

EBO

ESCOLA
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA



GUIA DE CUIDADOS AOS SOBREVIVENTES

SBOC

SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA
CLÍNICA

ÍNDICE

Apresentação	3
Cuidado ao sobrevivente de câncer: conceitos e modelos assistenciais	4
Vigilância e seguimento	15
Efeitos tardios do tratamento oncológico em sobreviventes de câncer	21
Hábitos de vida, prevenção e autocuidado no sobrevivente de câncer	28
Comunicação e expectativas no pós-tratamento do câncer	52
Considerações finais	59

AUTORES

Coordenadora: Dra. Sabrina Chagas

Facilitadora: Dra. Daniele Assad

Dra. Ana Carolina Salles	Dra. Debora Cotrim	Figueroa Magalhães	Dra. Poliana Signorini
Dra. Ana Lucia Coradazzi	Dra. Debora Dornellas	Dra. Maria Eduarda Meyer	Dra. Renata Bonadio
Dra. Camila Chiodi	Dra. Gilmara Resende	Dra. Mariana Locatelli	Dra. Renata Cangussu
Dra. Carla Pavei	Dra. Gisah Guilgen	Dra. Marília Sampaio	Dra. Sabrina Chagas
Dra. Carolina Rocha	Dra. Hamanda Nery	Dr. Mário Machado Lopes	Dr. Sandro Cavallero
Dra. Clara Peixoto	Dra. Laryssa Nobrega	Dr. Pedro Cacilhas	Dra. Solange Sanches
Dra. Clarissa Mathias	Dr. Marconi Gomes da Silva	Dr. Pedro Henrique Souza	Dra. Tathiane Oliveira
Dra. Daniele Assad Suzuki	Dra. Maria Alice Franzoi	Dr. Pedro Lopez	Dra. Thaiana Aragão
	Dra. Maria Cristina		Dra. Virginia Moreira
			Dra. Virgínia Sessa

Revisão e coordenação executiva: Aline Lulho Roncalho

APRESENTAÇÃO

Autora: Dra. Sabrina Chagas

Co-autores: Dra. Ana Carolina Salles, Dra. Ana Lucia Coradazzi, Dr. Pedro Henrique Souza e Dra. Renata Bonadio

A relevância do tema para a prática atual

Segundo a Estimativa 2026 do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o Brasil terá cerca de 781 mil novos casos anuais de câncer durante o triênio entre 2026 e 2028. Embora o número de casos novos venha aumentando, podemos esperar que, se tivermos sucesso com as estratégias de prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce e incorporação de melhores tratamentos, teremos mais pessoas sendo curadas e mais pessoas vivendo com câncer. Estamos falando de pessoas que, para além de viverem mais, desejam viver plenamente, usufruindo de sua capacidade de trabalho, seus momentos de lazer e suas relações pessoais.

Esses desejos podem ser comprometidos pelas consequências e efeitos adversos relacionados ao câncer e a seus tratamentos específicos. A repercussão da experiência oncológica é muito abrangente, iniciando-se ao diagnóstico e permeando toda a fase de tratamento e pós-cura. Cabe lembrar que não estamos falando apenas dos efeitos adversos das medicações, cirurgias e radioterapia, mas também do impacto profundo de toda vivência nos diversos domínios da vida das pessoas, e em momentos variados de sua experiência humana.

A heterogeneidade das experiências dos pacientes faz

com que a ESCUTA seja a principal ferramenta disponível aos oncologistas para auxiliá-los em sua jornada. A oportunidade de acompanhá-los desde o diagnóstico até os anos que se seguem ao término do tratamento é valiosa, já que permite que o oncologista compreenda as prioridades e anseios de cada indivíduo. Vale lembrar que a escuta só será suficiente quando transformada em ações e em resultados práticos que beneficiem as pessoas. Isso exige conhecimentos técnicos, processos, planejamento e mensuração de resultados, que podem ser estruturados dentro de um Programa de *Survivorship* (ou Programa de Sobrevivência ao Câncer) que faça parte da jornada dos pacientes com câncer, curados ou em tratamento.

A Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), como entidade de representação nacional dos oncologistas clínicos, vem desenvolvendo atividades para conscientização e capacitação dos oncologistas em ações de *Survivorship*. Programas estruturados de Sobrevivência ao Câncer envolvem, necessariamente, atividades multidisciplinares e interdisciplinares.

Survivorship como parte contínua da jornada do paciente

O conceito de *survivorship* em oncologia refere-se ao cuidado abrangente e contínuo

destinado a indivíduos desde o momento do diagnóstico de câncer até o período pós-tratamento e ao longo de toda a vida. Nas últimas décadas, o aumento significativo nas taxas de sobrevida oncológica, impulsionado por avanços terapêuticos e diagnósticos, trouxe à tona a necessidade de uma abordagem estruturada para o acompanhamento dessas pessoas. A atenção integral aos sobreviventes deixou de ser um privilégio de alguns para ocupar o papel de componente essencial do cuidado, voltado à vigilância de recidivas, manejo de efeitos tardios do tratamento, promoção da saúde e suporte psicossocial².

As consequências biológicas e psicológicas da doença e das intervenções terapêuticas merecem atenção redobrada, visto que seu impacto pode ser devastador. Atualmente sabemos que sobreviventes de câncer apresentam risco elevado para cardiotoxicidade, disfunções endócrinas, comprometimento cognitivo, fadiga crônica, transtornos emocionais, entre outros. Dessa forma, programas estruturados de acompanhamento são fundamentais para a identificação precoce e manejo dessas condições³.

Além do monitoramento clínico, *survivorship* engloba intervenções voltadas à promoção da saúde e à prevenção secundária. A adoção de estratégias baseadas em evidências que incluam incentivo à atividade

física regular, cessação do tabagismo, manejo nutricional adequado e rastreamento para neoplasias secundárias é um pilar central dos programas. Essas intervenções demonstram impacto significativo na qualidade de vida, na redução de morbidades associadas ao tratamento e na melhora dos desfechos a longo prazo. A integração dessas medidas ao acompanhamento rotineiro reforça o caráter multidisciplinar do cuidado ao sobrevivente de câncer, otimizando seus resultados no que diz respeito à satisfação das pessoas com a própria vida⁴.

Outro pilar importante envolve o suporte psicossocial e a reintegração social e ocupacional do paciente após o câncer ou durante o tratamento oncológico. Sobreviventes frequentemente enfrentam desafios relacionados à saúde mental, retorno ao trabalho, estigmatização social e insegurança quanto ao risco de recidiva^{4,5}.

Dessa forma, *survivorship* representa um modelo assistencial multidimensional e centrado nas necessidades individuais, consolidando-se como estratégia fundamental para garantir continuidade, integridade e qualidade no cuidado aos sobreviventes de câncer.

O papel institucional da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica

A Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) é a entidade médica responsável por reunir, representar e capacitar os especialistas em oncologia clínica no Brasil⁶. É nesse contexto institucional que se insere o presente guia: uma iniciativa voltada especifi-

ficamente aos sobreviventes do câncer, elaborada com o rigor científico e o compromisso assistencial que caracterizam a atuação da Sociedade. Ao assumir a autoria deste material, a SBOC reafirma sua responsabilidade não apenas com o tratamento ativo da doença, mas com toda a jornada do paciente — incluindo o período que se segue ao término do tratamento.

O conteúdo deste guia foi desenvolvido e revisado por oncologistas clínicos associados à SBOC, com base nas melhores evidências científicas disponíveis. A Sociedade tem histórico consolidado na elaboração de diretrizes clínicas nacionais, o que confere a este material o mesmo padrão de qualidade e embasamento técnico aplicado à prática assistencial. Para o sobrevivente do câncer, isso representa a segurança de que as orientações aqui contidas refletem o estado atual do conhecimento médico-científico.

Além disso, a SBOC atua como ponto focal da oncologia clínica junto ao Ministério da Saúde, à CONITEC e à ANVISA, participando ativamente da formulação de políticas públicas e da incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde^{7,8}. Este guia se insere nesse esforço maior: ao sistematizar orientações para sobreviventes, a SBOC contribui para que as necessidades dessa população possam ser reconhecidas e contempladas nos sistemas de saúde público e privado.

Cuidar de sobreviventes do câncer exige integração entre diferentes especialidades e serviços. A SBOC mantém parcerias com entidades médicas e organizações de apoio a pa-

cientes, compondo uma rede de cuidado que vai além da oncologia clínica. Este guia traduz essa visão integrada, ao abordar dimensões físicas, emocionais e sociais do seguimento pós-tratamento, e ao conectar o sobrevivente a recursos e profissionais que não se restringem ao seu oncologista. Ao publicar este guia, a SBOC cumpre seu papel de promover saúde com base em evidências, defender os direitos dos pacientes e garantir que o cuidado oncológico de qualidade se estenda para além da fase ativa do tratamento — acompanhando o sobrevivente em sua retomada à vida plena.

REFERÊNCIAS

1. Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro : INCA, 2026.
2. Hewitt M, Greenfield S, Stovall E. From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition. Washington, DC: National Academies Press; 2006.
3. Shapiro CL, et al. *Cancer survivorship* in the United States: prevalence and implications for care. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2016.
4. Mayer DK, Alfano CM. Personalized risk-stratified cancer follow-up care: its potential for healthier survivors. *Journal of Clinical Oncology*. 2019.
5. Nekhlyudov L, et al. Developing a quality framework for *cancer survivorship care*. *Journal of Clinical Oncology*. 2019.
6. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Sobre a SBOC. Disponível em: <https://www.s boc.org.br>. Acesso em: março 2026.
7. Ministério da Saúde. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
8. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.

CUIDADO AO SOBREVIVENTE DE CÂNCER: CONCEITOS E MODELOS ASSISTENCIAIS

Autora: Dra. Maria Alice Franzoi

Co-autores: Dr. Pedro Cacilhas, Dra. Carla Pavei, Dra. Camila Chiodi e Dra. Poliana Signorini

Conceito de *survivorship care*

Impulsionado pelo diagnóstico precoce, pelos avanços nas terapias oncológicas e pelo envelhecimento da população, o número de sobreviventes de câncer vem aumentando de forma acelerada, projetando-se que nos Estados Unidos a população passe de 15,5 milhões em 2016 para 26,1 milhões em 2040, sendo cerca de 73% com mais de 65 anos¹.

A definição atual de *survivorship* abrange o período que inicia no diagnóstico oncológico e se estende durante a trajetória de vida da paciente. Diferentes fases da sobrevivência oncológica (*seasons of survivorship*) são descritas, refletindo as experiências e necessidades do paciente ao longo do tempo. Essas fases incluem a sobrevivência aguda, que corresponde ao período do diagnóstico e do tratamento inicial; a sobrevivência de transição, quando o paciente passa do tratamento ativo para o acompanhamento clínico; a sobrevivência estendida, que engloba pessoas que vivem com câncer ativo ou em remissão, muitas vezes em tratamento contínuo; e, por fim, a sobrevivência permanente, referente aos sobreviventes de longo prazo que podem estar livres da doença ou lidando com

efeitos tardios do câncer e de seu tratamento^{2,3}.

O cuidado de alta qualidade na sobrevivência ao câncer deve garantir, no mínimo, cinco dimensões fundamentais: a vigilância de recidivas e de novos cânceres; o manejo dos efeitos físicos tardios do câncer e de seus tratamentos; o manejo dos impactos psicológicos e sociais da doença; a promoção da saúde; e o manejo das comorbidades. Esse cuidado deve ser baseado em trabalho em equipe, por meio de uma abordagem multidisciplinar voltada para a identificação precoce e o manejo proativo das necessidades dos pacientes ao longo do tempo. Além disso, a organização e a qualidade desse cuidado são influenciadas por diferentes determinantes, incluindo fatores relacionados ao paciente (como condição socioeconômica, complexidade do cuidado e nível de autonomia), aos profissionais de saúde (como competências e recursos disponíveis) e ao sistema de saúde (incluindo o contexto assistencial, normas e cultura institucional). O cuidado do paciente na fase de sobrevivência, quando feito de maneira sistematizada e focado em responder as suas demandas, pode impactar diversos desfechos: a qualidade de vida e a experiência de cuidado dos pacientes, a adoção de comporta-

mentos saudáveis, o retorno ao trabalho, além da otimização no uso de serviços de saúde e dos custos associados, a adesão aos planos terapêuticos e às terapias adjuvantes, a morbidade e, potencialmente, a mortalidade. Esta última ocorre, em grande parte, por meio de estratégias de prevenção terciária, como a vigilância para detecção precoce de recidivas ou novos cânceres, o manejo adequado de efeitos tardios e comorbidades e a promoção de estilo de vida saudável, reduzindo complicações, progressão da doença e o risco de morte ao longo do tempo⁴.

