

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

LITERACIA EM SAÚDE:
O PROCESSO DE REABILITAÇÃO NO CANCRO DA MAMA

HEALTH LITERACY:
THE REHABILITATION PROCESS IN BREAST CANCER

ALFABETIZACIÓN EN SALUD:
EL PROCESO DE REHABILITACIÓN EN EL CÁNCER DE MAMA

Sara Vaz – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano EPE, Elvas, Portalegre, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7014-8356>

Felismina Mendes – Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora. Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Évora, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9518-2289>

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Sara Vaz – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano EPE, Elvas, Portugal. sarabaraovaz@hotmail.com

Recebido/Received: 2022-09-06 Aceite/Accepted: 2022-10-04 Publicado/Published: 2022-10-17

DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(2\).567.274-307](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(2).567.274-307)

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2022 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2022 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 8 N.º 2 AGOSTO 2022

RESUMO

A literacia em saúde pode ser definida como a forma que as pessoas compreendem a informação sobre a saúde, sobre os cuidados de saúde e como estas aplicam a informação à sua vida, como a usam para tomar decisões e como agem tendo por base esta compreensão. Este conceito toma maior relevância quando nos referimos a grupos vulneráveis da população, como é o caso dos doentes crónicos, dentro desta população foram considerados as pessoas com cancro de mama. Em Portugal, o tumor da mama é o mais frequente nas mulheres e, globalmente, é o responsável pela maior perda de esperança de vida saudável em comparação com os outros tipos de cancro. Relativamente aos níveis de literacia em saúde desta população pensa-se que estes serão abaixo do suficiente. Com o objetivo de dar resposta a esta realidade, e a partir da reflexão elaborada, foi construído um plano de promoção da literacia em saúde, onde são referidas medidas e ações, na área específica da reabilitação do cancro da mama. Pretende-se divulgar uma proposta de plano de ação e a partir do mesmo gerar boas práticas em saúde e uma prestação de cuidados estruturada e planeada.

Palavras-chave: Cancro de mama; Literacia em Saúde; Reabilitação.

ABSTRACT

Health literacy can be defined as the way people understand information about health and health care and how they apply this information to their lives, how they use it to make decisions and how they act based on this understanding. This concept becomes more relevant when we refer to vulnerable groups of the population, as is the case of the chronically ill, within this population were considered people with breast cancer. In Portugal, breast cancer is the most common tumor in women and, globally, is responsible for the greatest loss of healthy life expectancy compared to other types of cancer. Regarding the levels of health literacy in this population, it is thought that these are below sufficient. To respond to this reality, and from the reflection elaborated, it was built a plan to promote health literacy was developed, where measures and actions in the specific area of breast cancer rehabilitation are mentioned. The aim is to disseminate a proposed action plan and from it generate good health practices and a structured and planned care.

Keywords: Breast Neoplasms; Health Literacy; Rehabilitation.

RESUMEN

La alfabetización en salud se puede definir como la forma en que las personas entienden la información sobre la salud, sobre la atención médica y cómo aplican la información a sus vidas, cómo la usan para tomar decisiones y cómo actúan sobre la base de esta comprensión. Este concepto cobra mayor relevancia cuando nos referimos a grupos vulnerables de la población, como los enfermos crónicos, dentro de esta población se consideraron las personas con cáncer de mama. En Portugal, el cáncer de mama es el más frecuente en mujeres y, a nivel mundial, es responsable de la mayor pérdida de esperanza de vida saludable en comparación con otros tipos de cáncer. En cuanto a los niveles de alfabetización en salud de esta población, se piensa que estarán por debajo de lo suficiente. Para dar respuesta a esta realidad, y a partir de la reflexión elaborada, se construyó un plan de fomento de la alfabetización en salud, que incluye medidas y actuaciones en el ámbito específico de la rehabilitación del cáncer de mama. Se pretende difundir una propuesta de plan de acción y a partir de ella generar buenas prácticas de salud y una atención estructurada y planificada.

Descriptores: Alfabetización en Salud; Cáncer de Mama; Rehabilitación.

