

Mudanças no comportamento alimentar em sobreviventes ao câncer assistidos ao nível ambulatorial

Feeding behavior changes in cancer survivors assisted on outpatient

Ingride Ramos de Carvalho Oliveira¹, Kiriague Barra Ferreira Barbosa¹, Andhressa Fagundes¹

¹Universidade Federal de Sergipe

E-mail: Ingride Ramos de Carvalho Oliveira – oliveiraingride@gmail.com

Resumo

Objetivo: analisar os aspectos do comportamento alimentar em sobreviventes ao câncer assistidos ao nível ambulatorial. **Método:** trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo transversal, conduzida com 51 sobreviventes ao câncer, assistidos em nível ambulatorial, em um hospital público do estado de Sergipe. Os instrumentos de coleta de dados foram um questionário estruturado e o protocolo para a realização do grupo focal. A análise de dados incluiu a estatística descritiva e a análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** observou-se boa autopercepção sobre saúde, alimentação e mudança de comportamento. Foram evidenciados aspectos de influência nos hábitos alimentares como preço, sabor, valor nutricional dos alimentos e fontes de informação sobre alimentação. As categorias que emergiram do grupo focal mostraram a importância das questões de suporte emocional, dificuldades diante do diagnóstico, mudanças de comportamento e pensamentos disfuncionais. **Conclusões:** ser um sobrevivente do câncer envolve vivências capazes de modificar positivamente o comportamento alimentar. Dessa forma, o contexto da doença e os aspectos psicossocioculturais devem ser compreendidos e considerados no cuidado oncológico.

Palavras-chave: Neoplasias. Comportamento Alimentar. Pesquisa Qualitativa. Grupos Focais. Assistência Ambulatorial.

Abstract

Objective: This study aimed to analyze aspects of eating behavior in cancer survivors assisted on an outpatient basis. **Methods:** This is a cross-sectional qualitative and quantitative research conducted with 51 cancer survivors, assisted on an outpatient basis, in a public hospital in Sergipe, Brazil. The data collection instruments were a structured questionnaire and the protocol for leading focus groups. Data analysis included descriptive statistics and content analysis based on Bardin. **Results:** We observed an excellent self-perception about the patients' health, feeding, and behavior change. We also evidenced aspects of influence on eating habits such as price, taste, nutritional value of food, and sources of information about food. The categories that emerged from the focus group showed the importance of emotional support issues, difficulties in the face of the diagnosis, behavior changes, and dysfunctional thoughts. **Conclusions:** Being a cancer survivor involves experiences able to modify feeding behavior positively.

Thus, the context of the disease and the psycho-sociocultural aspects must be understood and considered in cancer care.

Keywords: *Neoplasms. Feeding Behavior. Qualitative Research. Focus Groups. Ambulatory Care.*

INTRODUÇÃO

O câncer está entre as quatro principais causas de morte no mundo, com crescente incidência de casos relacionados a hábitos de vida inadequados, tais como alimentação, tabagismo, etilismo e sedentarismo. Entre 2020 e 2022, são estimados 625 mil novos casos de câncer por ano no Brasil, sendo os mais incidentes câncer de pele não melanoma, seguido pelos cânceres de mama e próstata, cólon e reto, pulmão e estômago. A nutrição antes, durante e após o tratamento antineoplásico pode ajudar a torná-lo viável e eficiente, minimizar os efeitos colaterais, promover melhor estado nutricional e imunológico e prevenir recidiva da doença¹⁻⁴.

Todas as pessoas que vivem com um diagnóstico dessa doença, incluindo aquelas que já se recuperaram, são chamadas sobreviventes ao câncer³. As concepções a respeito do câncer foram construídas historicamente pela sociedade com o sentido de incurável, grave e doloroso. O medo, angústia, ansiedade, depressão, as experiências vividas e as relações sociais modulam os pensamentos dos indivíduos diante dessa doença, podendo reduzir a qualidade de vida e influenciar negativamente no comportamento alimentar⁵⁻⁷.

O comportamento alimentar é o ‘como’ e ‘de que forma’ se come, desde a escolha até a ingestão dos alimentos. É produto da interação entre os componentes biológicos e as dimensões socioculturais, cognitivas e afetivas. Diversos fatores são capazes de influenciar as atitudes alimentares, sendo que as crenças, cognições e sentimentos gerados pelas experiências de vida dos indivíduos têm papel fundamental nas escolhas relacionadas à alimentação⁸⁻⁹.