Modelos de cuidado em *survivorship*

Considerando a complexidade das necessidades dos sobreviventes de câncer e os múltiplos domínios envolvidos no cuidado, diferentes modelos organizacionais de assistência têm sido propostos. A escolha do modelo mais apropriado depende essencialmente dos recursos disponíveis, incluindo a capacitação e a abrangência da rede de assistência multidisciplinar, bem como dos modelos de financiamento vigentes. Além disso, cada modelo apresenta vantagens e desafios que variam de acordo com fatores individuais do paciente, como complexidade clínica, grau de autonomia

e nível de literacia em saúde, bem como fatores organizacionais, como a qualidade da comunicação entre serviços e a capacidade de coordenação e contrarreferência entre a equipe oncológica, de atenção primária e outras equipes multidisciplinares (Tabela 1)⁵.

Modelo liderado pelo oncologista

Historicamente, este é o modelo mais amplamente empregado. O acompanhamento do paciente permanece centralizado na equipe oncológica, que mantém seu seguimento ao longo do tempo. Entretanto, esse modelo pode se tornar insustentável diante do número crescente de diagnósticos de câncer e do aumento da população de sobreviventes. Além disso, o acompanhamento exclusivo pela equipe oncológica pode não contemplar plenamente todas as necessidades dos pacientes, seja pelo tempo limitado de consulta, pela eventual falta de treinamento específico para identificar demandas fora do domínio estritamente oncológico, ou pelo foco predominante em desfechos relacionados ao câncer. Nesse contexto, a inclusão de profissionais de suporte ocorre, muitas vezes, de forma não sistematizada, o que pode gerar disparidades nos encaminhamentos para cuidados multidisciplinares. Ainda assim, trata-se de um modelo frequentemente bem aceito pelos sobreviventes, principalmente devido ao vínculo previamente estabelecido com a equipe oncológica⁶.

Modelo liderado pelo médico de família / generalista

Nesse modelo, após a conclusão do tratamento inicial, o acompanhamento do paciente passa a ser conduzido pela equipe de atenção primária à saúde (APS). A equipe, que frequentemente já acompanhava o paciente antes do diagnóstico oncológico, retoma a responsabilidade pelos cuidados de promoção da saúde, manejo de doenças crônicas e acompanhamento das necessidades relacionadas ao câncer. Amplamente utilizado em países como o Reino Unido, esse modelo apresenta boa relação custo-benefício e tem se mostrado não inferior ao modelo liderado por oncologistas na detecção de recidivas tumorais, além de favorecer uma abordagem mais contínua e integrada do cuidado ao paciente e sua família^{6,7}.

Entretanto, a transição para esse modelo pode gerar insegurança ou desconfiança por parte do paciente, que muitas vezes já estabeleceu vínculo com a equipe oncológica. Dessa forma, torna-se fundamental garantir acesso facilitado à equipe oncológica caso novas investigações ou avaliações especializadas sejam necessárias, reforçando a importância da coordenação do cuidado e da comunicação permanente entre as equipes⁵.

Modelo liderado por enfermeira especializada

Nesse modelo, o acompanhamento é conduzido por enfermeiras de práticas avançadas (do inglês, Advanced Nurse Practitioners). A atuação dessas profissionais está bem estabelecida em países como Reino Unido, França, Dinamarca e Estados Unidos, onde enfermeiras com treinamento avan-

çado estão habilitadas a realizar anamnese e exame físico, prescrição de medicamentos, solicitação de exames complementares e encaminhamento para outros profissionais da equipe de saúde⁵. Comparado ao modelo liderado pelo oncologista, o acompanhamento realizado por estas enfermeiras demonstra alta aceitação e satisfação dos pacientes, além de capacidade semelhante na detecção de recidivas tumorais, com menor custo assistencial. Em um estudo randomizado recente, esse modelo, associado a intervenções de educação para autogestão, resultou em melhora significativa da qualidade de vida, bem como redução de ansiedade e depressão em pacientes com câncer de mama. Além disso, não foram observadas diferenças em desfechos oncológicos nem aumento na demanda por exames ou consultas quando comparado ao modelo tradicional⁸.

Modelo de cuidado compartilhado (oncologista e médico de família)

No modelo de cuidado compartilhado, a equipe de atenção primária atua em cooperação com o oncologista ainda durante a fase de tratamento oncológico ativo, assumindo a responsabilidade pelo manejo das comorbidades e demais necessidades de saúde do paciente.

Durante a fase de transição para *survivorship*, ambas as equipes mantêm o acompanhamento por meio de consultas alternadas, permitindo a continuidade do vínculo com a equipe oncológica sem interromper o acompanhamen-

to pela atenção primária⁶. Idealmente, essa cooperação deve ser estabelecida precocemente, de forma a garantir que o manejo das comorbidades e das necessidades gerais de saúde não seja negligenciado, evitando impactos negativos na adesão aos tratamentos e aos cuidados preventivos não oncológicos.

Esse modelo pode contribuir para melhorar o processo de decisão compartilhada, aumentar a satisfação dos pacientes e fortalecer o acesso a recursos de suporte próximos ao local de residência. De modo geral, o cuidado compartilhado tende a apresentar maior aceitação pelos pacientes, uma vez que mantém o vínculo simultâneo com ambas as equipes⁹.

Survivorship care clinics (Clínica de cuidados em survivorship)

Nesse modelo, o cuidado do sobrevivente é centralizado em clínicas ou programas especializados em *survivorship*, com equipes multidisciplinares capazes de atender às diferentes dimensões das necessidades do paciente. Psicólogos, fisioterapeutas, sexólogos, médicos da atenção primária, nutricionistas e outros profissionais atuam de forma integrada no acompanhamento.

Essas estruturas podem ser destinadas tanto ao seguimento de longo prazo quanto a avaliações pontuais, como após a conclusão do tratamento oncológico inicial¹⁰. Esse modelo pode ser particularmente útil para pacientes com necessidades complexas ou múltiplas demandas de suporte. Por outro lado, sua im-

plementação exige maior investimento institucional, uma vez que envolve a criação de estruturas dedicadas ou prioritárias ao atendimento de sobreviventes de câncer. Além disso, por se tratar frequentemente de um modelo centralizado, pode haver limitações de acesso para pacientes que residem longe dos centros especializados ou que enfrentam dificuldades de deslocamento.

Tecnologia como facilitadora de cuidados

A tecnologia pode apoiar todos os modelos de cuidado em *survivorship*, fortalecendo a capacitação profissional — essencial para construir uma rede qualificada e equipes multidisciplinares — e empoderando os profissionais de atenção primária no acompanhamento de sobreviventes de câncer^{9,11-18}. A nível internacional, programas de treinamento virtual, telementoria, telecoordenação e planos de cuidado compartilhados são exemplos de iniciativas bem-sucedidas. Ao nível do paciente, a tecnologia favorece maior protagonismo no cuidado, permitindo avaliar sistematicamente necessidades não atendidas por meio de questionários eletrônicos de desfechos relatados pelo paciente (*ePROs*), e conectando resultados a encaminhamentos para cuidados de suporte. Além disso, a saúde digital pode fornecer educação, programas de autogestão e intervenções comportamentais — como atividade física, meditação e terapias cognitivas — úteis para sintomas comuns no período de *survivorship*, incluindo fadiga, insônia, sintomas menopáusicos e sofrimento emocional.

Quando bem desenhada e inclusiva, a tecnologia tem potencial para reduzir desigualdades e equalizar o cuidado, constituindo um campo promissor, com diversos ensaios clínicos atualmente em andamento.

Considerações ao sistema de saúde brasileiro

Os cuidados voltados aos sobreviventes de câncer, no Brasil, ainda são um desafio. Em nosso país, a assistência destes pacientes ainda é centrada, majoritariamente, na figura do oncologista e/ou equipe especializada, havendo pouca ou nenhuma coordenação com a equipe de APS. Desta forma, comumente, o atendimento não contempla todas as necessidades do sobrevivente.

Segundo pesquisa respondida por profissionais envolvidos no tratamento de sobreviventes oncológicos no Brasil, o médico oncologista e o cirurgião compõem a equipe de *survivorship* em 62,9% e 52,6% dos casos, respectivamente. Por outro lado, a participação da equipe de APS no acompanhamento foi reportada em apenas 15,5% dos casos e, de enfermeiras especializadas no acompanhamento oncológico, em 14,9%. A pesquisa revelou também que 40% dos entrevistados acreditam que a equipe de APS não está completamente apta a realizar o acompanhamento oncológico dos sobreviventes, a despeito de dados na literatura defendendo o modelo de transição compartilhada. Por fim, os resultados demonstraram que a maior parte dos entrevistados (60%) nunca consultou nenhuma di-retriz de *survivorship*¹⁹.

A ausência de estruturação e de continuidade de cuidado dos pacientes oncológicos também foi reportado por dois estudos qualitativos envolvendo gestores, equipe assistente e pacientes oncológicos no Brasil. Há consenso sobre barreiras de acesso a serviços de suporte (falta de transporte, recursos financeiros e medicamentos), além da falta de coordenação em cuidado. É consenso, também, entre gestores, que os pacientes, ao serem diagnosticados com câncer, frequentemente perdem ou deixam de manter o vínculo com a equipe de APS e passam a ser atendidos exclusivamente pela equipe especializada^{20,21}. Segundo

dados de 2022 do Ministério da Saúde e da FIOCRUZ, os gastos majoritários do Sistema único de Saúde (SUS), percentualmente, entre o período de 2015 a 2019, foram com atividades de atenção curativa (49,8%), medicamentos e artigos médicos (20,5%) e atividades complementares ao diagnóstico e tratamento (11,3%). Em contrapartida, cuidados de longo prazo e atendimentos de reabilitação corresponderam a 1,8% e 1,2%, respectivamente, traduzindo-se nos dois domínios com menor gasto no período. Tal fato ilustra o significativo desequilíbrio entre a alocação de recursos de diferentes domínios de cuidado, explicando, em parte, o

motivo pelo qual a transição de cuidados está aquém do ideal no Brasil²². Na saúde suplementar, apesar de maior acesso comparativamente ao SUS, as ações ainda ocorrem centradas na figura do médico oncologista, de forma fragmentada e sem financiamento específico²¹. Considerando a extensão territorial, distribuição heterogênea das neoplasias, organização de cuidados nas regiões, e a diversidade cultural do Brasil, o uso de ferramentas digitais poderia, em teoria, capilarizar o cuidado e auxiliar a atender de forma integral as necessidades do sobrevivente ao câncer no país^{20,21}.



Tabela 1: Modelos de cuidado em *survivorship*

Modelos assistenciais	Características	Vantagens	Desafios
Liderado pelo oncologista	O oncologista assistente lidera o acompanhamento a longo prazo.	Maior vínculo com paciente e, portanto, maior chance de conhecimento de suas necessidades não atendidas.	Crescente número de pacientes oncológicos; Os cuidados podem ser feitos de maneira incompleta por tempo de consulta insuficiente, falta de treinamento em <i>survivorship</i> ou de comunicação/acesso às demais equipes multidisciplinares; Cuidados centrados no centro oncológico; Risco de suporte multidisciplinar fragmentado.
Liderado pela equipe de atenção básica em saúde	Após tratamento inicial, o acompanhamento passa a ser feito exclusivamente pela equipe de atenção básica.	Cuidado contínuo; Menor custo; Treinamento no manejo das comorbidades, prevenção e promoção em saúde; Acessível para pacientes que residem longe dos grandes centros.	Possível dificuldade de contrarreferência a equipe oncológica; Falta de treinamento específico em diretrizes oncológicas e acompanhamento de sobreviventes; Possível sentimento de insegurança do paciente.
Cuidado liderado por enfermeira especializada	Enfermeira oncológica lidera o acompanhamento do paciente.	Avaliação especializada das necessidades em cuidados de suporte, prevenção e promoção em saúde; Potencial benefício em qualidade de vida; Menor custo.	Necessidade de capacitação adicional da equipe de enfermagem; Necessita regulamentação específica para implementação.
Cuidado compartilhado (oncologista e equipe de atenção primária)	A responsabilidade pelo acompanhamento é compartilhada, e cada equipe busca objetivos complementares.	Melhor aceitação por parte do paciente; Cuidado integrado do início do tratamento oncológico e durante a fase de <i>survivorship</i> ; Acessível para pacientes que residem longe dos grandes centros.	Demanda comunicação contínua e ágil entre equipes (idealmente através de sistemas informatizados); Potencial sobrecarga na equipe de atenção básica.
Clínica de <i>survivorship</i>	Centros especializados em acompanhamento de pacientes oncológicos.	Cuidado especializado envolvendo equipe multidisciplinar (<i>team-based medicine</i>); Evita a fragmentação do cuidado (repetição de exames e consultas).	Custo elevado; Necessidade de equipe multidisciplinar; Acesso restrito a centro especializado.

