOF – Centro de Oncologia e Quimica Fina, Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa, CECUCCO – Centro de Estudos Clínicos, de Linguagem e de Comportamento, Universidade Fernando Pessoa, CECL – Centro de Estudos de Comunicação e Linguagem, Universidade do Minho.

6. Tem filhos?

- Sim ...  Quantos? \_\_\_\_\_ Filhos (Considerar todos, vivos e não vivos)
- Não.....

7. Quanto mede? \_\_\_\_\_ Metros

8. Qual é o seu peso? \_\_\_\_\_ Kg

9. Qual o grau de escolaridade mais elevada que conduziu? \_\_\_\_\_

10. Nacionalidade:

- Portuguesa.....
- Estrangeira..... De que país? \_\_\_\_\_ Passe à questão 12

11. Naturalidade:

Distrito: \_\_\_\_\_; Concelho: \_\_\_\_\_; Freguesia: \_\_\_\_\_

12. Residência:

Distrito: \_\_\_\_\_; Concelho: \_\_\_\_\_; Freguesia: \_\_\_\_\_

13. Indique qual é o seu rendimento mensal familiar líquido aproximado: \_\_\_\_\_ Euros (Facultativa)

14. Descrição das funções profissionais (ocupação ou profissão):

Datas			
Funções:			

## II – Estilo de Vida

As questões que se seguem dizem respeito à sua forma de estar actualmente e no passado, mais ou menos nos dez anos anteriores a saber que estava doente.

### 15. Sente-se tenso ou nervoso?

No presente	No passado	
▪ Quase sempre... <input type="checkbox"/>	▪ Quase sempre... <input type="checkbox"/>	
▪ Muitas vezes..... <input type="checkbox"/>	▪ Muitas vezes..... <input type="checkbox"/>	
▪ Por vezes..... <input type="checkbox"/>	▪ Por vezes..... <input type="checkbox"/>	
▪ Nunca..... <input type="checkbox"/>	▪ Nunca..... <input type="checkbox"/>	

### 16. É capaz de se sentir descontraído e relaxado?

No presente	No passado	
▪ Quase sempre... <input type="checkbox"/>	▪ Quase sempre... <input type="checkbox"/>	
▪ Muitas vezes..... <input type="checkbox"/>	▪ Muitas vezes..... <input type="checkbox"/>	
▪ Por vezes..... <input type="checkbox"/>	▪ Por vezes..... <input type="checkbox"/>	
▪ Nunca..... <input type="checkbox"/>	▪ Nunca..... <input type="checkbox"/>	

### 17. Por noite, número de horas de sono?

No presente	No passado	
_____ Horas	_____ Horas	

### 18. Tem dificuldade em dormir?

No presente	No passado	
▪ Quase sempre... <input type="checkbox"/>	▪ Quase sempre... <input type="checkbox"/>	
▪ Muitas vezes..... <input type="checkbox"/>	▪ Muitas vezes..... <input type="checkbox"/>	
▪ Por vezes..... <input type="checkbox"/>	▪ Por vezes..... <input type="checkbox"/>	
▪ Nunca..... <input type="checkbox"/>	▪ Nunca..... <input type="checkbox"/>	

### 19. É fumador?

No presente	No passado
▪ Sim.... <input type="checkbox"/>	▪ Sim.... <input type="checkbox"/> Há quanto tempo deixou de fumar? ____ anos
▪ Não.... <input type="checkbox"/>	▪ Não.... <input type="checkbox"/> Passe à questão 20

### 19.1. Consumo diário de cigarros?

No presente	No passado	
_____ Cigarros	_____ Cigarros	

### 19.2. O primeiro cigarro depois de acordar?

No presente	No passado	
Nos primeiros 5 minutos... <input type="checkbox"/>	Nos primeiros 5 minutos... <input type="checkbox"/>	
Entre 6-30 minutos..... <input type="checkbox"/>	Entre 6-30 minutos..... <input type="checkbox"/>	
Entre 31-60 minutos..... <input type="checkbox"/>	Entre 31-60 minutos..... <input type="checkbox"/>	
Mais de 60 minutos..... <input type="checkbox"/>	Mais de 60 minutos..... <input type="checkbox"/>	