Analisar os contextos que gravitam em torno do paciente oncológico é um modo de compreender que as mudanças de hábitos não se restringem aos alimentos em si. Uma visão integral que considera o ato de comer como um evento social e emocional, voltada ao indivíduo como um todo, e não somente como o portador da doença, seria capaz de torná-lo um parceiro para a construção de práticas e comportamentos alimentares promotores de saúde e qualidade de vida⁸.

Assim, seriam proporcionados benefícios no manejo tanto das complicações do próprio câncer, como dos efeitos colaterais do tratamento, promovendo maior adesão ao tratamento nutricional, melhora da qualidade de vida e do prognóstico da doença¹⁻³. Destarte, o objetivo deste estudo foi analisar os aspectos do comportamento alimentar em sobreviventes ao câncer assistidos pelo Hospital de Urgência de Sergipe.

MÉTODO

2.1 Pesquisa e participantes

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, do tipo transversal realizada mediante aplicação de questionário estruturado e posterior realização de Grupo Focal. Os sujeitos da pesquisa foram sobreviventes ao câncer em seguimento ambulatorial, em um hospital público de Sergipe, selecionados por conveniência.

Como critério de inclusão, foi considerado que os participantes deveriam já ter frequentado pelo menos uma consulta nutricional no local e deveriam estar em alimentação via oral, de consistência normal. Foi critério de exclusão a presença de algum déficit cognitivo que comprometesse o entendimento do questionário.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com autorização para gravação de voz no caso de participação no Grupo Focal. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe com parecer nº 3.751.622, obedecendo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

2.2 Questionário Estruturado

O questionário contemplou três seções: (i) dados de identificação e sociodemográficos do entrevistado; (ii) informações sobre o câncer e tratamento antineoplásico; e (iii) aspectos do comportamento alimentar, contemplando questões relacionadas à autopercepção sobre saúde e qualidade da alimentação e fontes de informação sobre alimentação. Foi utilizada a escala *Likert* de concordância de cinco níveis (concordo completamente, concordo parcialmente, não concordo nem discordo, discordo parcialmente e discordo completamente) para avaliar aspectos sobre autonomia em relação às escolhas alimentares, percepção de apoio social e fatores que determinam as escolhas de alimentos.

Ainda sobre aspectos do comportamento alimentar, o estágio atual de mudança de comportamento foi classificado por meio de um questionamento baseado no modelo transteórico para mudança de comportamento alimentar¹⁰. O questionário contemplou os cinco estágios: pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção, respectivamente, nas alternativas: a) não pretendo fazer mudanças na alimentação por enquanto; b) não tenho feito as mudanças necessárias, mas penso em fazê-las algum dia; c) pretendo fazer as mudanças necessárias em breve; d) tenho feito mudanças há pouco tempo; e e) fiz mudanças necessárias há muito tempo e tenho mantido o hábito.

A análise quantitativa dos dados dos questionários foi realizada por meio de estatística descritiva, a partir do cálculo de medidas de tendência central e dispersão, média e desvio padrão ou frequências absolutas e relativas.

2.3 Grupo Focal

Foi conduzido Grupo Focal (GF) para analisar as percepções sociais sobre o câncer e os aspectos que envolvem a trajetória do tratamento. Esse método é uma forma de entrevista em grupo, com objetivo de aprofundar discussões coletivamente a partir de questionamentos de um moderador¹¹.

Para realização do GF, foram convidadas, por conveniência, oito pessoas que já haviam respondido ao questionário estruturado. A sessão do GF teve gravação de voz com duração de 70 minutos e constituiu-se por 4 questões norteadoras: 1) Qual a primeira coisa que lhe vem na mente quando pensa em câncer?; 2) Quais dificuldades você enfrentou durante o tratamento da doença?; 3) Em que o câncer impactou sua alimentação?; e 4) O que mudou na sua vida depois do câncer?

As interpretações do GF foram realizadas a partir da Análise de Conteúdo de *Bardin*, que consiste na obtenção de análises de discursos a partir de procedimentos sistemáticos¹². A sessão foi transcrita na íntegra e, em seguida, foi feita a pré-análise, composta por leitura flutuante do material e organização dos temas que emergiram das falas.