REFERÊNCIAS

1. Bluethmann SM, Mariotto AB, Rowland JH. Anticipating the "Silver Tsunami": Prevalence Trajectories and Co-Morbidity Burden among Older Cancer Survivors in the United States. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 2016 Jul 1;25(7):1029–36. doi:10.1158/1055-9965.EPI-16-0133
2. From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2005 [cited 2026 Mar 10]. Available from: <https://www.nationalacademies.org/publications/11468> doi:10.17226/11468
3. Miller K, Merry B, Miller J. *Seasons of Survivorship* Revisited. *The Cancer Journal*. 2008 Nov;14(6):369–74. doi:10.1097/PPO.0b013e31818edf60
4. Nekhlyudov L, Mollica MA, Jacobsen PB, Mayer DK, Shulman LN, Geiger AM. Developing a Quality of *Cancer Survivorship Care* Framework: Implications for Clinical Care, Research, and Policy. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2019 Nov 1;111(11):1120–30. doi:10.1093/jnci/djz089
5. Jefford M, Howell D, Li Q, Lisy K, Maher J, Alfano CM, et al. Improved models of care for cancer survivors. *The Lancet*. 2022 Apr;399(10334):1551–60. doi:10.1016/S0140-6736(22)00306-3
6. Vaz-Luis I, Masiero M, Cavaletti G, Cervantes A, Chlebowski RT, Curigliano G, et al. ESMO Expert Consensus Statements on *Cancer Survivorship*: promoting high-quality survivorship care and research in Europe. *Annals of Oncology*. 2022 Nov;33(11):1119–33. doi:10.1016/j.annonc.2022.07.1941
7. Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, Dommert R, Earle C, Emery J, et al. The expanding role of primary care in cancer control. *The Lancet Oncology*. 2015 Sep;16(12):1231–72. doi:10.1016/S1470-2045(15)00205-3
8. Saltbæk L, Bidstrup PE, Karlsson RV, Høeg BL, Horsboel TA, Belmonte F, et al. Nurse-Led Individualized Follow-Up Versus Regular Physician-Led Visits After Early Breast Cancer (MyHealth): A Phase III Randomized, Controlled Trial. *JCO*. 2024 Jun 10;42(17):2038–49. doi:10.1200/JCO.23.01447
9. Nekhlyudov L, Mollica MA, Jacobsen PB, Mayer DK, Shulman LN, Geiger AM. Developing a Quality of *Cancer Survivorship Care* Framework: Implications for Clinical Care, Research, and Policy. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2019 Nov 1;111(11):1120–30. doi:10.1093/jnci/djz089
10. Franzoi MA, Degoussée L, Martin E, Semedo PM, Aupomerol M, Soldato D, et al. Implementing a *PROACTIVE Care Pathway* to Empower and Support Survivors of Breast Cancer. *JCO Oncology Practice*. 2023 Jun;19(6):353–61. doi:10.1200/OP.23.00016
11. Vaz-Luis I, Masiero M, Cavaletti G, Cervantes A, Chlebowski RT, Curigliano G, et al. ESMO Expert Consensus Statements on *Cancer Survivorship*: promoting high-quality survivorship care and research in Europe. *Annals of Oncology*. 2022 Nov;33(11):1119–33. doi:10.1016/j.annonc.2022.07.1941
12. Franzoi MA, Janni W, Erdmann-Sager J, Kline-Quiroz C, Schäfler H, Pfister K, et al. Long-Term Follow-Up Care After Treatment for Primary Breast Cancer: Strategies and Considerations. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2025 Jun;45(3):e473472. doi:10.1200/EDBK-25-473472
13. Jackson KK, Alberto J, Kim J, Smith SM, Schapira L. Impact of a *Cancer Survivorship* Continuing Medical Education Course on Learners' Attitudes and Intention to Change Practice. *J Canc Educ*. 2025 Apr;40(2):202–9. doi:10.1007/s13187-024-02497-8
14. Basch E, Deal AM, Kris MG, Scher HI, Hudis CA, Sabbatini P, et al. Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial. *JCO*. 2016 Feb 20;34(6):557–65. doi:10.1200/JCO.2015.63.0830
15. Absolom K, Warrington L, Hudson E, Hewison J, Morris C, Holch P, et al. Phase III Randomized Controlled Trial of eRAPID: eHealth Intervention During Chemotherapy. *JCO*. 2021 Mar 1;39(7):734–47. doi:10.1200/JCO.20.02015
16. Chan RJ, Crichton M, Crawford-Williams F, Agbejule OA, Yu K, Hart NH, et al. The efficacy, challenges, and facilitators of telemedicine in post-treatment cancer survivorship care: an overview of systematic reviews. *Annals of Oncology*. 2021 Dec;32(12):1552–70. doi:10.1016/j.annonc.2021.09.001
17. Franzoi MA, Degoussée L, Martin E, Semedo PM, Aupomerol M, Soldato D, et al. Implementing a *PROACTIVE Care Pathway* to Empower and Support Survivors of Breast Cancer. *JCO Oncology Practice*. 2023 Jun;19(6):353–61. doi:10.1200/OP.23.00016
18. Kickbusch I, Piselli D, Agrawal A, Balicer R, Banner O, Adelhardt M, et al. The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: growing up in a digital world. *The Lancet*. 2021 Nov;398(10312):1727–76. doi:10.1016/S0140-6736(21)01824-9
19. Barbosa Carroll C, Ribeiro De Carvalho J, Cardona Miranda Machado AL, Dittus K, Pophali P, LoConte NK. *Cancer Survivorship* Practices Among Cancer Care Providers and Cancer Centers in Brazil: Results From a National Survey. *JCO Glob Oncol*. 2026 Feb;12(2):e2500414. doi:10.1200/GO-25-00414
20. Santos ATCD, Silva RPD, Almeida LMD, Bosi MLM, Menezes MD-FBD, Skaba MMVF, et al. *Cancer survivorship* needs in Brazil: Patient and family perspective. Vaingankar JA, editor. *PLoS ONE*. 2020 Oct 8;15(10):e0239811. doi:10.1371/journal.pone.0239811
21. Cheriff Dos Santos AT, Lopes Tavares Lima F, De Almeida LM, Magalhães Bosi ML. sobrevivência ao câncer no Brasil: perspectiva de gestores. *TEMPUS*. 2025 May 6;17(1):58–77. doi:10.18569/tempus.v17i1.3086
22. Brasil. Ministério da Saúde. Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019 [Internet]. Ipea; 2022 [cited 2026 Mar 12]. Available from: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11014/4/Contas_de_saude.pdf doi:10.38116/978-65-5635-028-8

VIGILÂNCIA E SEGUIMENTO

Autora: Dra. Clarissa Mathias

Co-autores: Dra. Hamanda Nery, Dra. Laryssa Nobrega, Dra. Carolina Rocha e Dra. Clara Peixoto

O avanço nos métodos diagnósticos, proporcionando detecção precoce, e nas novas terapias, sejam elas sistêmicas ou locais, resultaram no aumento importante da sobrevivência dos pacientes oncológicos e, consequentemente, no crescimento da população sobrevivente ao câncer. Portanto, nesse momento, surgem novas demandas de cuidados como: vigilância de recidivas tumorais, rastreamento de outros tumores primários, manejo de efeitos tardios do tratamento oncológico e promoção de saúde. Nesse contexto, torna-se fundamental a formação de estratégias para vigilância e seguimento adequados, que serão discutidos nesse capítulo.

Plano de cuidados ao sobrevivente

Considerando todas as possibilidades de modelo de cuidado, independente daquele eleito, a implementação de um plano de cuidados ao sobrevivente (*Survivorship Care Plan*) que possa ser compartilhado entre os diversos atores desta fase, é ferramenta central recomendada por diretrizes internacionais, incluindo o NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*) para a coordenação do cuidado. Este plano deve englobar os seguintes aspectos: descrição de diagnóstico e tratamento empregado; recomendações de seguimento e vigilância; informações sobre possíveis efeitos tardios e

de longo prazo; definição clara dos papéis de cada profissional da linha cuidado; recomendações de comportamentos saudáveis; e avaliação periódica de necessidades e recursos disponíveis^{1,2,3}.

Vigilância de recidiva tumoral

Dentre os pontos-chave do cuidado ao sobrevivente ao câncer, a vigilância de recidiva de doença, o rastreamento de outros tumores primários e o aconselhamento a portadores de síndromes de predisposição ao câncer, constituem pilares fundamentais do cuidado. Essa vigilância deve ser conduzida, em regra, pela equipe de oncologia responsável pelo paciente, mas passado o período de maior probabilidade de ocorrência das recidivas, esse papel pode ser compartilhado com equipes que ocupam outros níveis da atenção em saúde.

As recomendações de seguimento variam de acordo com o sítio primário do tumor, o estadiamento da doença e o perfil de risco individualizado de cada paciente. Para orientações específicas por tipo de neoplasia, consulte as Diretrizes da SBOC para Tratamento por Tipo de Câncer (www.s boc.org.br). A solicitação de exames laboratoriais complementares, estudos de imagem ou outros métodos diagnósticos para avaliação de recorrência deve ser pautada na apresentação clínica e no

juízo médico criterioso⁴. A indicação de exames de imagem radiológica, em particular, deve estar fundamentada em evidências de que a detecção precoce da recidiva resultará em melhora dos desfechos oncológicos — já que a exposição cumulativa a radiação associada a exames de tomográficos pode estar associada a um risco aumentado de neoplasias radio-induzidas⁵.

Rastreamento de novas neoplasias primárias e secundárias relacionadas ao tratamento

Novas neoplasias malignas primárias podem surgir em sobreviventes anos após o término do tratamento, podendo manifestar-se em idades mais precoces do que as tipicamente observadas na população geral. A taxa global de câncer entre sobreviventes supera a da população em geral, risco esse que se explica por múltiplos fatores: suscetibilidades genéticas — como síndromes hereditárias de câncer — e/ou histórico familiar; exposições etiológicas compartilhadas, tais como tabagismo, exposições ambientais, presença de infecções como papilomavírus humano (HPV), herpes vírus, hepatite B e C, HIV; ou efeitos mutagênicos decorrentes do próprio tratamento oncológico^{4,7,8}.

Os cânceres primários subse-

quentes relacionados ao tratamento variam conforme o tipo e a intensidade da terapia oncológica empregada, com associação particular à radioterapia e a determinados agentes quimioterápicos, particularmente agentes alquilantes, antraciclina e inibidores de topoisomerase II⁴. Em adultos tratados com radioterapia, estima-se que aproximadamente 8% dos cânceres secundários sejam relacionados à radioterapia naqueles que sobrevivem por mais de um ano, correspondendo a 5 casos por 1000 pacientes tratados aos 15 anos após o diagnóstico⁹.

Os cânceres secundários radio induzidos tipicamente ocorrem 10-60 anos após a exposição para tumores sólidos e 5-10 anos para malignidades

hematológicas⁶. Carcinomas e leucemias se desenvolvem após doses baixas de radiação e sarcomas ocorrem em tecidos que receberam doses altas. Os tumores sólidos radio induzidos observados com maior frequência são os carcinomas basocelulares, papilífero de tireoide, câncer de mama e pulmão, gliomas e meningiomas e sarcomas¹⁰.

Tabela 2: Modelos de cuidado em *survivorship*

Exposição à radiação	Risco de câncer secundário	Recomendações
Craniana	Meningiomas, sarcomas de tecidos moles e câncer de pele	<ul style="list-style-type: none"> Exame neurológico anual (imagem se clinicamente indicado) Autoexame da pele regularmente
Cabeça e pescoço	Câncer de cabeça e pescoço, tireoide e câncer de pele	<ul style="list-style-type: none"> Exame anual de cabeça e pescoço (incluindo laringoscopia) Exame tireoidiano anual USG cervical se indicado Dermatoscopia anual
Tórax	Câncer de Mama, pulmão, sarcomas de tecidos moles e câncer de pele	<ul style="list-style-type: none"> MMG +/- RNM das mamas anual a partir dos 25 anos ou 8 anos após a radiação Considerar TC de baixa dose anual Autoexame da pele regularmente
Abdome / Flanco / Pelve	Câncer colorretal, câncer de pele e sarcomas	<ul style="list-style-type: none"> Colonoscopia a partir dos 30 anos ou 5 anos após a radiação, com repetição a cada 5 anos Autoexame da pele regularmente Dermatoscopia anual
Extremidades	Câncer de pele e sarcomas de partes moles	<ul style="list-style-type: none"> Autoexame da pele regularmente Dermatoscopia anual

Tabela construída baseada nos dados do *Survivorship. National Comprehensive Cancer Network*. Updated 2026-02-02⁴.

Para os pacientes expostos a agentes alquilantes, antraciclina, inibidores de topoisomerase e platinas nos preocupamos com a ocorrência de leucemia mieloide aguda e síndromes mielodisplásicas (com latência mais curta de 6 meses a 5 anos); e em particular câncer de bexiga após o uso de ciclofosfamida. Para as platinas também há relação dose-dependente demonstrada em câncer de ovário. Outros agentes

também merecem cuidado especial, como tamoxifeno relacionado ao câncer de endométrio, principalmente em sobreviventes pós-menopáusicas; e inibidores da PARP que também se associam com síndrome mielodisplásica e leucemia mieloide aguda (após tratamentos prolongados)⁴.