### 19.3 Tem dificuldade em não fumar em locais em que é proibido (igreja, cinema, restaurante, ...)?

No presente	No passado
▪ Sim.... <input type="checkbox"/>	▪ Sim.... <input type="checkbox"/>
▪ Não.... <input type="checkbox"/>	▪ Não.... <input type="checkbox"/>

19.4. Cigaro lhe ou estaria mais não fuma?

No presente	No passado
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O primeiro do dia..... <input type="checkbox"/></li> <li>▪ Após as refeições..... <input type="checkbox"/></li> <li>▪ Qualquer outro..... <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O primeiro do dia..... <input type="checkbox"/></li> <li>▪ Após as refeições..... <input type="checkbox"/></li> <li>▪ Qualquer outro..... <input type="checkbox"/></li> </ul>

20. Consumo de drogas?

No presente	No passado
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sim.... <input type="checkbox"/> Quais? _____</li> <li>▪ Não.... <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sim.... <input type="checkbox"/> Quais? _____</li> <li>▪ Não.... <input type="checkbox"/></li> </ul>

21. Exames de rotina para verificar o seu estado de saúde?

No presente	No passado
<b>21.1. Exames para verificar a tensão arterial</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sim.... <input type="checkbox"/></li> <li>▪ Não.... <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sim.... <input type="checkbox"/></li> <li>▪ Não.... <input type="checkbox"/></li> </ul>
<b>21.2. Exames para verificar o colesterol</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sim.... <input type="checkbox"/></li> <li>▪ Não.... <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sim.... <input type="checkbox"/></li> <li>▪ Não.... <input type="checkbox"/></li> </ul>
<b>21.3. Exames para verificar o nível de glicémia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sim.... <input type="checkbox"/></li> <li>▪ Não.... <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sim.... <input type="checkbox"/></li> <li>▪ Não.... <input type="checkbox"/></li> </ul>
<b>21.4. Outros exames</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sim.... <input type="checkbox"/></li> <li>▪ Não.... <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sim.... <input type="checkbox"/></li> <li>▪ Não.... <input type="checkbox"/></li> </ul>

22. Antes da doença, tomava sempre os medicamentos que lhe eram prescritos pelos médicos?

- Sim.....  Quais? \_\_\_\_\_
- Não.....

23. E acontecia-lhe tomar medicamentos que não lhe fossem prescritos pelos médicos?

- Sim.....  Quais? \_\_\_\_\_
- Não.....

24. Prática de actividade física regular

No presente	No passado
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não..... <input type="checkbox"/></li> <li>▪ Sim..... <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 1 vez por semana..... <input type="checkbox"/></li> <li>◦ 2 vezes por semana..... <input type="checkbox"/></li> <li>◦ 3 vezes por semana..... <input type="checkbox"/></li> <li>◦ 4 vezes por semana..... <input type="checkbox"/></li> <li>◦ 5 vezes por semana..... <input type="checkbox"/></li> <li>◦ 6 vezes por semana..... <input type="checkbox"/></li> <li>◦ 7 vezes por semana..... <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não..... <input type="checkbox"/></li> <li>▪ Sim..... <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 1 vez por semana..... <input type="checkbox"/></li> <li>◦ 2 vezes por semana..... <input type="checkbox"/></li> <li>◦ 3 vezes por semana..... <input type="checkbox"/></li> <li>◦ 4 vezes por semana..... <input type="checkbox"/></li> <li>◦ 5 vezes por semana..... <input type="checkbox"/></li> <li>◦ 6 vezes por semana..... <input type="checkbox"/></li> <li>◦ 7 vezes por semana..... <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> </ul>





28.2 Ao jantar:

Frequência	Sempre		Muito frequente		Frequente		Pouco frequente		Nunca	
	Presente	Passado	Presente	Passado	Presente	Passado	Presente	Passado	Presente	Passado
Em sua casa ou na casa de familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leva a refeição de casa para a escola/trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na cantina ou refeitório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snack-bar, bufetes, cafés ou pastelarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Churrasqueiras										
Restaurantes										
Outros locais										
▪ Quais?										