Procedeu-se à exploração do material, com recorte das unidades de registro e classificação das informações em categorias temáticas iniciais, que foram agrupadas e deram origem às finais. Por fim, foi conduzido o tratamento dos resultados mediante análise dos discursos conforme as categorias delineadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da primeira fase da pesquisa 51 sobreviventes ao câncer, com média de idade compatível com o grupo etário de adultos ($58 \pm 11,6$ anos), e predomínio do sexo feminino. A maioria dos participantes (74,5%) possuía grau de instrução até ensino fundamental completo e nenhum deles acima de ensino médio completo. A renda mensal média per capita foi menor que a de um salário-mínimo (R\$643,50 \pm 465,90). Grande parte dos participantes havia sido diagnosticada há cerca de 3 anos, com média e desvio padrão de $36,7 \pm 28,8$ meses de tempo decorrido, e a maioria já frequentava consultas nutricionais há algum tempo (média e desvio padrão $6,3 \pm 5,1$ consultas de nutrição oncológica).

Assim, entre participantes, estão incluídos diversos tipos de câncer, com diferentes repercussões à saúde e diferentes estadiamentos da doença a partir do diagnóstico. Grande parte deles sofreu algum tipo de neoplasia no trato digestivo (25,5%), com repercussões diretas sobre o processo nutritivo, presentes também no câncer de cabeça e pescoço (9,8%) pelas possíveis limitações na ingestão oral. Predominou o câncer de mama (43,1%).

Ainda em relação à caracterização da amostra, a cirurgia foi a forma mais comum de tratamento do câncer, ocorrendo em 74,5%, seguida de quimioterapia (68,6%), radioterapia (54,9%) e hormonioterapia (19,6%). A maioria dos participantes apresentou algum sintoma decorrente do tratamento do câncer. Os mais frequentes foram xerostomia e perda de apetite, seguidos de fadiga, mudanças no paladar, náuseas e vômitos, constipação, mudanças no olfato, diarreia e mucosite.

A Tabela 1 revela que, apesar do diagnóstico do câncer, verificou-se que cerca de 75% afirmaram considerar seu estado de saúde como bom ou ótimo e mais da metade considerou sua alimentação como ótima ou boa. O fato do tempo decorrido desde o diagnóstico de câncer implica no longo prazo do tratamento oncológico e acompanhamento nutricional, o que pode gerar sensação de cuidado e influenciar positivamente na autopercepção dos indivíduos sobre estado de saúde e qualidade da alimentação.

Tabela 1 - Aspectos do comportamento alimentar em sobreviventes ao câncer, assistidos em nível ambulatorial, no Hospital de Urgência de Sergipe, no ano de 2019, n=51.

Informação	n	%
Autopercepção sobre estado de saúde		
Ótimo	23	45,1
Bom	15	29,4
Regular	12	23,5
Ruim	1	2,0
Péssimo	0	0,0
Autopercepção sobre qualidade da alimentação		
Ótima	9	17,6
Boa	18	35,3
Regular	22	43,1
Ruim	2	3,9
Péssima	0	0,0
Fontes de informação sobre alimentação		
Profissionais	29	56,9
Familiares	26	51,0
Televisão ou rádio	12	23,5
Sites, blogs de internet ou redes sociais	9	17,6
Outros	3	5,9
Estágio de mudança de comportamento		
Pré-contemplação	1	2,0
Contemplação	2	3,9
Preparação	12	23,5
Ação	15	29,4
Manutenção	21	41,2

Dados apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).

Os profissionais de saúde predominaram como fonte de informação sobre alimentação, reforçando a influência e a importância do acompanhamento nutricional nesse processo. Contudo, mais da metade dos participantes também afirmou buscar informações com familiares e, ainda, quase um terço afirmou ter a televisão ou rádio como fonte, mostrando a vulnerabilidade desse público a informações não confiáveis veiculadas em mídias de massa (Tabela 1).

O estágio de mudança de comportamento mais prevalente foi 'manutenção', seguido dos de 'ação' e 'preparação'. Pequena parcela encontrava-se nos estágios iniciais de 'pré-contemplação' e 'contemplação'. De acordo com os cinco estágios definidos pelo modelo transteórico para mudança de comportamento alimentar, durante a pré-contemplação, o indivíduo ainda não apresenta intenção de realizar mudanças, enquanto no estágio de contemplação, as mudanças já são consideradas para um

futuro, mas ainda sem prazos definidos. No estágio de decisão, o indivíduo considera as mudanças para um futuro próximo. Aqueles que já mostram modificações de comportamento recentes são classificados como estágio de ação e, no caso de as mudanças já terem sido realizadas e mantidas há algum tempo, o indivíduo encontra-se em estágio de manutenção¹⁰.