Tabela 3: Vigilância específica por exposição à tratamentos sistêmicos

Tratamento empregado	Risco de câncer secundário	Recomendações
Agentes alquilantes antraciclinas	Malignidades hematológicas	Hemograma se clinicamente indicado por sinais e sintomas
Agentes alquilantes	Câncer de bexiga	Citologia urinária se clinicamente indicado
Tamoxifeno	Câncer de endométrio	Avaliar sangramento vaginal anualmente, se sangramento uterino anormal, avaliação ginecológica (USG transvaginal e histeroscopia)
Inibidores da PARP	Síndromes mielodisplásicas e leucemia mieloide aguda pele e sarcomas	Hemograma se clinicamente indicado; se citopenias persistentes, avaliação com hematologista

Tabela construída baseada nos dados do *Survivorship. National Comprehensive Cancer Network*. Updated 2026-02-02⁴.

Além dos protocolos modernos utilizados pelos radiooncologistas com doses mais baixas de radiação e campos mais direcionados, outras estratégias de prevenção e redução de risco podem ser adotadas neste contexto, como a eliminação completa da radiação de alguns regimes de tratamento (como leucemia linfoblástica aguda) e a quimioprevenção com uso de tamoxifeno e inibidores da aromatase em expostos à radiação torácica.

O rastreamento de neoplasias primárias subsequentes é de responsabilidade compartilhada entre atores de atenção primária e a especializada. Para sobreviventes que convivem com doença metastática, as recomendações de rastreamento devem ser individualizadas, levando em consideração o perfil de risco e o status clínico de cada paciente⁴.

Síndromes hereditárias e vigilância diferenciada

Quando se trata da vigilância e seguimento de pacientes portadores de síndromes hereditárias de predisposição ao câncer, se faz necessário encaixar tais pacientes no grupo de maior risco dentro dos modelos de cuidado, já que os mesmos demandarão avaliações específicas direcionadas a síndrome em questão, compartilhamento contínuo de informações entre o geneticista e o oncologista e atualização periódica da história familiar¹¹.

Destaca-se alguns exemplos dessas síndromes que requerem intensificação na agenda de acompanhamento e manutenção de vínculo estreito com a atenção especializada: Síndrome de Li Fraumeni, Síndrome hereditária de Câncer de Mama e Ovário (BRCA1/2), Síndrome de Lynch e Síndrome de Cowden (PTEN).

Desafios na implementação da vigilância adequada

Sabemos das disparidades persistentes ao redor do mundo, com lacunas evidentes em acesso a cuidados de suporte, infraestrutura e implementação de diretrizes. Grande parte dos países, depende exclusivamente da liderança do oncologista, mesmo que tal acúmulo de funções gere mais custos em saúde. O Brasil tem um grande potencial com a capilaridade já existente no SUS (Sistema Único de Saúde) e com o robusto registro de dados do DATASUS que pode ser usado como ferramenta de monitoramento.

Possuímos o arcabouço mais difícil de ser construído, que é a rede de atenção primária, nos falta definir e implementar a estratégia a partir de diretrizes nacionais.

Diversos serviços da atenção suplementar em saúde no Brasil já têm tido experiências exitosas com a multidisciplinaridade como pilar do cuidado ao sobrevivente e com a incorporação de tecnologias digitais e telemedicina, ampliando o acesso e compartilhando com os pacientes o protagonismo do cuidado.

Apesar de nossos potenciais, as disparidades regionais e os determinantes sociais que agem como barreiras de acesso devem ser temas centrais no acompanhamento de pacientes em todas as fases do cuidado. São dados concretos que pacientes não-brancos e com baixa escolaridade apresentam maiores taxas de atraso no diagnóstico e no tratamento. Mulheres com câncer de mama acompanhadas no SUS têm sobrevida global em 5 anos de 66,2%, comparando a 79,7% no setor privado, com risco de morte 53% maior após ajustes para variáveis clínicas^{8,9,12,13}. Estes dados estão sendo reproduzidos no cenário de assistência ao sobrevivente ao câncer, e esta não pode ser uma realidade tolerada.

Conclusão

A implementação de modelos organizados de cuidado, com utilização de planos de cuidados ao sobrevivente e integração entre a oncologia especializada e a atenção primária à saúde, contribui para uma abordagem mais coordenada e eficiente. Ao mesmo tempo, é

fundamental reconhecer e enfrentar as disparidades de acesso e de qualidade da assistência ainda presentes em diferentes contextos de cuidado, de modo a garantir que os avanços obtidos no tratamento do câncer se traduzam em melhor qualidade e expectativa de vida para todos os sobreviventes.

REFERÊNCIAS

1. American Cancer Society/ American Society of Clinical Oncology Breast *Cancer Survivorship Care* Guideline. Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology. 2016. Ruznowicz CD, Leach CR, Henry NL, et al.Guideline
2. American Cancer Society Colorectal *Cancer Survivorship Care* Guidelines. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2015. El-Shami K, Oeffinger KC, Erb NL, et al.
3. Primary *Care* of Adult Cancer Survivors.American Family Physician. 2024. Carek S, Emerson JF, Patel
4. *Survivorship*. National Comprehensive Cancer Network. Updated 2026-02-02.
5. Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography--an increasing source of radiation exposure. N Engl J Med 2007;357:2277-2284.
6. Chien SH, Liu CJ, Hu YW, et al. Frequency of surveillance computed tomography in non-Hodgkin lymphoma and the risk of secondary primary malignancies: A nationwide population-based study. Int J Cancer 2015;137:658-665.
7. Chen T, Fallah M, Jansen L, et al. Distribution and risk of the second discordant primary cancers combined after a specific first primary cancer in German and Swedish cancer registries. Cancer Lett 2015;369:152-166.
8. Shiels MS, Gibson T, Sampson J, et al. Cigarette smoking prior to first cancer and risk of second smoking-associated cancers among survivors of bladder, kidney, head and neck, and stage I lung cancers. J Clin 2014;32:3989-3995.
9. Berrington de Gonzalez A, Curtis RE, Kry SF, et al. Proportion of Second Cancers Attributable to Radiotherapy Treatment in Adults: A Cohort Study in the US SEER Cancer Registries. The Lancet. Oncology. 2011.
10. Bhatia S, Tonorezos ES, Landier W. Clinical *Care* for People Who Survive Childhood Cancer: A Review. The Journal of the American Medical Association. 2023.
11. Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, Pancreatic, and Prostate. National Comprehensive Cancer Network. Updated 2026-02-19.
12. Dantas AAG, Oliveira NPD, Martins LFL, et al. Social Determinants in the Delay of Starting Colorectal Cancer Treatment. PLoS One. 2025.
13. Bines J, Lima ADN, Silveira ID, et al. Disparities in 5-Year Overall Survival From Breast Cancer by Health *Care* Coverage in Brazil: Evidence From Patients in the Largest South American Registry-Based Study. JCO Global Oncology. 2025.

EFEITOS TARDIOS DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM SOBREVIVENTES DE CÂNCER

Autora: Dra. Renata Cangussu

Co-autores: Dra. Gisah Guilgen, Dra. Marília Sampaio e Dra. Tathiane Oliveira

Introdução

Muitos pacientes podem apresentar efeitos tardios decorrentes do tratamento oncológico, que impactam na qualidade de vida, funcionalidade e saúde a longo prazo. Estes efeitos podem envolver diferentes sistemas orgânicos, incluindo saúde mental, função neurológica, metabolismo, função gonadal, sistema cardiovascular, sistema respiratório e saúde óssea. A identificação precoce e o manejo adequado dessas condições são fundamentais para promover melhor qualidade de vida e reabilitação dos sobreviventes. Nesse capítulo, trazemos uma revisão dos principais efeitos tardios assim como o manejo apropriado para cada um deles.

Saúde mental: ansiedade e depressão

Ansiedade e depressão são condições prevalentes entre sobreviventes de câncer, com taxas superiores às da população geral¹. Fatores de risco incluem idade mais jovem, comorbidades médicas, dor crônica, alterações da imagem corporal, efeitos tardios do tratamento e isolamento social^{2,4}.

Essas condições estão associadas a pior adesão ao tratamento, pior qualidade de vida

e, em alguns estudos, maior risco de mortalidade. Quando não identificados e tratados, esses sintomas podem persistir por anos, dificultando a reintegração social, profissional e familiar.

A avaliação deve considerar intensidade, duração, impacto funcional e risco suicida. O tratamento é preferencialmente multidisciplinar, incluindo psicoterapia, especialmente terapia cognitivo-comportamental, além de intervenções como atividade física supervisionada, yoga e meditação³. Em casos moderados a graves pode ser necessário tratamento farmacológico.

Fadiga relacionada ao câncer

A fadiga relacionada ao câncer é um sintoma debilitante e persistente que pode durar meses ou anos após o diagnóstico. Caracteriza-se por cansaço físico, emocional ou cognitivo desproporcional à atividade realizada e não aliviado pelo repouso.

A etiologia é multifatorial e pode envolver distúrbios do sono, depressão, alterações metabólicas, dor crônica, anemia e alterações nutricionais⁴.

O manejo prioriza intervenções não farmacológicas, especialmente exercício físico

co estruturado combinando treinamento aeróbico e de resistência⁵. Intervenções psicossociais, incluindo terapia cognitivo-comportamental e práticas de mindfulness, também demonstram benefício clínico⁶.

Disfunção sexual

A disfunção sexual é frequente após tratamentos oncológicos e pode envolver fatores biológicos, psicológicos e sociais. Quimioterapia, radioterapia, cirurgias e terapias hormonais podem resultar em síndrome geniturinária da menopausa, dispareunia, hipogonadismo, disfunção erétil, alterações de orgasmo e diminuição do desejo sexual⁷.

A sexualidade ainda é frequentemente negligenciada na prática clínica. Recomenda-se avaliação rotineira da saúde sexual durante o acompanhamento dos sobreviventes.

O manejo deve ser multidisciplinar, podendo envolver ginecologistas, urologistas, fisioterapeutas pélvicos e terapeutas sexuais⁸. Pacientes mastectomizadas podem apresentar impacto adicional relacionado à imagem corporal. Em pacientes com ostomia, alterações corporais e preocupações com vazamentos podem interferir na intimidade.

Função gonadal e menopausa precoce

A toxicidade gonadal é uma das complicações endócrinas mais frequentes do tratamento oncológico. Quimioterápicos, radioterapia pélvica e terapias hormonais podem causar dano folicular, levando à menopausa precoce, infertilidade e hipogonadismo.

A menopausa induzida pelo tratamento pode estar associada a sintomas vasomotores, disfunção sexual, perda de massa óssea, alterações metabólicas e aumento do risco cardiovascular.

Recomenda-se avaliação da função gonadal, aconselhamento reprodutivo e, quando indicado, estratégias de preservação da fertilidade.

Síndrome metabólica, sarcopenia e ganho de peso

Sobreviventes de câncer apresentam maior risco de síndrome metabólica, obesidade e resistência insulínica. Alterações hormonais, inflamação crônica e redução da atividade física contribuem para esse quadro.

Mesmo quando o peso corporal permanece estável, pode ocorrer aumento de gordura visceral associado à redução da massa muscular, caracterizando obesidade sarcopênica⁹.

Programas estruturados de exercício físico, incluindo treinamento de força e atividade aeróbica, demonstram melhorar composição corporal, capacidade funcional e parâmetros metabólicos¹⁰.

Saúde óssea

A perda óssea relacionada ao tratamento é uma complicação relevante em sobreviventes de câncer. Terapias como inibidores de aromatase, quimioterapia e supressão ovariana podem acelerar a perda de densidade mineral óssea.

As diretrizes recomendam avaliação do risco de fratura e realização de densitometria óssea em pacientes com fatores de risco¹¹. Medidas preventivas incluem ingestão adequada de cálcio e vitamina D, atividade física com carga e uso de terapias antirreabsortivas quando indicado¹¹.

Complicações neurológicas

A neuropatia periférica induzida por quimioterapia pode ocorrer com agentes como platinas, taxanos e alcaloides da vinca. Os sintomas incluem dor, parestesia e perda sensorial distal. A duloxetine apresenta evidência moderada para tratamento da neuropatia dolorosa, entre outras abordagens medicamentosas e não-medicamentosas^{12,13}.

Outra condição descrita é a disfunção cognitiva relacionada ao câncer, caracterizada por alterações de memória, atenção e funções executivas. O manejo inclui reabilitação cognitiva, intervenções comportamentais e atividade física^{14,15}.

Complicações cardiovasculares

Alguns tratamentos oncológicos podem causar cardiotoxicidade, incluindo disfunção ventricular, insuficiência cardíaca, arritmias e hipertensão arterial. Fatores de risco incluem dose cumulativa de antraciclinas, radioterapia torácica e comorbidades cardiovasculares pré-existentes¹⁶.