INTRODUÇÃO

Existe um crescente aumento do interesse, por parte da investigação em saúde pública, sobre o conceito de literacia em saúde, bem como na forma que esta pode influenciar os processos de reforma dos serviços de saúde. Atualmente, considera-se a literacia em saúde como um dos fatores essenciais e determinantes da saúde individual e dos utilizadores dos serviços de saúde⁽¹⁾.

A literacia em saúde pode ser definida como a forma que as pessoas compreendem a informação sobre a saúde, sobre os cuidados de saúde e como estas aplicam a informação à sua vida, como a usam para tomar decisões e como agem tendo por base esta compreensão. A literacia em saúde, toma especial relevância porque molda a saúde das pessoas, a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde⁽²⁾.

Existem duas componentes distintas dentro deste conceito, a literacia em saúde individual e a literacia em saúde ambiental. A primeira é composta pelas competências, conhecimentos e capacidade da pessoa para aceder, compreender e aplicar a informação, para realizar decisões efetivas sobre a saúde, os cuidados de saúde e tomar as devidas ações⁽²⁾. É

importante que a pessoa reúna um conjunto de conhecimentos teóricos, mas que também seja capaz de os colocar em prática.

Por outro lado, a literacia em saúde ambiental está relacionada com as infraestruturas, políticas, processos, materiais, pessoas e relações que constituem os sistemas de saúde e possuem impacto no acesso, compreensão e aplicação da informação e serviços relacionado com a saúde. Estas duas componentes influenciam a forma como as pessoas realizam determinadas tarefas, como: ler, compreender e agir sobre as mensagens promotoras da saúde, sobre planos de cuidados, sobre instruções de medicação e outras informações de saúde, tomar decisões informadas sobre a saúde e cuidados de saúde e saber percorrer os sistemas e serviços de saúde, entre outros⁽²⁾.

Atualmente, não existem muitos estudos em Portugal sobre a questão dos custos-benefícios associados à literacia em saúde. Contudo, sabe-se que, sendo as situações de evolução prolongada como o cancro, a diabetes e as doenças cardiovasculares – as mais prevalentes e mais dispendiosas para o sistema de saúde, a literacia em saúde pode assumir aqui um papel central na prevenção destas e na adesão a planos de tratamento, uma vez diagnosticadas⁽³⁾.

As pessoas que vivem com este tipo de doença crónica estão comumente na posição de precisarem de monitorizar a sua condição e/ou ajustar a sua terapia, pelo que a literacia em saúde toma aqui um papel de especial relevância. Os indivíduos com níveis mais baixos de literacia em saúde possuem menos competências para compreender a sua doença, os seus sintomas e como a devem monitorizar⁽⁴⁾.

Assim, as pessoas que vivem com uma doença crónica são muitas vezes designadas como vulneráveis⁽⁵⁾. Esta designação acontece porque quando a pessoa é confrontada com a doença crónica, relembra a sua mortalidade e torna-se mais dependente de outros, não só do seu núcleo próximo, mas também da ajuda de profissionais o que aumenta os seus níveis de vulnerabilidade⁽⁶⁾. Pode considerar-se que os doentes crónicos possuem vulnerabilidade física, experienciam *distress* emocional e a sua situação causa incerteza cognitiva⁽⁷⁾.

A pesquisa sobre o fenómeno de vulnerabilidade nos cuidados de saúde possui diversas dimensões, uma delas refere que a vulnerabilidade é um fenómeno existencial que está compreendido como uma condição básica da vida, outra considera-o um fenómeno contextual que depende da situação e do contexto cultural. Por fim pode, ainda, ser descrito como um fenómeno relacional onde a relação com os outros pode aumentar ou diminuir o sentimento de vulnerabilidade⁽⁵⁾.

Numa perspetiva fenomenológica a vulnerabilidade está relacionada em particular com o nosso estado corporal e tornamo-nos mais vulneráveis quando expostos ao perigo⁽⁵⁾.