As motivações para as mudanças de comportamento alimentar nesse público também podem ser explicadas pelo modelo de crenças em saúde, desenvolvido nos Estados Unidos, na década de 1950. Entende-se, a partir deste modelo, que as motivações dependem de alguns aspectos: percepção de suscetibilidade em relação à doença; gravidade da condição clínica; benefícios da mudança de comportamento; barreiras para as ações; e autoeficácia. Estes fatores seriam responsáveis por tornar o âmbito do câncer propenso a motivar comportamentos benéficos e, conseqüentemente, adesão às orientações nutricionais¹³.

Outrossim, de acordo com Antonaccio *et al.*¹⁴, o contexto em que o indivíduo está inserido - em qual fase da vida, em qual ambiente e com qual companhia e quando - é um dos pilares da motivação para mudança do comportamento alimentar. Portanto, apenas o fato de carregar um diagnóstico de câncer já seria suficiente para envolver sentimentos e vivências capazes de sustentar adesão às propostas de mudanças. À vista disso, indivíduos em outras condições clínicas talvez não apresentassem as mesmas frequências nos estágios de 'ação' e 'manutenção' como as observadas no grupo de sobreviventes ao câncer.

Uma revisão sistemática e meta-análise realizada por Tollosa *et al.*¹⁵ buscou estudos com níveis de aderência a comportamentos de saúde como redução do tabagismo e alcoolismo, manutenção de peso, alimentação saudáveis e atividade física regular em sobreviventes ao câncer. Os autores observaram que o grau de adesão a múltiplos comportamentos seria maior em sobreviventes recentes, ou seja, com tempo desde o diagnóstico inferior a 5 anos, assim como o público caracterizado no presente estudo.

Crenças relacionadas à autonomia em relação às escolhas capazes de promover os resultados desejados são chamadas de autoeficácia. Hinz *et al.*¹⁶ utilizaram uma escala de autoeficácia e um questionário de qualidade de vida com 959 pacientes com câncer em uma clínica de reabilitação oncológica na Alemanha. Os autores encontraram relação entre autoeficácia e melhor qualidade de vida nesse público. Superou 75% aqueles participantes que concordaram, completa ou parcialmente, que seriam capazes de fazer escolhas alimentares saudáveis (Tabela 2)¹⁶.

Entre os determinantes que guiam as escolhas alimentares estão os psicossocioculturais, que incluem tanto o apoio social, quanto outros aspectos como cultura, religião, classe social e mídia. Além destes, outros determinantes são os relacionados ao alimento (ex. sabor, aparência, valor nutricional e preço) e os biológicos, como sexo, idade, estado nutricional, genética, mecanismos regulatórios inatos e estado fisiológico de fome e saciedade^{8,17}.

Os participantes mostraram ter boa rede de apoio social, com elevados percentuais de concordância, completa ou parcial, sobre sentirem que seu bem-estar é levado em consideração pelas pessoas ao redor e que podem compartilhar seus sentimentos com aqueles que confiam.

Mais de 90% dos entrevistados concordaram que o valor nutricional dos alimentos influencia suas escolhas alimentares, sugerindo consciência gerada pelo acompanhamento nutricional e pela doença. Ademais, cerca de 80% admitem que o preço e o sabor também são determinantes (Tabela 2), possivelmente condicionados pela baixa renda per capita mensal e limitações do paladar causadas tanto pelo câncer quanto pelo seu tratamento.