III - Sobre a doença

29. Há quanto tempo ficou doente? \_\_\_\_ (Meses/Anos)

30. Antes de ter conhecimento de que tinha esta doença, tinha problemas intestinais?

- Não .....  Passe à questão 31
- Sim ..... 
  - Quando tiveram início? \_\_\_\_ (Meses/Anos)
  - Que tipo de problemas? \_\_\_\_\_

31. Antes de ter conhecimento de que tinha esta doença, tinha problemas de estômago?

- Não .....  Passe à questão 32
- Sim ..... 
  - Quando tiveram início? \_\_\_\_ (Meses/Anos)
  - Que tipo de problemas? \_\_\_\_\_

32. Antes do diagnóstico da doença, tinha algum destes sintomas?

	Sim	Não
Dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prisão de ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda de apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Algum sintoma provocou a procura de um médico?

- Sim .....
- Não .....  Passe à questão 36

34. Descreva esse(s) sintoma(s)

---

---

35. Quanto tempo após o aparecimento desse(s) sintoma(s) é que foi diagnosticada a doença? \_\_\_\_  
(Meses/Anos)

36. Para além deste problema de saúde que o traz à consulta de cirurgia, tem outras doenças?

- Não .....
- Sim .....  Quais? (Qual o órgão atingido?) \_\_\_\_\_

Se ainda não fez tratamentos para esta doença, por favor, passe para a pergunta 40

37. E depois de lhe ser diagnosticada a doença, quanto tempo demorou para começar os tratamentos?  
\_\_\_\_ (Semanas/Meses/Anos)

38. Que tratamentos fez para esta doença? (É possível assinalar mais do que uma opção)

- 38.1 Quimioterapia .....
- 38.2 Radioterapia .....
- 38.3 Cirurgia .....
- 38.4 Outros .....  Quais? \_\_\_\_\_

39. No presente momento, está a fazer algum tratamento para esta doença?

Não .....   
Sim .....  (É possível assinalar mais do que uma opção)

- 39.1 Quimioterapia .....
- 39.2 Radioterapia .....
- 39.3 Cirurgia .....
- 39.4 Outros .....  Quais? \_\_\_\_\_

40. Na sua família existem outras pessoas com a mesma doença:

- Não .....
- Há um familiar com a mesma doença .....
- Há dois familiares com a mesma doença .....
- Há três ou mais familiares com a mesma doença .....
- Não sabe .....

40.1. Caso se aplique, descreva o(s) grau(s) de parentesco desse(s) família(ies):

---

---

## **Anexo B**

Informação sobre a natureza do estudo

*Informação escrita a fornecer ao doente*

Estudo de investigação intitulado

**ESTILOS DE VIDA E DOENÇAS ONCOLÓGICAS: UM ESTUDO CENTRADO  
NOS CANCROS DO ESTOMAGO E COLO-RECTAL**

O questionário a que vai responder tem por objectivo contribuir para a realização de um estudo sobre estilos de vida e cancro.

É de participação voluntária mas muito importante. Ao participar poderá contribuir para um melhor conhecimento da sua doença. Com os resultados obtidos pensamos poder vir a ser mais úteis aos doentes com a sua doença.

O questionário é de resposta simples e divide-se em duas partes: uma primeira, generalista e uma segunda que engloba questões fundamentais sobre as suas rotinas e formas de vida.

A entrevista será efectuada por uma socióloga e/ou psicóloga.

Os dados que fornecer serão, em absoluto, confidenciais e destinam-se unicamente a tratamento para a investigação.

O investigador responsável é o Prof. Doutor Jorge Nunes dos Santos, médico do Quadro Hospitalar do Serviço de Cirurgia Geral, que estará disponível para qualquer esclarecimento.

O Departamento de Cirurgia e o Serviço de Cirurgia Geral, quer desde já agradecer a sua colaboração.

## **Anexo C**

### **Consentimento Informado**



## CONSENTIMENTO INFORMADO

### ESTILOS DE VIDA E DOENÇAS ONCOLÓGICAS: UM ESTUDO CENTRADO NOS CANCROS DO ESTOMAGO E COLO-RECTAL

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_, fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a estudar estilos de vida e cancro.

Sei que neste estudo está prevista a realização de uma entrevista com preenchimento de um inquérito tendo-me sido explicado em que consiste.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Participante no estudo

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Médico responsável

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_