A vulnerabilidade é um conceito multidimensional associado a uma diversidade conceptual relacionada com a fragilidade material e moral dos indivíduos ou grupos mais marginalizados da sociedade. Essa diversidade envolve condições internas (que determinam um estado indefeso de um indivíduo contra um choque adverso) e condições externas (com as quais um indivíduo não consegue lidar), quando estas duas componentes se encontram surge uma dificuldade crescente em lidar com as adversidades e ter acesso aos direitos universais, seja por falta de recursos ou discriminação devido à idade, sexo ou localização geográfica⁽⁶⁾.

Não existe uma “única e sólida vulnerabilidade”, ou seja, este conceito não pode ser entendido de forma categórica, existem várias camadas que o podem condicionar, como dificuldades relacionadas com o consentimento informado, violações dos direitos humanos, circunstâncias sociais e com as características das pessoas envolvidas⁽⁹⁾.

No caso da vulnerabilidade dos doentes crónicos é importante compreender como se definem este tipo de condições. Neste sentido, as doenças crónicas podem ser definidas como doenças de duração prolongada e progressão lenta⁽¹⁰⁾.

As condições crónicas são problemas de saúde que requerem gestão contínua por um período de anos ou décadas. Tendo em conta esta perspetiva, as “condições crónicas” englobam uma categoria muito ampla e díspar de condições de saúde. No entanto, doenças transmissíveis persistentes (por exemplo, HIV/Sida) e não transmissíveis (por exemplo, doenças cardiovasculares, cancro e diabetes), patologias do foro psiquiátrico (por exemplo, depressão e esquizofrenia) e alterações contínuas na estrutura (por exemplo, amputações, cegueira e distúrbios articulares), embora aparentemente diferentes, todos se podem encaixar na categoria de doença crónica⁽¹⁰⁾.

A transformação do cancro de uma rápida e fatal doença para uma condição que pode ser gerida ao longo do tempo, transformou a definição de cancro como uma doença crónica⁽¹¹⁾.

Em 2020, 2,3 milhões de mulheres foram diagnosticadas com cancro da mama e morreram, com esta condição, 685 000 globalmente. No final de 2020, existiam 7.8 milhões de mulheres vivas às quais tinha sido diagnosticado cancro da mama nos últimos 5 anos, fazendo com que este seja o cancro mais prevalente⁽¹²⁾.

Em Portugal, o tumor da mama é o mais frequente nas mulheres – 7373 novos casos por ano e a taxa de incidência aumenta consideravelmente com a idade até aos 70, ocorrendo cerca de 60% dos casos entre os 45 e os 69 anos⁽¹³⁾.

O tratamento desta condição passa por cirurgia, radioterapia, remoção de nódulos linfáticos e terapias sistémicas (quimioterapia, hormonoterapia e em alguns casos terapia biológica). Globalmente, o cancro da mama é o responsável pela maior perda de esperança de vida saudável em comparação com os outros tipos de cancro⁽¹²⁾.

Após completar o tratamento a maioria dos doentes possui um elevado número de efeitos secundário como a fadiga, ganho de peso, perda de capacidade funcional⁽¹⁴⁾, linfedema⁽¹⁵⁾ ou dor, todas estas sequelas possuem um grande impacto na qualidade de vida⁽¹⁶⁾.

A morbilidade do membro superior, após os tratamentos ao cancro da mama afeta 70% dos doentes, a fisioterapia pode reduzir a incidência de dor prolongada e a atividade física pode reduzir, a longo termo, as incapacidades funcionais⁽¹⁷⁾. Uma reabilitação apropriada e em tempo útil é vital para a recuperação dos doentes com cirurgia ao cancro da mama⁽¹⁸⁾.

Assim, verificando que esta condição beneficia de uma gestão informada e correta por parte dos próprios indivíduos é importante perceber quais os níveis de literacia em saúde desta população. Num estudo realizado na população portuguesa verificou-se que 61,4% da população inquirida apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado. Relativamente ao sexo verificou-se que 16,4% das mulheres apresentam um nível de literacia inadequado e 4,9% problemático. Quando a análise é realizada tendo em conta a faixa etária verifica-se que dos 46-55 anos o nível de literacia em saúde é inadequado em 18,8% da população e problemático em 52,1%, dos 56-65 anos considerou-se inadequado em 26,2% e problemático em 41,5% e entre os 66-75 anos, 25% é inadequado e 41,5% problemático⁽³⁾.