Tabela 2 - Nível de concordância (%) sobre os questionamentos acerca do comportamento alimentar e seus determinantes em sobreviventes ao câncer, assistidos em nível ambulatorial, no Hospital de Urgência de Sergipe, no ano de 2019, n=51

Questionamento	Nível de concordância (%)				
	5	4	3	2	1
Sinto que sou capaz de fazer escolhas alimentares saudáveis adequadamente	49	27,5	5,9	11,8	5,9
Sinto que as pessoas ao meu redor se importam com meu bem-estar	51	35,3	3,9	3,9	5,9
Costumo compartilhar meus sentimentos com pessoas que confio	56,9	33,3	0,0	3,9	5,9
O preço dos alimentos tem influência nas escolhas alimentares que faço	47,1	31,4	0,0	11,8	9,8
O valor nutricional dos alimentos tem influência nas escolhas alimentares que faço	64,7	29,4	0,0	0,0	5,9
As opiniões de outras pessoas influenciam as escolhas alimentares que faço	25,5	9,8	13,7	17,6	33,3
O sabor dos alimentos tem influência nas escolhas alimentares que faço	58,8	19,6	0,0	17,6	3,9

Níveis de concordância: concordo completamente (5), concordo parcialmente (4), não concordo, nem discordo (3), discordo parcialmente (2) e discordo completamente (1).
Dados apresentados em frequência relativa (%)

O Grupo Focal foi conduzido com oito participantes, sobreviventes ao câncer assistidos em nível ambulatorial (P1 a P8), com idades entre 37 e 77 anos, sendo cinco do sexo feminino. A análise dos discursos resultou em cinco categorias finais, definidas a partir dos temas que emergiram nas falas: a) Relações sociais; b) Amparo da religiosidade; c) Dificuldades na trajetória do câncer; d) Mudanças de comportamento; e) Pensamentos disfuncionais.

Todos os participantes expressaram em suas falas a importância das relações sociais. Demonstraram preocupação com a família após o diagnóstico e falaram sobre a sorte de terem pessoas próximas nos momentos difíceis do tratamento: *“quando eu descobri [o câncer] foi muito difícil (...) eu não pensava nem em mim, pensava nos meus filhos e no meu esposo que precisam muito de mim.”* - P2.

“Eu dei muita sorte, minha família é grande, eu tenho muita amizade, fiquei mais de 30 dias internado e nunca fiquei um dia sozinho.” - P5.

Por outro lado, também foi mencionada a necessidade de lidar com os estigmas sociais sobre o câncer: *“tem muitos que ficam perto da gente, tem outros que já somem, pensam até que a doença pega (...) muita gente se afasta quando vê com a máscara, vê o cabelo cair, tem uns que discriminam e tem outros que ajudam.”* - P7.

Já as falas com referências ao amparo da religiosidade gravitaram em torno da fé na cura do câncer: *“quando eu descobri [o câncer] eu fiquei sem acreditar. Botei na minha mente que eu confio em Deus e vou vencer, ‘tô’ lutando pra vencer e eu creio que já venci (...)”* - P4. *“A morte vem pra qualquer um, seja o que Deus quiser, tá na mão de Deus. A gente nasceu pra viver e pra morrer, tô entregue nas mãos de Deus”* - P8

Ambas as categorias se referem às questões de suporte emocional. Um estudo conduzido por Pereira, Nunes e Duarte⁵ avaliou 200 pacientes em tratamento oncológico em uma clínica na Bahia e encontrou resultados positivos em relação à qualidade de vida que parecem estar relacionados com os bons níveis relatados de relações pessoais e de sentimentos positivos sobre crenças e confiabilidade na recuperação. Isso mostra a importância dos fatores de suporte psicossociais no processo de recuperação.

Outro estudo feito por Patrício, Athayde e Aquino¹⁸ com 100 adultos e idosos com câncer na Paraíba, observou que a religiosidade e espiritualidade influenciavam positivamente no escore de um questionário validado relativo à percepção de sentido de vida. Esses resultados corroboram com o que foi encontrado no GF.

Sobre as dificuldades na trajetória do câncer, os participantes mencionaram problemas com tarefas diárias: *“tem coisas que eu fazia que agora não posso fazer (...) quem fazia a feira era eu na minha casa, aí fiquei sem poder fazer porque tinha que pegar muito peso. Não podia varrer casa, lavar roupa (...)”* – P4.

Além disso, mostraram medo sobre o acesso ao tratamento e à assistência, angústia em relação aos sintomas e ao peso do diagnóstico, além de pensamentos suicidas, a exemplo da fala de P7: *“Eu fiquei tão abalado que se eu tivesse ficado sozinho eu tinha me matado, me jogado debaixo de um ônibus.”*

Teston *et al.*¹⁹, em sua pesquisa no Paraná, encontraram tristeza, medo, insegurança e angústia em pacientes oncológicos após seus diagnósticos. O estudo realizado por Brito *et al.*⁷ buscou impactos emocionais após o diagnóstico do câncer em 14 mulheres atendidas por uma casa de apoio no Amazonas. Os autores observaram sentimentos de medo, angústia, insegurança e pensamentos sobre família entre as entrevistadas⁷.