A monitorização cardiológica é recomendada em pacientes expostos a terapias potencialmente cardiotoxícas¹⁷.

Complicações pulmonares

A pneumonite é uma complicação associada a algumas terapias anticâncer, incluindo imunoterapia e anticorpos conjugados a drogas. Os sintomas incluem tosse seca, dispneia e febre.

O manejo geralmente envolve suspensão do tratamento e uso de corticoterapia sistêmica em casos moderados ou graves¹⁸.

REFERÊNCIAS

1. Carreira H, Williams R, Müller M, Harewood R, Stanway S, Bhaskaran K. Associations between breast cancer survivorship and adverse mental health outcomes: a systematic review. *J Natl Cancer Inst.* 2018;110(12). doi:10.1093/jnci/djy177.
2. Tao F, Wang Y, Zhang Y, Wang L. Prevalence and severity of anxiety and depression in Chinese patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry.* 2023;14:1080413. doi:10.3389/fpsy.2023.1080413.
3. Zhang Y, Li X, Chen J, et al. Effects of exercise on depression and anxiety in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cancer Med.* 2025;14(5). doi:10.1002/cam4.70671.
4. Khan FA, Castillo JA, Amaravadi KSS, Nalissety P, Vadlamani NL, Ibrahimli S, Hamid P. Prevalence of depression in patients and survivors of breast cancer: a systematic review. *Cureus.* 2024. doi:10.7759/cureus.63816.
5. Fabi A, Bhargava R, Fatigoni S, et al. Cancer-related fatigue: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis and treatment. *Ann Oncol.* 2020;31:713-723. doi:10.1016/j.annonc.2020.02.016.
6. Ruiz-Casado A, Álvarez-Bustins A, Artés-Rodríguez A, et al. Cancer-related fatigue in breast cancer survivors: a review. *Clin Breast Cancer.* 2021;21. doi:10.1016/j.clbc.2020.07.011.
7. Agrawal LS, et al. Enhancing sexual health for cancer survivors. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2025;45:e472856. doi:10.1200/EDBK-25-472856.
8. Katz A, et al. Sexuality after cancer as an unmet need: addressing disparities, achieving equality. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2022;42:11-17. doi:10.1200/edbk_100032.
9. Anjanappa M, Corden M, Green A, Roberts D, Hoskin P, McWilliam A, Choudhury A. Sarcopenia in cancer: risking more than muscle loss. *Tech Innov Patient Support Radiat Oncol.* 2020;16:50-57. doi:10.1016/j.tipsro.2020.10.001.
10. de Haas EC, Oosting SF, Lefrandt JD, Wolffenbuttel BHR, Sleijfer DT, Gietema JA. The metabolic syndrome in cancer survivors. *Lancet Oncol.* 2010;11(2):193-203.
11. Shapiro CL, Lacchetti C, Neuner J. Management of osteoporosis in survivors of adult cancers with nonmetastatic disease: ASCO clinical practice guideline. *J Oncol Pract.* 2019.
12. Jordan B, et al. Systemic anticancer therapy-induced peripheral and central neurotoxicity: ESMO–EONS–EANO clinical practice guidelines for diagnosis, prevention, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2020;31(10):1306-1319.
13. Loprinzi CL, et al. Prevention and management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in survivors of adult cancers: ASCO guideline update. *J Clin Oncol.* 2020;38(28):3325-3348.
14. Lange M, et al. Cancer-related cognitive impairment: an update on state of the art, detection, and management strategies in cancer survivors. *Ann Oncol.* 2019;30(12):1925-1940.
15. Mayo SJ, et al. Cognitive symptoms across diverse cancers. *JAMA Netw Open.* 2024;7(8):e2430833.
16. Bloom MW, et al. Cardio-oncology and heart failure: a scientific statement from the Heart Failure Society of America. *J Card Fail.* 2025;31(2):415-455.
17. Bostany G, et al. Cardiac dysfunction among breast cancer survivors: role of cardiotoxic therapy and cardiovascular risk factors. *J Clin Oncol.* 2025;43(1):32-45.
18. Liu S, et al. Balancing innovation and safety: prediction, prevention, and management of pneumonitis in lung cancer patients receiving novel anti-cancer agents. *Cancers (Basel).* 2025;17(15):2522. doi:10.3390/cancers17152522.

HÁBITOS DE VIDA, PREVENÇÃO E AUTOCUIDADO NO SOBREVIVENTE DE CÂNCER

Autora: Dra. Maria Cristina Figueroa Magalhães

Co-autores: Dr. Marconi Gomes da Silva, Dra. Mariana Locatelli, Dr. Pedro Lopez e Dra. Thaiana Aragão

Introdução

A sobrevivência ao câncer vai além do controle da doença. Ela envolve o manejo de efeitos tardios do tratamento, a prevenção de novas neoplasias e de comorbidades, além da promoção da qualidade de vida e do bem-estar global. Nesse contexto, hábitos de vida saudáveis, estratégias de prevenção e práticas de autocuidado assumem papel central na manutenção da saúde dos sobreviventes.

A adoção de comportamentos saudáveis — como prática regular de atividade física, alimentação equilibrada, controle do peso corporal, cessação do tabagismo e acompanhamento médico adequado — está associada à redução do risco de recorrência, menor incidência de doenças crônicas e melhora significativa da qualidade de vida. Além disso, aspectos como saúde mental, espiritualidade, sexualidade e acompanhamento preventivo estruturado desempenham papel importante na reintegração do indivíduo à vida após o câncer.

Este capítulo aborda diferentes dimensões dos hábitos de vida, prevenção e autocuidado no sobrevivente de câncer, enfatizando a importância de uma abordagem multidisciplinar e centrada no

paciente ao longo de toda a trajetória do cuidado oncológico.

Autocuidado no sobrevivente de câncer

A fase de sobrevivência ao câncer representa um período em que o paciente passa a assumir papel mais ativo no cuidado de sua própria saúde. O autocuidado envolve a adoção consciente de comportamentos que promovam bem-estar físico, emocional e social, ampliando o foco do cuidado para além do tratamento da doença.

A incorporação de hábitos de vida saudáveis constitui um dos pilares do autocuidado nessa população. Sobreviventes devem ser incentivados a manter rotina regular de atividade física, alimentação equilibrada, controle do peso corporal e evitar tabagismo e consumo excessivo de álcool. Essas medidas contribuem não apenas para a prevenção de doenças cardiovasculares e metabólicas, mas também para redução do risco de recorrência e de novos cânceres.

Outro aspecto importante refere-se ao reconhecimento e manejo de sintomas persistentes ou tardios decorrentes do tratamento oncológico. Entre os mais frequentes destacam-se fadiga, ansiedade, depres-

são, dor crônica, alterações cognitivas e distúrbios do sono. A saúde sexual também pode ser impactada por diferentes modalidades terapêuticas, sendo comum a presença de redução da libido, disfunção erétil, dor durante a relação sexual e alterações na imagem corporal. Muitas vezes esses sintomas não são espontaneamente relatados pelos pacientes, o que torna essencial que sejam abordados ativamente nas consultas de seguimento.

A espiritualidade também pode desempenhar papel relevante no processo de adaptação após o diagnóstico de câncer. Para muitos pacientes, práticas espirituais ou religiosas oferecem suporte emocional, esperança e ressignificação da experiência da doença.

Além disso, determinadas condições decorrentes do tratamento exigem acompanhamento específico. Pacientes submetidos à ooforectomia ou quimioterapia podem desenvolver menopausa precoce, enquanto indivíduos submetidos a ostomias enfrentam desafios relacionados à adaptação corporal e social. Em homens com câncer de próstata submetidos à terapia de privação androgênica, sintomas como fogachos, ginecomastia e alterações metabólicas também podem im-

pactar a qualidade de vida.

Dessa forma, promover o autocuidado significa oferecer orientação contínua, escuta ativa e suporte multidisciplinar, permitindo que o sobrevivente desenvolva autonomia e protagonismo na manutenção de sua saúde¹⁻⁶.

Exercício físico na jornada do paciente oncológico

O papel do exercício físico no contexto oncológico tem sido amplamente reconhecido nas últimas décadas. No passado, pacientes com câncer eram frequentemente orientados a evitar esforços físicos. Atualmente, a atividade física é considerada componente fundamental do cuidado oncológico em diferentes fases da jornada do paciente.

Durante o tratamento ativo, programas estruturados de exercício podem contribuir para reduzir a fadiga, preservar a massa muscular e melhorar a capacidade funcional. Estudos demonstram que intervenções envolvendo exercícios aeróbicos e resistidos são seguras e estão associadas à melhora da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia, radioterapia ou terapias hormonais. Um exemplo é o estudo CHALLENGE⁷, a principal evidência clínica da área em relação a desfechos oncológicos. Nesse ensaio clínico randomizado de fase III, um programa estruturado de exercício iniciado após a quimioterapia adjuvante para câncer de cólon aumentou a sobrevida livre de doença (80,3% vs. 73,9%) e mostrou tendência de melhora na sobrevida global (90,3% vs.

83,2%) em comparação ao cuidado usual

Após o término do tratamento, a atividade física desempenha papel importante na reabilitação funcional e na prevenção de doenças crônicas. Em sobreviventes de câncer de mama, por exemplo, programas supervisionados de exercício demonstraram benefícios na redução do linfedema, melhora da composição corporal e aumento da capacidade cardiorrespiratória.

Mesmo em pacientes com doença avançada ou metastática, intervenções adaptadas podem contribuir para redução da fadiga, melhora do controle de sintomas e manutenção da autonomia funcional.

De forma geral, recomenda-se que sobreviventes de câncer realizem pelo menos 150 minutos semanais de atividade física aeróbica de intensidade moderada, associados a exercícios de fortalecimento muscular em dois ou mais dias por semana, respeitando sempre as condições clínicas individuais⁸.

Em conjunto, as evidências demonstram que o exercício físico é seguro e benéfico em todas as fases da jornada oncológica, desde a pré-habilitação até o cuidado paliativo. Assim, sua integração estruturada ao cuidado oncológico representa uma estratégia fundamental para melhorar sintomas, capacidade funcional e, potencialmente, desfechos clínicos em pacientes com câncer.

Vigilância de novas neoplasias primárias

Com o aumento da sobrevida, a vigilância para o desen-

volvimento de novas neoplasias primárias tornou-se componente importante do cuidado aos sobreviventes de câncer. Estudos populacionais demonstram que uma proporção significativa de diagnósticos oncológicos corresponde a tumores primários subsequentes⁹⁻¹⁰.

O risco de desenvolvimento de novas neoplasias pode ser influenciado por diversos fatores, incluindo predisposição genética, exposição ambiental, hábitos de vida e efeitos tardios relacionados aos tratamentos oncológicos previamente recebidos⁹.

A definição de estratégias adequadas de rastreamento deve considerar o tipo de câncer inicial, as terapias realizadas, a presença de fatores de risco adicionais e a expectativa de vida do paciente. Em muitos casos, recomenda-se que sobreviventes sigam as diretrizes gerais de rastreamento populacional, com adaptações quando indicado por características clínicas específicas¹.

Além disso, intervenções educacionais, sistemas de lembrete e melhoria no acesso aos serviços de saúde podem contribuir para aumentar a adesão às estratégias de rastreamento e prevenção.

Tabela 4

Câncer de mama	> 25 anos < 40 anos = Exame clínico anual > 40 anos = Mamografia anual com tomossíntese
Câncer colorretal	45 - 75 anos = Colonoscopia a cada 05 anos
Câncer de colo de útero	25 - 60 anos = DNA-HPV a cada 05 anos
Câncer de próstata	> 45 anos = Dosagem sérica de PSA a cada 1-2 anos

Recomendações de estratégias de rastreamento oncológico populacional (Adaptado do NCCN 2026 e FEBRASGO)

Saúde cardiovascular e exercício físico no sobrevivente de câncer

As doenças cardiovasculares representam uma das principais causas de morbidade e mortalidade tardia em sobreviventes de câncer. Estudos epidemiológicos demonstram que essa população apresenta risco aumentado de eventos cardiovasculares em comparação com a população geral, especialmente anos após o término do tratamento oncológico.

Esse cenário está relacionado à exposição a terapias potencialmente cardioprotóxicas, como antraciclinas e agentes anti-HER2, além da presença de fatores de risco cardiovasculares compartilhados entre câncer e doenças cardiovasculares¹⁰.

Nesse contexto, consolidou-se o campo da cardio-oncologia, dedicado à prevenção, diagnóstico e manejo das complicações cardiovasculares associadas ao câncer e às suas terapias. Diretrizes internacionais recomendam avaliação cardiovascular basal e monitorização periódica da função cardíaca durante e após o tratamento oncológico¹¹.

Entre as estratégias de promoção de saúde cardiovascular nessa população, o exercício físico tem emergido como intervenção de grande relevância. Evidências demonstram que a prática regular de atividade física está associada à melhora da capacidade cardiorrespiratória, redução da fadiga relacionada ao câncer e melhor qualidade de vida.