Cruzando as características mais frequentes dos doentes com cancro da mama (sexo e idade) com os dados sobre a literacia em saúde na população portuguesa, espera-se que, globalmente, esta população tenha um nível de literacia em saúde inferior ao suficiente. Este é um problema a ter em conta, uma vez que esta população, sendo considerada como doente crónico, necessita de ter as competências necessárias para gerir a sua condição e as sequelas originadas pela mesma. Também é do interesse para a população portuguesa que exista uma intervenção neste contexto, uma vez que um dos objetivos do plano Nacional de Saúde é aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%, para tal sugerem que exista um enfoque no grupo etário dos 50-60 anos, nomeadamente para a carga de doença relacionada com a incapacidade⁽¹⁹⁾.

Com o objetivo de dar resposta a esta realidade, e a partir da reflexão elaborada, foi construído um plano de promoção da literacia em saúde, onde são referidas medidas e ações, na área específica da reabilitação do cancro da mama. Este artigo pretende apresentar um contributo para essa reflexão e também para a implementação da literacia em saúde em

doentes vulneráveis sobre o processo de reabilitação, nos doentes com cancro da mama e simultaneamente divulgar este plano de intervenção e a partir dele gerar boas práticas em saúde e uma prestação de cuidados de reabilitação estruturada e planeada.

EIXOS ESTRATÉGICOS

Os eixos estratégicos pretendem orientar a intervenção tendo esta sempre por objetivo final a melhoria da qualidade de vida, função e bem-estar das pessoas com cancro de mama. Para a definição dos mesmos foi tido como base o modelo conceptual da CIF, esta é um sistema de taxonomia e classificação que leva os profissionais a identificar fatores ambientais (facilitadores e barreiras) que influenciarão a capacidade do paciente de realizar a sessão de terapia, servirão de suporte às intervenções e permitirá ao utente utilizar os conhecimentos fora das sessões formais de terapia⁽²⁰⁾. No contexto do cancro da mama, a morbilidade associada à doença e aos seus tratamentos pode deixar sequelas a nível fisiológico, psicológico ou comportamental, que, potencialmente, causam limitação na capacidade de realizar determinadas tarefas e na participação social (Figura 1^a)⁽²¹⁾.

Assim, foram definidos três eixos estratégicos: saúde (relacionada com as funções e estruturas do corpo), contexto social e laboral (relacionado com a participação) e formação e investigação (relacionado com os fatores ambientais) (Figura 2^a).

- A. Saúde – Promoção de intervenções que visem facilitar a integração das pessoas com cancro de mama nos serviços de saúde, diminuir as suas sequelas físicas e que promovam o aumento da literacia em saúde sobre a sua condição e auto gestão, potencializando a sua funcionalidade.
- B. Contexto Social e Laboral – Apoio a iniciativas que visem o aumento da participação social destas pessoas e que promovam ambientes laborais seguros e adaptados às suas necessidades.
- C. Formação, Investigação e Monitorização – Incentivo ao reforço dos currículos de formação pré e pós-graduada, sobre o tema da literacia para a saúde e o potencial que apresenta na prática clínica. Incentivo ao desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária, projetos de investigação científica e monitorização de resultados dentro da área da reabilitação das pessoas com cancro da mama.

Eixo estratégico – Saúde

Dentro do eixo estratégico da saúde existem duas linhas orientadoras, a primeira, Gestão dos Cuidados de Saúde, pretende explorar a forma como estas pessoas com cancro de mama se devem orientar dentro dos cuidados de saúde e toda a gestão do seu processo clínico. A segunda linha, Reabilitação, refere-se à recuperação física destas pessoas (Tabela 1^a, Tabela 2^a).