Em contraponto com os sentimentos negativos reiterados pela literatura, foram observados, também, pensamentos otimistas após as vivências com a doença: *“Antes de eu passar pela situação, câncer pra mim era só cavar a cova e colocar a pessoa dentro. Hoje quando alguém me diz que tá com câncer, eu digo: – lute, busque Deus que você consegue. Pra mim eu vejo câncer como uma doença qualquer hoje.”* – P2.

A maioria dos participantes mencionou mudanças de comportamento após diagnóstico, percorrendo empatia e autocuidado, incluindo alterações em hábitos alimentares. Consideraram, surpreendentemente, que *“quem tem um coração duro, amolece”* (P2), que *“o câncer é um aprendizado na vida de um ser humano”* (P2) e *“mudou a vida pra melhor, ensinou muita coisa”* (P7).

Repercussões emocionais positivas após o câncer, tais como as explicitadas acima que emergiram no GF, como passar a apreciar mais a vida, sentir-se capaz de lidar melhor com estresse e com os problemas, e sentir que o câncer fez tornar-se uma pessoa melhor, estão relacionados com comportamentos protetores de saúde²⁰. Em adição, um estudo feito por França *et al.*²¹, avaliando mudança de comportamento alimentar em 11 membros da Universidade de Brasília, encontrou que sentimentos positivos levaram à melhor adesão à prática de hábitos saudáveis.

Ainda sobre as mudanças de comportamento, os participantes mencionaram alterações no hábito alimentar, motivadas pelo contexto da doença e pelo

acompanhamento nutricional. As falas mostram valorização da alimentação no contexto da melhora, apesar de algumas mudanças não terem sido inicialmente consideradas prazerosas. Algumas das alterações mencionadas foram, de modo geral, passar a viver com uma alimentação mais saudável, incluindo mais frutas e hortaliças, e reduzindo refrigerantes, carne vermelha e frituras: “*Eu procuro me alimentar do jeito que ela [nutricionista] me ensinou. Graças a Deus eu melhorei 100% com o alimento. Tem gente que olha pra mim e diz ‘mulher, você não toma quimioterapia não’*” – P8.

“A primeira vez que eu vim aqui a mulher [a nutricionista] me deu três folhas que mudaram minha alimentação. Quando eu saí daqui eu rasguei no táxi. Pensei ‘e eu vou comer o que ela quer é? Eu vou comer o que eu quero’. Aí ela me convenceu a comer a alimentação certa e agora tô vendo que tudo deu certo. A gente que tem uma doença dessa tem que ser bem acompanhado por uma nutricionista que é tudo na vida.” – P7.

Relativo ao hábito alimentar, um estudo realizado por Wang, McLoone e Morrison²² avaliando uma amostra de 16.282 participantes na Escócia, Reino Unido, encontrou que sobreviventes do câncer eram mais propensos a comerem pelo menos cinco porções de frutas e hortaliças por dia quando comparados com indivíduos sem câncer.

Em adição, a pesquisa feita por Low *et al.*²⁰, com 2.615 sobreviventes ao câncer pós tratamento nos Estados Unidos, encontrou que 81% afirmaram ter levado estilo de vida mais saudável, 76% afirmaram participarem de atividade física regular e 74% afirmaram que mudaram a dieta para comerem alimentos mais saudáveis como resultado do câncer.

No Brasil, um estudo feito por Silva *et al.*²³, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, comparou hábitos de vida entre indivíduos com e sem diagnóstico de câncer. Os autores encontraram maior consumo de frutas e hortaliças, menor nível de inatividade física e maior número de ex-fumantes entre os que tiveram diagnóstico de câncer, especialmente se o diagnóstico tivesse sido há menos de 10 anos.

O diagnóstico e a sobrevivência ao câncer é um momento de aprendizado em que pode haver mais motivação para mudança de hábitos de vida devido às ameaças à saúde. Essas mudanças podem contribuir com a diminuição não só da recorrência do câncer, como também de outras comorbidades^{13,20,23}.