Além disso, programas estruturados de exercício podem contribuir para reduzir o risco de eventos cardiovasculares e preservar a função cardíaca em pacientes expostos a terapias potencialmente cardioprotóxicas.

Mais recentemente, tem ganhado destaque o conceito de reabilitação cardio-oncológica, que integra prescrição individualizada de exercício físico, controle de fatores de risco cardiovasculares, aconselhamento nutricional e suporte multidisciplinar, com o objetivo de reduzir complicações cardiovasculares e melhorar a capacidade funcional de sobreviventes de câncer.

A prescrição de exercício em pacientes com câncer deve ser individualizada, levando em consideração diversos fatores

clínicos, incluindo:

- Tipo de câncer
- Estádio da doença
- Modalidade de tratamento
- Presença de comorbidades
- Condição funcional do paciente

De maneira geral, recomenda-se sempre que possível a combinação de treinamento aeróbico e resistido.

Exercício aeróbico:

- Frequência: 3–5 vezes por semana
- Intensidade: moderada (50–70% VO₂ pico ou 60–80% FC máxima)
- Duração: 20–45 minutos por sessão

Exercício resistido:

- Frequência: 2–3 vezes por semana
- Intensidade: 40–70% de 1RM (repetição máxima)
- Volume: 2–3 séries de 8–12 repetições

A relevância clínica do exer-

cício físico também é enfatizada pelas recomendações da *American Society of Clinical Oncology* (ASCO), que reconhecem a atividade física como um componente essencial do cuidado de pacientes oncológicos. As diretrizes da ASCO recomendam que pacientes com câncer sejam encorajados a manter níveis adequados de atividade física durante e após o tratamento, sempre que não houver contraindicações clínicas, considerando que o exercício está associado à melhora da capacidade funcional, redução da fadiga e melhora da qualidade de vida.

O reconhecimento desses benefícios levou ao desenvolvimento do conceito de reabilitação cardio-oncológica, frequentemente denominado *Cardio-Oncology Rehabilitation and Exercise* (CORE). Esse modelo propõe a adaptação dos princípios da reabilitação cardíaca tradicional para o contexto da oncologia, integrando intervenções multidisciplinares destinadas a reduzir o risco cardiovascular e melhorar a capacidade funcional dos pacientes com câncer. A reabilitação cardio-oncológica inclui componentes como avaliação clínica estruturada, prescrição individualizada de exercício físico

co, aconselhamento nutricional, manejo de fatores de risco cardiovasculares, cessação do tabagismo e suporte psicossocial, constituindo uma abordagem abrangente voltada para a recuperação funcional e a prevenção de eventos cardiovasculares em sobreviventes de câncer.

Outro aspecto fundamental do cuidado cardio-oncológico moderno é a avaliação da capacidade funcional e da aptidão cardiorrespiratória. Nesse contexto, o teste cardiopulmonar de exercício (*cardiopulmonary exercise testing – CPET*) tem sido cada vez mais utilizado para avaliar a capacidade integrativa dos sistemas cardiovascular, pulmonar e muscular durante o esforço físico. A aptidão cardiorrespiratória, geralmente expressa pelo consumo máximo de oxigênio (VO_{2peak}), constitui um dos mais robustos preditores de mortalidade cardiovascular e global em diversas populações, incluindo sobreviventes de câncer. Estudos demonstram que aumentos modestos na aptidão cardiorrespiratória estão associados a reduções significativas no risco de mortalidade cardiovascular nessa população. De forma consistente, análises recentes em sobreviventes de câncer demonstram

que indivíduos que mantêm ou iniciam atividade física após o diagnóstico apresentam menor incidência de eventos cardiovasculares maiores, particularmente infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca.

Além da reabilitação durante e após o tratamento oncológico, tem ganhado destaque o conceito de pré-habilitação, que consiste na implementação de intervenções destinadas a otimizar a condição funcional do paciente antes do início do tratamento oncológico. Programas de pré-habilitação geralmente incluem treinamento físico, intervenções nutricionais e suporte psicológico, com o objetivo de aumentar a reserva fisiológica e melhorar a recuperação após cirurgias ou terapias sistêmicas. Evidências emergentes sugerem que essa abordagem pode reduzir complicações pós-operatórias, melhorar a capacidade funcional e facilitar a recuperação durante o tratamento oncológico^{12,13,14}.

A integração entre oncologia, cardiologia e programas estruturados de promoção de atividade física representa, portanto, um componente fundamental do cuidado contemporâneo ao sobrevivente de câncer.

Pré-Habilitação



Avaliação cardiovascular basal
Teste cardiopulmonar (CPET)
Exercício pré-tratamento
Otimização nutricional



TRATAMENTO ONCOLÓGICO



Monitorização cardiovascular
Exercício supervisionado
Prevenção de cardiotoxicidade



SOBREVIVÊNCIA AO CÂNCER



Reabilitação cardio-oncológica
Controle de fatores de risco
Exercício a longo prazo
Prevenção cardiovascular



Apesar do progresso significativo na compreensão do papel do exercício na cardio-oncologia, ainda existem desafios importantes para a implementação ampla de programas estruturados de reabilitação cardio-oncológica. Entre esses desafios destacam-se a necessidade de maior número de ensaios clínicos randomizados avaliando desfechos cardiovasculares de longo prazo, a integração dos serviços de cardio-oncologia nos sistemas de

saúde e o desenvolvimento de modelos de cuidado multidisciplinares capazes de atender à crescente população de sobreviventes de câncer.

Conclusão

A adoção de hábitos de vida saudáveis, o estímulo ao autocuidado, a prática regular de atividade física e a implementação de estratégias adequadas de rastreamento constituem pilares fundamentais para

melhorar a qualidade de vida e reduzir riscos futuros nessa população.

Nesse contexto, uma abordagem multidisciplinar, centrada nas necessidades individuais de cada paciente, é essencial para garantir que a sobrevivência ao câncer seja acompanhada não apenas de maior longevidade, mas também de saúde, autonomia e bem-estar.









REFERÊNCIAS

1. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: *Survivorship*. Version 3.2025.
2. Vaz-Luis I, et al. ESMO Expert Consensus Statements on *Cancer Survivorship*: promoting high-quality *survivorship care* and research in Europe. *Ann Oncol*. 2022;33(11):1119-1133.
3. Karavasiloglou N, et al. Healthy lifestyle is inversely associated with mortality in cancer survivors: results from NHANES III. *PLoS One*. 2019;14(6):e0218048.
4. Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, et al. Spirituality in serious illness and health. *JAMA*. 2022;328(2):184-197.
5. Goldfarb S, et al. Sexual and reproductive health in cancer survivors. *Semin Oncol*. 2013;40(6):726-744.
6. Liavaag AH, et al. Sexual activity and functioning in epithelial ovarian cancer survivors. *Gynecol Oncol*. 2008;108(2):348-354.
7. Courneya KS, Vardy JL, O'Callaghan CJ, et al; CHALLENGE Investigators. Structured Exercise after Adjuvant Chemotherapy for Colon Cancer. *N Engl J Med*. 2025;393(1):13-25. doi:10.1056/NEJMoa2502760.
8. Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, et al. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc*. 2010;42(7):1409-1426.
9. Murphy CC, Gerber DE, Pruitt SL. Prevalence of prior cancer among persons newly diagnosed with cancer. *JAMA Oncol*. 2018;4(6):832-836.
10. Donin N, Filson C, Drakaki A, et al. Risk of second primary malignancies among cancer survivors in the United States. *Cancer*. 2016;122(19):3075-3086.
11. Strongman H, Gadd S, Matthews A, et al. Medium- and long-term risks of cardiovascular disease in survivors of adult cancers. *Lancet*. 2019;394(10203):1041-1054.
12. Lyon AR, López-Fernández T, Couch LS, et al. 2022 ESC Guidelines on cardio-oncology. *Eur Heart J*. 2022;43(41):4229-4361.
13. Scott JM, Nilsen TS, Gupta D, Jones LW. Exercise therapy and cardiovascular toxicity in cancer. *Circulation*. 2018;137(11):1176-1191.
14. Jones LW, Patel AV, Friedenreich CM, et al. Exercise oncology: state of the science. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(1):24-45.



HÁBITOS DE VIDA, PREVENÇÃO E AUTOCUIDADO NO SOBREVIVENTE DE CÂNCER

A sobrevivência ao câncer vai além do controle da doença e envolve o manejo de efeitos tardios, a prevenção de novas neoplasias e comorbidades, além da promoção do bem-estar físico, emocional e social.




AUTOCUIDADO NO SOBREVIVENTE

-  **Atividade física e alimentação equilibrada**
-  **Controle do peso e cessação do tabagismo**
-  **Manejo de sintomas tardios (fadiga, dor, sono)**
-  **Saúde sexual e imagem corporal**
-  **Espiritualidade e suporte emocional**
- 

EXERCÍCIO FÍSICO

-  **≥ 150 min/semana de atividade aeróbica moderada**
-  **Fortalecimento muscular 2-3x/semana**

SAÚDE CARDIOVASCULAR

-  **Avaliação cardiovascular basal e periódica**
-  **Prevenção de cardiotoxicidade (antraciclínicas, anti-HER2)**
-  **Exercício e reabilitação cardio-oncológica**




RECOMENDAÇÕES ESSENCIAIS

-  **Atividade física ≥ 150 min/semana**
-  **Alimentação baseada em alimentos**




-  **Manter peso saudável**
-  **Evitar tabagismo e álcool em**

-  **Acompanhamento médico**

VIGILÂNCIA DE NOVAS NEOPLASIAS

-  **Rastreamento conforme tipo de câncer e fatores de risco**
-  **Adesão a diretrizes populacionais e individualizadas**
-  **Educação e acesso aos serviços de saúde**

PREVENÇÃO DE NOVOS CÂNCERES

-  **Rastreamento adequado**
-  **Estilo de vida saudável**
-  **Acompanhamento regular**

REFERÊNCIAS

- Adams SC, et al. Eur Heart J. 2025.
- Strongman H, et al. Lancet. 2019.
- Lyon AR, et al. Eur Heart J. 2022.
- Paterson DI, et al. Curr Opin Cardiol. 2020.
- Schmitz NH, et al. Med Sci Sports Exerc. 2010.
- Armenian SH, et al. J Clin Oncol. 2017.
- Cardinale D, et al. J Am Coll Cardiol. 2015.
- Scole JM, et al. JACC CardioOncol. 2020.
- Ewer MS, Ewer SM. Nat Rev Cardiol. 2010.

COMUNICAÇÃO E EXPECTATIVAS NO PÓS-TRATAMENTO DO CÂNCER

Autora: Dra. Solange Sanches

Co-autores: Dra. Debora Cotrim, Dr. Mário Machado Lopes, Dr. Sandro Cavallero e Dra. Virgínia Sessa

A transição do tratamento ativo para o *survivorship*

O término do tratamento oncológico ativo não representa o fim da experiência do câncer, mas o início de uma nova etapa do cuidado. Embora, do ponto de vista médico, esse momento represente frequentemente o sucesso de uma estratégia terapêutica, para muitos pacientes ele é vivido de forma ambivalente.

O alívio pela conclusão do tratamento pode coexistir com sentimentos de insegurança, sobretudo diante da redução da frequência das consultas e da percepção de perda do monitoramento intensivo. Alguns pacientes interpretam essa mudança como afastamento do cuidado ou mesmo abandono, enquanto outros experimentam dificuldade em compreender que, mesmo na ausência de doença detectável, o câncer e seu tratamento podem deixar marcas físicas e emocionais que requerem atenção continuada¹.

O acompanhamento clínico precisa contemplar não apenas vigilância da doença, mas também avaliação funcional, suporte psicossocial e orientação sobre aspectos práticos da vida cotidiana¹.

A forma como essa transição é comunicada ao paciente

desempenha papel decisivo na qualidade da adaptação a essa etapa^{2,3}.

Comunicação do término do tratamento ativo

A consulta que marca o encerramento do tratamento ativo constitui um momento clínico particularmente sensível. Trata-se de uma conversa que reorganiza o enquadramento da doença e redefine o papel do acompanhamento médico.

Do ponto de vista do oncologista, pode representar a conclusão bem-sucedida de um plano terapêutico. Para o paciente, entretanto, esse momento frequentemente inaugura um período de maior incerteza. Por essa razão, essa consulta deve ser planejada de maneira intencional, com comunicação clara, tecnicamente precisa e emocionalmente acolhedora^{2,3}.

O primeiro passo consiste em explicar de forma objetiva a resposta ao tratamento e o status atual da doença. Conceitos como remissão, doença controlada ou ausência de evidência clínica detectável precisam ser traduzidos em termos compreensíveis, evitando ambiguidade. Mais do que informar o resultado, é necessário contextualizá-lo.