Eixo estratégico – Contexto Social e Laboral

O presente eixo estratégico pretende promover o aumento da participação social e profissional deste grupo de indivíduos, este apenas possui uma linha orientadora que tem como objetivo valorizar as competências e colmatar alguma limitação funcional que se mantenha. As medidas e ações sugeridas destinam-se aos próprios indivíduos, mas também à sua rede de suporte, nomeadamente família e círculo social (Tabela 3^a).

Eixo estratégico – Formação, Investigação e Monitorização

O terceiro e último eixo, embora não possua uma consequência imediata para as pessoas com cancro de mama é fulcral para a manutenção da qualidade dos serviços prestados a qualquer população. É necessário salvaguardar a necessidade da existência de uma monitorização e avaliação das intervenções em saúde, para que as mesmas mantenham o seu carácter dinâmico e evolutivo. Para além disso, é obrigação dos serviços de saúde prestarem cuidados baseados na melhor evidência científica disponível (Tabela 4^a).

AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO

A implementação, com sucesso, deste tipo de plano carece do envolvimento e trabalho concertado de várias entidades. Neste sentido, deverão ser envolvidas no mesmo todas aquelas que se revelarem importantes para o sucesso da intervenção.

Para que seja assegurada a boa implementação do presente plano, é imperativo que o mesmo seja sujeito a avaliação periódica, sugere-se que a mesma seja feita trimestralmente, através dos responsáveis do projeto, e que englobe indicadores de resultados relacionados com os profissionais de saúde e com a população para a qual é direcionada a intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literacia em saúde, têm sido um conceito muito explorado, este permite aquisição de competências pela população sobre todas as dimensões da sua saúde. Este tema toma especial relevância quando associado as populações consideradas vulneráveis, no presente caso as pessoas com doença crónica.

A reflexão elaborada e que deu lugar a este plano de intervenção facilita a aquisição de competências para potencializar a funcionalidade dos doentes com cancro de mama, criar estratégias para que os mesmos consigam lidar com a sua situação e serem autónomos na sua gestão.

O referido plano promove ainda a literacia em saúde sobre a importância da reabilitação do cancro da mama em populações vulneráveis e ainda sobre a importância de ações e intervenções estruturadas em saúde, junto de profissionais de saúde e da população em geral. Face a um plano integrado de intervenção todos os protagonistas, individuais e coletivos, são envolvidos para que os objetivos de literacia e recuperação sejam alcançados e as pessoas com cancro de mama retomem a sua vida com o maior grau de autonomia possível. Cada vez mais, na área da saúde, este é o tipo de intervenção mais necessário e eficaz.

No caso das pessoas com cancro da mama consideraram-se três dimensões de intervenção prioritária, saúde, contexto social e laboral e formação, investigação e monitorização, que devem ser intervencionadas tendo por base a literacia em saúde, uma vez que se espera que as mesmas proporcionem a esta população uma total integração na sociedade, evitando custos e sobrecargas para os serviços de saúde.

Considera-se uma limitação a este plano de intervenção o fato de não ter sido discutido num contexto prático (com utentes e profissionais) e multidisciplinar, pois o contributo de cada disciplina e das próprias pessoas com cancro de mama, torná-lo-ia mais completo. Fica lançado o desafio para a sua implementação e para a sua avaliação prática, para que se possa compreender se de facto se se traduz numa boa prática e em mais-valias em saúde.

Contributos das autoras

SV: Desenho do estudo, recolha, armazenamento e análise de dados, revisão e discussão dos resultados.

FM: Desenho do estudo, revisão e discussão dos resultados.

Todas as autoras leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Proteção de Pessoas e Animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia de 2013 da Associação Médica Mundial.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Protection of Human and Animal Subjects: The authors declare that the procedures were followed according to the regulations established by the Clinical Research and Ethics Committee and to the 2013 Helsinki Declaration of the World Medical Association.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. Garcia-Codina O, Juvinyà-Canal D, Amil-Bujan P, Bertran-Noguer C, González-Mestre MA, Masachs-Fatjo E, Santaegúenia SJ, Magrinyà-Rull P, Saltó-Cerezuela E. Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. BMC public health. 2019 Dec;19(1):1-2. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-019-7381-1>
2. Cox D, Cuddihy M, Hill S, Horvat L, Johnson A, Luxford K, et al. Health Literacy: Taking action to improve safety and quality. 2014.
3. Pedro AR. Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente. 2018. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/58232>
4. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. American journal of health behavior. 2007 Aug 1;31(1):S19-26. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/png/ajhb/2007/00000031/A00100s1/art00004>