A presença de pensamentos disfuncionais – cognições baseadas em pré concepções e vivências do indivíduo, sem análise racional – no contexto do câncer foi avaliada de acordo com Knapp²⁴ e Pisciolaro *et al.*⁶. Entre os que emergiram das falas dos participantes, destacaram-se catastrofização, emocionalização e abstração seletiva, descritos a seguir.

Pensamentos de catastrofização projetam os piores cenários para determinadas situações, ignorando a possibilidade de outros desfechos, e foram observados quando as falas refletiram as percepções negativas dos participantes após o diagnóstico, vendo o câncer como grave e mortal^{6, 24}: *“o câncer todo mundo dizia que matava tão rápido (...) passei tudo pro nome da minha mulher. Eu já ia morrer mesmo.”* – P7.

Falas que evidenciavam emocionalização também foram observadas, mostrando pensamentos negativos sobre a doença guiando os comportamentos e as interpretações da realidade. Esse tipo de pensamento presume que emoções são fatos^{6, 24}. Como exemplo, P5 mostrou interpretações desproporcionais e pessimistas sobre um episódio do seu estado de saúde: *“teve um dia que eu fiz todos os cálculos na minha vida e não dava dez centavos pela minha pessoa, de tão ruim que eu tava.”* – P5

Discursos com abstração seletiva focam em aspectos desfavoráveis na interpretação de um fato^{6, 24}, revelando a percepção da doença como gatilho para situações ruins ou desconsiderando qualquer aspecto positivo das mudanças determinadas pela doença: *“Esse câncer tudo de ruim transformou na minha vida.”* (P7). *“O que mais o câncer impactou foi na alimentação. Eu gostava de tudo muito forte, hoje eu não posso (...) tô na base da verdura, da folha, foi uma transformação que pra mim não foi boa.”* (P2).

Compreender as distorções cognitivas dos sobreviventes ao câncer pode ser útil para gerar respostas alternativas para contrapor o impacto negativo dessas interpretações²⁴, inclusive sobre aquelas que influenciam negativamente no comportamento alimentar.

É essencial destacar que o grupo avaliado expressou receber suporte social e emocional, além do acompanhamento nutricional, e não apresentava agravos adicionais, como estarem presos ao leito de hospital ou possuírem restrições de consistência de alimentação ou de vias alimentares, fato que pode ter contribuído para alguns dos aspectos positivos observados. Em vista disso, aqueles que se

encontram em isolamento social ou com piores prognósticos podem experimentar resultados discordantes.

CONCLUSÃO

Os sobreviventes ao câncer, participantes desse estudo, mostraram ter boa autopercepção em relação ao seu estado de saúde e à qualidade da sua alimentação. A maioria apresentou autonomia em relação às escolhas alimentares, boa rede de apoio social e estágios de mudança de comportamento alimentar entre ação e manutenção.

O Grupo Focal evidenciou que esse público possui carga emocional relacionada ao câncer que percorre dois extremos: das percepções negativas sobre a doença e os pensamentos disfuncionais, até as repercussões emocionais positivas que geram aprendizado e autocuidado, promovendo hábito alimentar mais saudável. Além disso, foi observada a relevância das relações sociais e da religiosidade no contexto do tratamento.

Conclui-se que a sobrevivência ao câncer envolve aspectos capazes de modificar positivamente o comportamento alimentar. Dessa forma, o contexto da doença e os aspectos psicossocioculturais devem ser contemplados no cuidado oncológico.

REFERÊNCIAS

1. Chemin SM, Mura JDP. Tratado de Alimentação Nutrição e Dietoterapia: 3 ed. São Paulo: Paya; 2016.
2. Cuppari, L. Nutrição nas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. 1. ed. São Paulo: Manole Ltda; 2013.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Ministério da Saúde. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica: [Internet]. 2 rev. ed. atual. e aum. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [acessado 2020 Set 22]. 114 p. 2 vol. ISBN: 978-85-7318-311-5.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Estimativa 2020 / Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
5. Pereira PL, Nunes ALS, Duarte SFP. Qualidade de Vida e Consumo Alimentar de Pacientes Oncológicos. Rev Bras Cancerol. 2015 Set 14; 61(3):243-51.
6. Pisciolaro F, Figueiredo M, Paulino E, Alvarenga M. Terapia cognitivo-comportamental na nutrição. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C. Nutrição Comportamental. Barueri: Manole Ltda; 2015. p. 303-35.
7. Brito CAT, Silva SS, Oliveira REG, Oliveira AB, Reis MS, Mendes ABM et al. Impactos psicológicos causados em mulheres com diagnóstico de Câncer, acolhidas na instituição Lar das Marias, na cidade de Manaus - AM. Braz J Dev. 2022 Jul; 8(7): 50710-30. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n7-134>