Evitar a dicotomia simplista entre “cura” e “não cura” costuma ser útil para reduzir interpretações extremas. A comunicação baseada em probabilidades — incluindo explicações sobre risco residual e possibilidade de recorrência — permite alinhar expectativas de forma honesta e equilibrada. Quando apresentados em termos absolutos e contextualizados, esses dados auxiliam o paciente a compreender que o risco representa uma probabilidade estatística e não um destino inevitável.

Outro elemento central dessa consulta é a apresentação de um plano de seguimento claro e estruturado. Definir a frequência das consultas, os exames indicados e os sintomas que devem motivar avaliação médica contribui para gerar previsibilidade e sensação de continuidade do cuidado.

A validação das emoções também é componente essencial dessa conversa. Reconhecer explicitamente que essa fase pode despertar insegurança ou medo fortalece a aliança terapêutica e legitima a experiência do paciente. A comunicação equilibrada é fundamental para evitar tanto a minimização quanto a catastrofização^{2,3}.

Estratégias como o *teach-back* contribuem para garantir compreensão adequada e adesão ao plano terapêutico².

Medo de recorrência

Entre os desafios emocionais mais frequentes do período de *survivorship* destaca-se o medo de recorrência (*Fear of Cancer Recurrence – FCR*). Esse fenômeno é definido como a preocupação relacionada à possibilidade de retorno ou progressão da doença e constitui uma das fontes mais comuns de sofrimento psicológico entre sobreviventes de câncer^{4,5}.

Diferentemente de outras reações emocionais associadas ao diagnóstico, o FCR pode persistir por anos após o término do tratamento. Mesmo pacientes com excelente prognóstico podem experimentar pensamentos recorrentes sobre a possibilidade de retorno da doença.

Quando presente em intensidade moderada, esse medo pode ter função adaptativa. Entretanto, quando persistente e associado a prejuízo funcional, passa a constituir um problema clínico relevante^{4,5}.

O impacto pode abranger múltiplas dimensões da vida, incluindo funcionamento ocupacional, relações interpessoais e capacidade de planejamento futuro.

O reconhecimento sistemático desse medo na consulta oncológica é essencial. Muitos pacientes não verbalizam espontaneamente essa preocupação, reforçando a importância de abordagem ativa por parte do oncologista.

Ferramentas validadas podem auxiliar na identificação, mas perguntas simples já permitem detectar sofrimento significativo. A normalização do medo como resposta compre-

ensível é frequentemente uma intervenção inicial eficaz⁴.

Nos casos de maior gravidade, intervenções baseadas em evidência incluem terapias cognitivo-comportamentais, psicoeducação estruturada e técnicas de regulação emocional^{4,5}.

Reinserção social e funcional

O impacto do câncer se estende além do tratamento, afetando a capacidade de retomada da vida cotidiana. A reinserção funcional envolve dimensões físicas, cognitivas e psicossociais.

Retorno ao trabalho

O retorno ao trabalho representa um marco simbólico importante, associado à recuperação da autonomia e da identidade. Entretanto, esse processo pode ser dificultado por fadiga persistente, alterações cognitivas e limitações físicas.

Aspectos psicossociais, como medo de discriminação e insegurança quanto à capacidade produtiva, também influenciam essa transição. A avaliação da capacidade laboral deve ser individualizada, e o suporte multiprofissional pode facilitar a reintegração¹.

Relações interpessoais e vida afetiva

As relações interpessoais frequentemente sofrem impacto significativo. Após o término do tratamento, a expectativa de “normalização” por parte do entorno pode contrastar com a experiência interna do paciente,

gerando sensação de isolamento.

Alterações na imagem corporal, fadiga e mudanças hormonais podem afetar a vida conjugal e sexual. A sexualidade permanece um tema subabordado, apesar de sua relevância clínica.

A abordagem ativa dessas questões contribui para um cuidado mais abrangente e alinhado às necessidades do paciente⁷.

Tomada de decisão compartilhada no pós-tratamento

No *survivorship*, muitas decisões envolvem diferentes opções plausíveis. Nesse cenário, a tomada de decisão compartilhada torna-se central.

O oncologista deve traduzir informações complexas de forma compreensível, enquanto o paciente contribui com valores e preferências. A decisão emerge da integração entre evidência científica e contexto individual⁶.

O letramento em saúde desempenha papel fundamental nesse processo. Baixa compreensão pode comprometer adesão e aumentar ansiedade. Estratégias de comunicação estruturada melhoram desfechos clínicos e engajamento⁶.

O cuidado além da ausência de doença

A experiência do câncer frequentemente representa uma ruptura biográfica. No *survivorship*, questões relacionadas à identidade, qualidade

de vida e sentido existencial tornam-se centrais.

Uma abordagem centrada na pessoa — que integra dimensões clínicas, funcionais e psicossociais — está associada a maior satisfação, melhor adesão e melhores desfechos globais⁷.

O tratamento continua, sob nova forma

O término do tratamento ativo representa uma transição, não um encerramento. O foco passa a incluir redução de risco, manejo de efeitos tardios e reconstrução da vida.

O oncologista assume papel ampliado como coordenador do cuidado, facilitador da autonomia e referência longitudinal. O *survivorship* deve ser entendido como processo ativo e estruturado, no qual comunicação e construção compartilhada de expectativas são centrais⁸.

REFERÊNCIAS

1. Nekhlyudov L, Mollica MA, Jacobsen PB, et al. Developing a quality of *cancer survivorship care* framework. *J Natl Cancer Inst.* 2019.
2. Butow PN, Sharpe L. The impact of communication on adherence in cancer *care*. *Cancer.* 2013.
3. Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? *Patient Educ Couns.* 2009.
4. Lebel S, et al. Fear of cancer recurrence guideline. *Ontario Health;* 2024.
5. Berbert CD, Philip EJ, Bergerot PG, et al. Fear of cancer recurrence or progression. *ASCO Educ Book.* 2022.
6. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Health literacy and health outcomes. *Ann Intern Med.* 2011.
7. Epstein RM, Street RL Jr. Patient-centered *care*. *Ann Fam Med.* 2011.
8. Bennett R, et al. Shared decision making in oncology. *Support Care Cancer.* 2023.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Autora: Dra. Daniele Assad Suzuki

Co-autores: Dra. Debora Dornellas, Dra. Gilmara Resende, Dra. Maria Eduarda Meyer e Dra. Virginia Moreira

Desafios e oportunidades do *survivorship* no Brasil

O aumento da incidência de câncer no Brasil e no mundo constitui uma realidade e reforça seu papel como importante problema de saúde pública. Paralelamente ao crescimento do número de novos casos, observa-se também um aumento da população de sobreviventes de câncer, resultado dos avanços no diagnóstico precoce e nos tratamentos oncológicos.

Esse cenário reforça a necessidade de reorganizar os serviços de saúde, ainda predominantemente centrados no diagnóstico e tratamento da doença, para que possam oferecer cuidado integral também após o término da fase ativa do tratamento¹.

O fim do tratamento oncológico não representa o término das necessidades de cuidado. Sobreviventes de câncer enfrentam desafios relacionados a efeitos tardios do tratamento, comorbidades associadas e impacto psicossocial². Barreiras estruturais do sistema de saúde, limitações financeiras, ausência de diretrizes estruturadas e capacitação ainda limitada de profissionais de saúde e dificuldades de acesso ao acompanhamento especializado também contribuem para lacunas no cuidado dessa população. Nesse contexto, compreender essas necessidades e desenvol-

ver estratégias para ampliar o acesso ao cuidado torna-se prioridade na jornada do paciente.

O principal desafio para a implementação de programas estruturados de *survivorship* ainda é o reconhecimento insuficiente de sua importância dentro da linha de cuidado oncológico³. Soma-se a isso a escassez de dados sobre essa população no Brasil. Os registros populacionais de câncer fornecem informações importantes sobre incidência e mortalidade, porém ainda são limitados em dados de sobrevida e acompanhamento de longo prazo.

Somam-se a isso barreiras organizacionais, como tempo reduzido de consulta, dificuldades de coordenação multidisciplinar, fragilidade na articulação de redes de referência e desafios relacionados ao financiamento desses serviços, tanto no sistema público quanto privado.

Apesar dessas limitações, existem oportunidades importantes para expandir o cuidado ao sobrevivente de câncer. O uso da tecnologia, especialmente por meio da telemedicina e ferramentas digitais, pode facilitar o monitoramento de sintomas, possibilitar suporte psicossocial remoto e facilitar o acompanhamento longitudinal, contribuindo para modelos de cuidado mais sustentáveis e potencialmente associados a melhor adesão e qualidade de vida.

O avanço da agenda de *survivorship* no Brasil representa uma oportunidade importante de transformação do cuidado oncológico. A incorporação de modelos assistenciais voltados para o acompanhamento de longo prazo pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes, otimizar o uso dos recursos de saúde e reduzir complicações tardias do tratamento.

Redução de desigualdades e ampliação do acesso ao seguimento

No Brasil, os estudos ainda são incipientes acerca de planos de cuidados e/ou preocupações voltadas para as necessidades dos sobreviventes ao câncer, em especial as tardias e de longo prazo⁴. No país, as intervenções e políticas de controle do câncer, considerando os fatores epidemiológicos e a estrutura do sistema de saúde, ainda se concentram principalmente na promoção da saúde, no diagnóstico precoce e no tratamento de novos casos. Assim, as necessidades de um acompanhamento estruturado e abrangente na fase pós-tratamento acabam sendo deixadas em segundo plano. A maioria desses pacientes receberá acompanhamento a longo prazo, que tradicionalmente envolve visitas ambulatoriais agendadas em um ambiente hospitalar⁵.

Vários modelos foram propostos para facilitar a imple-

mentação do cuidado de sobrevivência. Esses incluem clínicas no ambiente de cuidados primários e o uso crescente da tele-saúde, especialmente após a pandemia de COVID-19, que demonstrou altos níveis de satisfação entre os sobreviventes. O cuidado pode ser prestado por médicos ou clínicos de prática avançada, como enfermeiros, e cada modelo possui suas vantagens e desvantagens⁴.

A descentralização do acompanhamento oncológico para a atenção primária é uma necessidade frente à crescente população de sobreviventes, exigindo modelos de cuidado compartilhado que garantam competência técnica e comunicação eficiente entre especialistas e clínicos. Ensaios clínicos demonstram que, quando amparados por diretrizes adequadas, o seguimento realizado por provedores de cuidados primários apresenta desfechos de sobrevida e controle da doença equivalentes aos cuidados oncológicos tradicionais⁶.

Esse cenário reforça a necessidade de reorganização das políticas e dos serviços de saúde, incorporando estratégias estruturadas de acompanhamento após o término da fase ativa do tratamento. Modelos de cuidados compartilhados e a descentralização para a atenção primária são essenciais para garantir um suporte eficaz e contínuo a esses pacientes.

Integração multidisciplinar

Durante e/ou após o tratamento do câncer podem surgir sequelas funcionais e psicossociais decorrentes do tratamento e /ou da própria doença. Neste

cenário, as várias especialidades da saúde envolvidas no cuidado oncológico devem estar alinhadas a fim de mitigar toxicidades agudas e crônicas, controlar comorbidades, estimular o autocuidado e o bem-estar⁷. Além disso, a toxicidade financeira decorrente do tratamento e da interrupção temporária do trabalho são condições que repercutem intensamente tanto no doente como na família.

A multidisciplinaridade no cuidado aos sobreviventes de câncer é essencial para promover reabilitação adequada, estimular hábitos de vida saudáveis e garantir acompanhamento integral após o término do tratamento oncológico. Reintegrar plenamente o paciente ao trabalho e à vida social deve ser estimulada precocemente por todos envolvidos no cuidado⁸.

Mudança cultural é necessária para alterar a forma como o cuidado oncológico é concebido. Otimização de recursos também devem ser pensados a fim de melhorar acesso e equidade da saúde. As equipes multiprofissionais devem buscar cuidado focado no paciente e, não menos importante, no cuidador. Identificar necessidades não atendidas de pacientes e encorajar os pacientes a participarem de estudos clínicos como padrão de tratamento não podem ser esquecidas⁹.

Perspectivas futuras no cuidado ao sobrevivente de câncer no Brasil

No Brasil, esse crescimento da população de sobreviventes representa simultaneamente um desafio e uma oportunidade para o sistema de saúde que

ainda enfrenta obstáculos importantes, como a fragmentação do cuidado, desigualdades regionais de acesso e a limitada disponibilidade de serviços voltados à reabilitação e ao seguimento de longo prazo^{10,11,12}. Diante deste cenário, torna-se essencial desenvolver modelos de cuidado adaptados às diferentes realidades regionais, capazes de responder às necessidades específicas dos sobreviventes.

Entre as estratégias prioritárias está o fortalecimento da integração entre oncologistas, médicos da atenção primária e equipes multiprofissionais, favorecendo um acompanhamento compartilhado e centrado no paciente³. A implementação de programas estruturados de *survivorship*, com planos individualizados de acompanhamento, pode melhorar a coordenação do cuidado, otimizar recursos e facilitar a identificação precoce de sintomas persistentes e efeitos tardios do tratamento. Essas tecnologias também podem ampliar o acompanhamento longitudinal, especialmente em regiões com menor acesso a centros especializados.