5. Gjengedal E, Ekra EM, Hol H, Kjelsvik M, Lykkeslet E, Michaelsen R, Orøy A, Skrondal T, Sundal H, Vatne S, Wogn-Henriksen K. Vulnerability in health care-reflections on encounters in everyday practice. *Nursing Philosophy*. 2013 Apr;14(2):127-38. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1466-769X.2012.00558.x>
6. Synnes O, Orøy AJ, Råheim M, Bachmann L, Ekra EM, Gjengedal E, Høie M, Jørgensen E, Michaelsen RK, Sundal H, Vatne S. Finding ways to carry on: stories of vulnerability in chronic illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 2020 Jan 1;15(1):1819635. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17482631.2020.1819635>
7. Boldt J. The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2019 Dec;14(1):1-8. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13010-019-0075-6>
8. Marques TS, Ferreira M, Saraiva M, Forte T, Santinha G. Mapping health vulnerabilities: exploring territorial profiles to support health policies. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021 Jun 14; 26:2459-70.
9. Luna F. Identifying and evaluating layers of vulnerability – a way forward. *Dev World Bioeth*. 2019 Jun 1;19(2):86-95. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZP95q8Jhn9NPPVTgk8b4WTQ/abstract/?lang=en>
10. Pruitt S. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. World Health Organization; 2002 Jun 2. Disponível em: https://books.google.pt/books?hl=en&lr=&id=waYsDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=Epping-Jordan+JoAnne.+Innovative+care+for+chronic+conditions%E2%80%AF:+building+blocks+for+action:+global+report.+Noncommunicable+Diseases+and+Mental+Health,+World+Health+Organization%3B+2002.+98+p.+&ots=ua7FOWiFiR&sig=QXGauJ-WJF3MAMdPBnjRXs47fbg&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
11. Schmidt H. Chronic Disease Prevention and Health Promotion. In: *Public Health Ethics Analysis*. Springer, Cham; 2016. 137-76. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28590691/>
12. Sasada S, Kimura Y, Masumoto N, Emi A, Kadoya T, Arihiro K, Okada M. Breast cancer detection by dedicated breast positron emission tomography according to the World Health Organization classification of breast tumors. *European Journal of Surgical Oncology*. 2021 Jul 1;47(7):1588-92. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28590691/>

13. Registo Oncológico Nacional. Registo Oncológico Nacional de Todos os Tumores na População Residente em Portugal. 2018. Disponível em: <https://ron.min-saude.pt/pt/biblioteca/publicacoes-ron/ron-2018/>
14. Wilmoth MC, Coleman EA, Smith SC, Davis C. Fatigue, weight gain, and altered sexuality in patients with breast cancer: exploration of a symptom cluster. In *Oncology nursing forum* 2004 Nov 16 (Vol. 31, No. 6, pp. 1069-1080). 125 ENTERPRISE DR, PITTSBURGH, PA 15275 USA: ONCOLOGY NURSING SOCIETY. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15547630/>
15. Shah C, Vicini FA. Breast cancer-related arm lymphedema: incidence rates, diagnostic techniques, optimal management and risk reduction strategies. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*. 2011 Nov 15;81(4):907-14. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0360301611027842>
16. Leclerc AF, Foidart-Dessalle M, Tomasella M, Coucke P, Devos M, Bruyère O, Bury T, Deflandre D, Jerusalem G, Lifrange E, Kaux JF. Multidisciplinary rehabilitation program after breast cancer: benefits on physical function, anthropometry, and quality of life. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017 Oct 1;53(5):633-42. Disponível em: <https://www.minervamedica.it/en/journals/europa-medicophysica/issue.php?cod=R33Y2017N05>
17. Klein I, Kalichman L, Chen N, Susmallian S. A comprehensive approach to risk factors for upper arm morbidities following breast cancer treatment: a prospective study. *BMC cancer*. 2021 Dec;21(1):1-10. doi: <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08891-5>
18. McNeely ML, Binkley JM, Pusic AL, Campbell KL, Gabram S, Soballe PW. A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: Postoperative and postreconstructive issues. Vol. 118, *Cancer*. 2012. p. 2226-36. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.27468>
19. Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
20. Direcção-Geral da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 2004. Disponível em: <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>
21. Campbell KL, Pusic AL, Zucker DS, McNeely ML, Binkley JM, Cheville AL, Harwood KJ. A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: function. *Cancer*. 2012 Apr 15;118(S8):2300-11. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.27464>