8. Alvarenga M, Koritar P. Atitude e comportamento alimentar – determinantes de escolhas e consumo. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C. *Nutrição Comportamental*. Barueri: Manole Ltda; 2015. p. 23–50.
9. Diez-Garcia RW. A antropologia aplicada às diferentes áreas da nutrição. In: Canesqui AM, Diez-Garcia RW. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 275–86.
10. Freitas PP, Menezes MC, Santos LC, Pimenta AM, Ferreira AVM, Lopes ACS. The transtheoretical model is an effective weight management intervention: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2020 Mai; 20(652): 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08796-1>.
11. Gundumogula M. Importance of Focus Groups in Qualitative Research. *The International Journal of Humanities and Social Studies*: 2020; 8(11): 299–302. <https://doi.org/10.24940/theijhss/2020/v8/i11/HS2011-082>.
12. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Green EC, Murphy EM, Gryboski K. The Health Belief Model. In: Sweeny K, Robbins ML, Cohen LM. *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*. John Wiley & Sons Ltd. 2020; 2(1): 211–14.
14. Antonaccio C, Godoy C, Figueiredo M, Alvarenga M. Comportamento do consumidor e fatores que influenciam a escolha de alimentos. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C. *Nutrição Comportamental*. Barueri: Manole Ltda; 2015. p. 101–31.
15. Tollosa DN, Tavener M, Hure A, James EL. Adherence to multiple health behaviours in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Surviv*. 2019; 13(1): 327–43. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00754-0>.
16. Hinz A, Friedrich M, Kuhnt S, Zenger M, Schulte T. The influence of self-efficacy and resilient coping on cancer patients' quality of life. *Eur. J. Cancer*. 2018; 28(1): 1–8. <https://doi.org/10.1111/ecc.12952>.
17. Andrade ALP, Maciel EM, Rodrigues GP, Freitas ST, Silva MCM. Influence of Chemotherapy Treatment on Eating Behavior and Quality of Life of Oncologic Patients. *Rev. Bras. Cancerol*. 2019; 62(2): 1–8. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n2.93>.
18. Patrício ACA, Athayde RAA, Aquino TAA. A influência da espiritualidade e da religiosidade no sentido de vida dos pacientes oncológicos. *Rever*. 2022; 22(1): 179–96. <https://doi.org/10.23925/1677-1222.2021vol22i1a12>.
19. Teston EF, Fufumori EF, Benedetti GM, Spigolon DN, Costa MA, Marcon SS. Sentimentos e dificuldades vivenciadas por pacientes oncológicos ao longo dos itinerários diagnóstico e terapêutico. *Esc Anna Nery Rev. Enferm*. 2018 Ago; 22(4): 1–8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0017>.
20. Low CA, Beckjord E, Bovbjerg DH, Dew MA, Posluszny, DM, Schmidt JE, et al. Correlates of Positive Health Behaviors in Cancer Survivors: Results from the 2010 LIVESTRONG Survey. *J. Psychosoc. Oncol*. 2014; 32(6): 678–95. <https://doi.org/10.1080/07347332.2014.955243>.
21. França CL, Biaginni M, Mudesto APL, Alves ED. Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar. *Estud Psicol. (Natal)*. 2012 Mai-Ago; 17(2): 337–45. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000200019>.

22. Wang Z, McLoone P, Morrison DS. Diet, exercise, obesity, smoking and alcohol consumption in cancer survivors and the general population: a comparative study of 16 282 individuals. *Br. J. Cancer*. 2014 Nov; 112(3): 572-5. <https://doi.org/10.1038/bjc.2014.598>.
23. Silva GA, Rezende LF, Gomes FS, Junior PR, Szwarcwald CL, Eluf-Neto J. Modos de vida entre pessoas que tiveram câncer no Brasil em 2013. *Ciê e Saúde Colet*. 2016; 21(2): 379-88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.24722015>.
24. Knapp P. Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In: Knapp P. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 19-41.

Submissão: 01/12/2020

Aprovação: 09/08/2022