Outro aspecto fundamental é a ampliação da pesquisa clínica e epidemiológica voltada para sobreviventes de câncer no país, permitindo compreender melhor os desafios enfrentados e orientar políticas públicas e diretrizes clínicas

O futuro da oncologia não será medido apenas pela capacidade de tratar o câncer, mas também pela habilidade de garantir que aqueles que sobrevivem possam viver com saúde, funcionalidade e qualidade de vida.

Papel da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica

A Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) reconhece a importância de fomentar discussões qualificadas acerca das melhores práticas em saúde oncológica ao longo de todo o continuum do cuidado. Nesse contexto, a atenção aos sobreviventes de câncer tem se consolidado como um componente essencial da assistência oncológica contemporânea, demandando estratégias estruturadas de acompanhamento, manejo de efeitos tardios e promo-

ção da qualidade de vida.

A elaboração de um guia direcionado às questões relacionadas à sobrevivência ao câncer insere-se no esforço institucional da SBOC de estimular a reflexão crítica, a produção de conhecimento e a difusão de recomendações baseadas em evidências voltadas a essa população. Tal iniciativa busca ampliar o debate sobre o tema no âmbito da prática clínica, da organização dos serviços de saúde e da formulação de políticas assistenciais.

Adicionalmente, a SBOC tem promovido a articulação com outras sociedades mé-

dicas e entidades representativas, incluindo a Associação Médica Brasileira (AMB), com o objetivo de incentivar abordagens interdisciplinares e fortalecer a integração entre diferentes áreas do cuidado à saúde.

Nesse sentido, iniciativas educacionais, como *workshops* especializados e atividades formativas desenvolvidas na plataforma OncoAcademy, contribuem para a capacitação de profissionais, a disseminação de conhecimento atualizado e o aprimoramento das práticas assistenciais relacionadas ao cuidado de sobreviventes de câncer.

REFERÊNCIAS

1. Vaz-Luis I, et al. ESMO Expert Consensus Statements on *Cancer Survivorship*: promoting high-quality *survivorship care* and research in Europe. *Ann Oncol*. 2022 Nov;33(11):1119-1133.
2. Santos ATCD, MFB, Skaba MMVF, Nigenda G, Arruda CAM, Pinheiro CPO, González-Robledo MC, Knaul FM. *Cancer survivorship needs in Brazil: Patient and family perspective*. *PLoS One*. 2020 Oct 8;15(10):e0239811.
3. Dos Anjos GR, et al. *Cancer survivorship in low- and middle-income countries: challenges, needs, and emerging support strategies*. *Front Public Health*. 2025 Jul16;13:1601483.
4. Antonio Tadeu Cheriff dos Santos; Fernando Lopes Tavares de Lima; Maria Lúcia Magalhães Bosi; Liz Maria de Almeida. *Percepções de Enfermeiros sobre a Sobrevivência ao Câncer no Brasil*. *Rev. Bras. Cancerol*. 2024; 70(2): e-024556.
5. Janine Dretzke; Talhah Chaudri; Rishab Balaji; Hisham Mehanna; Paulm Nankiell; David J Moore; the PETNECK2 Research Team. *A systematic review of the effectiveness of patient-initiated follow-up after cancer*. *Cancer Med*. 2023 Aug 21;12(18):19057–19071.
6. NCCN Guidelines Version 3.2025 *Survivorship*.
7. Catherine M. Alfano et al. *Engaging TEAM Medicine in Patient Care: Redefining Cancer Survivorship From Diagnosis*. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 42, 921-931(2022).
8. Partridge AH, Morgans A, Knelson LP, Recklitis C, Nekhlyudov L, Chi SN, Kenney LB, Diller L, Vrooman LM. *Cancer survivorship programs at the Dana- Farber Cancer Institute*. *J Cancer Surviv*. 2024 Feb;18(1):34-41.
9. Guerard EJ, Nightingale G, Bellizzi K, Burhenn P, Rosko A, Artz AS, Korc-Grodzicki B, Canin B, Dale W, Ferrell B. *Survivorship care for older adults with cancer: U13 conference report*. *J Geriatr Oncol*. 2016 Jul;7(4):305-12.
10. Siegel RL, Kratzer TB, Giaquinto AN, Sung H, Jemal A. *Cancer Statistics, 2025*. *CA Cancer J Clin*. 2024.
11. GBD 2023 Cancer Collaborators. *The Global, Regional, and National Burden of Cancer, 1990–2023, With Forecasts to 2050*. *Lancet*. 2025.
12. Schmidt ME, Goldschmidt S, Hermann S, Steindorf K. *Late Effects, Long-Term Problems and Unmet Needs of Cancer Survivors*. *Int J Cancer*. 2022.

SOBRE OS AUTORES

Capítulo 1:

Sabrina R. P. Chagas

Médica oncologista na Oncologia D'Or. Coordenadora do Comitê de Cuidados aos Sobreviventes e do Comitê de Comunicação da SBOC em 2026. Presidente do Instituto Nosso Papo Rosa. Membro da Academia Brasileira de Medicina de Reabilitação e Mestranda em Educação em Saúde no Hospital Albert Einstein.

Ana Carolina Salles

Oncologista Clínica com formação pelo Hospital de Base do DF. Mestre em Ciências Genômicas e Biotecnologia pela Universidade Católica de Brasília. Pós-graduação em gestão em saúde pelo Hospital Albert Einstein (SP). Oncologista clínica da Rede Dor- DF, com foco de atuação em tumores femininos.

Ana Lucia Coradazzi

Médica oncologista clínica da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). Área de atuação em Cuidados Paliativos pela AMB.

Pedro Henrique Souza

Gerente Médico da Pesquisa Clínica do Hospital do Câncer 3/INCA. Diretor Médico na Huna Artificial Intelligence Powered Solutions. Membro do Comitê de Tecnologia e Inovação da SBOC. Oncologista clínico da Oncoclínicas & Co.

Renata Bonadio

Médica Oncologista da Oncologia D'Or. Gerente Médica de Desenvolvimento Clínico no Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino. Coordenadora do Comitê de Tumores Mamários da SBOC em 2026.

Capítulo 2:

Maria Alice Franzoi

Especialista da Université Paris-Saclay, UVSQ, Gustave Roussy, Inserm, CESP, F-94800, Villejuif, France.

Pedro Cacilhas

Especialista da Université Paris-Saclay, UVSQ,

Gustave Roussy, Inserm, CESP, F-94800, Villejuif, France. Atua no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS).

Carla Pavei

Atua na Oncoclínicas São Paulo, em São Paulo (SP).

Camila Chiodi

Atua na Oncoclínicas Bahia, em Salvador (BA).

Poliana Signorini

Atua no Centro Integrado de Pesquisa da Amazônia em Manaus, no Amazonas.

Capítulo 3:

Clarissa Mathias

Oncologista clínica da Oncoclínicas Bahia e líder do Cancer Center Hospital Santa Izabel Oncoclínicas.

Hamanda Nery

Graduação em Medicina pela EBMSp. Residência em Oncologia Clínica pelo Hospital Santa Izabel, Santa Casa da Bahia. Médica Oncologista do Grupo Oncoclínicas Bahia.

Laryssa Nobrega

Graduação em Medicina pela Famene-PB. Residência em Oncologia Clínica pelo Hospital das Clínicas da UFPE. Médica oncologista do Grupo Oncoclínicas Bahia.

Carolina Rocha

Graduação pela Universidade Federal da Bahia. Residente em Oncologia Clínica pela Santa Casa de Misericórdia da Bahia e pós-graduação em Saúde Coletiva pelo ICS-UFBA. Médica oncologista do Grupo Oncoclínicas Bahia.

Clara Peixoto

Graduação pela Universidade Salvador (Unifacs). Residência em Oncologia Clínica pelo Hospital Santa Izabel - Santa Casa da Bahia. Médica oncologista do Grupo Oncoclínicas Bahia.

Capítulo 4:

Renata Cangussu

Oncologista da Oncologia D'Or regional Bahia, especializada em tumores femininos e membro do Comitê de Cuidado aos Sobreviventes da SBOC.

Gisah Guilgen

Oncologista clínica do ICTr. Diretora de planejamento do GBECAM. Coordenadora do Comitê de Lideranças Femininas da SBOC. Co-Scientific Director do LACOG Breast.

Marília Sampaio Lemos Costa

Graduada em 2012 pela EBMSP. Residência em Clínica Médica pela Hospital Santo Antônio/OSID. Residência em Oncologia pela Santa Casa da Bahia. Mestrado em Pesquisa Clínica e translacional pela FIOCRUZ. Oncologista clínica com foco em câncer de mama da Clínica AMO / Rede Américas.

Tathiane Oliveira

Oncologista do grupo Vitta Oncologista e preceptora do Hospital Universitário UFS/SE.

Capítulo 5:

Maria Cristina Figueroa Magalhães

Preceptora de oncologia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie. Co-líder nacional da mama da Oncoclínicas & Co. Professora da Disciplina de Oncologia PUC-PR e da UFPR. Doutora pela FMUSP-ICESP. Research post-doc fellow at Johns Hopkins – Breast Cancer Program. Idealizadora “Mama-Gênesis”, “Nós por Elas” e “As Vozes das Rosas”.

Marconi Gomes da Silva

Especialista em Cardiologia e Medicina Esportiva. Membro diretor do Departamento de Ergometria, Reabilitação Cardíaca e Cardiologia do Exercício da SBC. Coordenador da Pós-graduação Lato-Sensu em Cardiologia do Exercício e do Esporte da Docente do Curso de Pós-Graduação em Medicina Esportiva da Rede Mater Dei.

Mariana Locatelli

Oncologista Clínica dedicada ao tratamento do câncer de mama no Centro de Oncologia do Oeste do Paraná de Cascavel. Pós-graduada em Oncologia Mamária e em Pesquisa Clínica pelo Albert Einstein Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa.

Pedro Lopez

Professor e Pesquisador da área de Exercício Físico e Oncologia. Atua no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Caxias do Sul, no Institute for Respiratory Health, Sir Charles Gairdner Hospital (Austrália) e na School of Medical and Health Sciences, Edith Cowan University (Austrália).

Thaiana Aragão

Oncologista clínica e mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Especialista em aconselhamento de risco para câncer hereditário pelo City of Hope Hospital. Membro Ativa do Programa de Cuidado com Sobreviventes do Grupo Oncoclínicas – OCSobreviver.

Capítulo 6:

Solange Sanches

Oncologista clínica. Vice-Coordenadora do Centro de Referência de Tumores de Mama do A.C.Camargo Cancer Center (SP); Membro do Comitê Científico Oncologia e de Letramento do OncoSuperação.

Deborah Porto Cotrim

Oncologista clínica no Hospital Oncovida Montes Claros (MG).

Mario Machado Lopes

Oncologista clínico no Hospital Moinhos de Vento e no Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre (RS).

Sandro Roberto de Araújo Cavallero

Oncologista clínico no Hospital Adventista de Belém e CTO/PA.

Virginia Altoé Sessa

Oncologista clínica no Hospital Santa Rita de Cásia e Unimed Oncologia Vitória (ES).

Capítulo 7:

Daniele Assad Suzuki

Oncologista clínica do Hospital Sírio-Libanês (DF). Mestre e doutora pela Universidade de Brasília. Diretora da SBOC e do Grupo EVA. Membro do Comitê de Pesquisa em Diversidade do GBECAM.

Debora Dornellas

Oncologista no Einstein Hospital Israelita. Mestre em Oncologia pelo A.C.Camargo Cancer Center. Representante Regional da SBOC no Sudeste (2026).

Gilmara Resende

Oncologista clínica do Hospital Samel e Hospital Santa Júlia. Investigadora do Centro Integrado de Pesquisa da Amazônia (CINPAM). Membro SBOC, EVA e ESMO.

Maria Eduarda Meyer

Oncologista clínica do Centro Especializado de Oncologia de Florianópolis. Pós-graduada em Pre-disposição Hereditária ao Câncer pelo Hospital Israelita Albert Einstein.

Virginia Moreira

Oncologista clínica com área de atuação exclusiva em câncer de mama e residência pela Beneficência Portuguesa de São Paulo. Diretora médica do Centro de Pesquisa da Pronutrir Oncologia, em Fortaleza (CE). Pós-graduada em Pesquisa Clínica pelo Hospital Albert Einstein (São Paulo).



SBOC

SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA
CLÍNICA



EBO

ESCOLA
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA

A SBOC reserva todos os direitos autorais deste documento, que é disponibilizado gratuitamente ao público da entidade e demais interessados. Sua reprodução com fins comerciais é expressamente proibida, sujeitando-se o infrator às penalidades cíveis e criminais cabíveis.

Outras reproduções devem ser solicitadas diretamente à [SBOC](#).