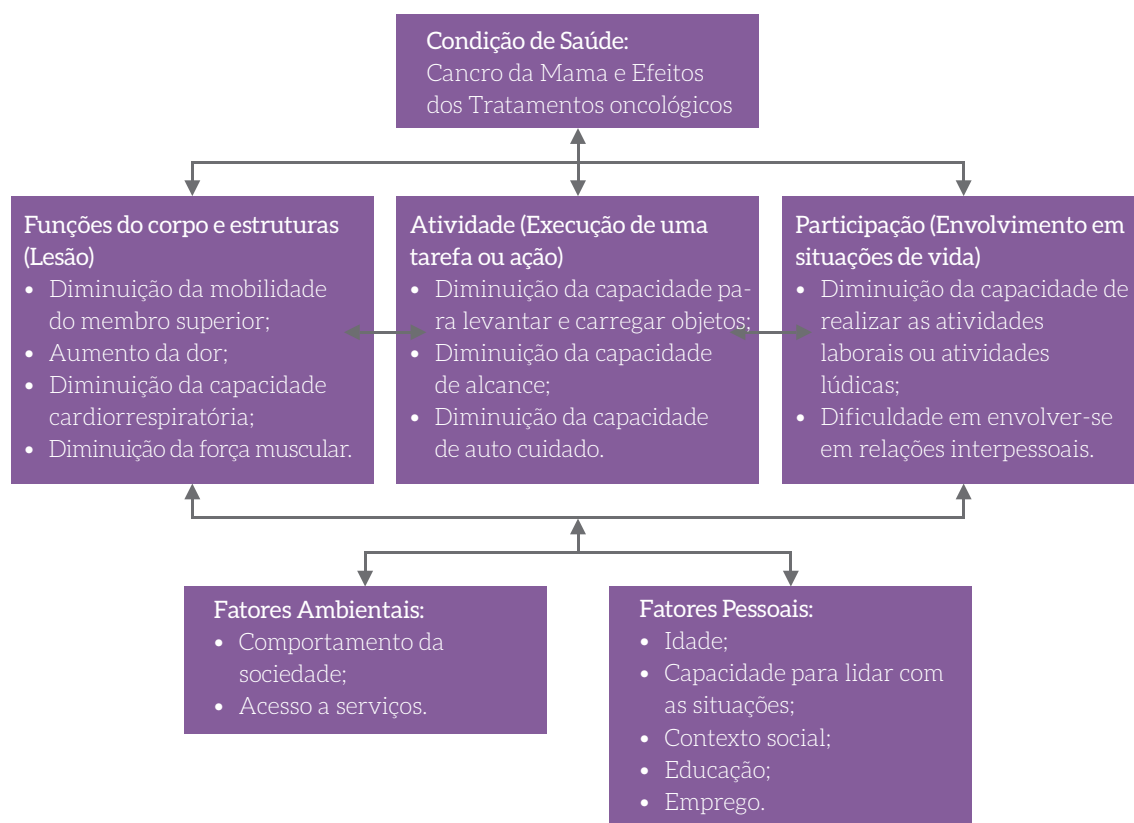


Figura 1 – Um modelo prospectivo de cuidados para a reabilitação do cancro da mama: Funcionalidade (Adaptado)⁽²¹⁾.^κ

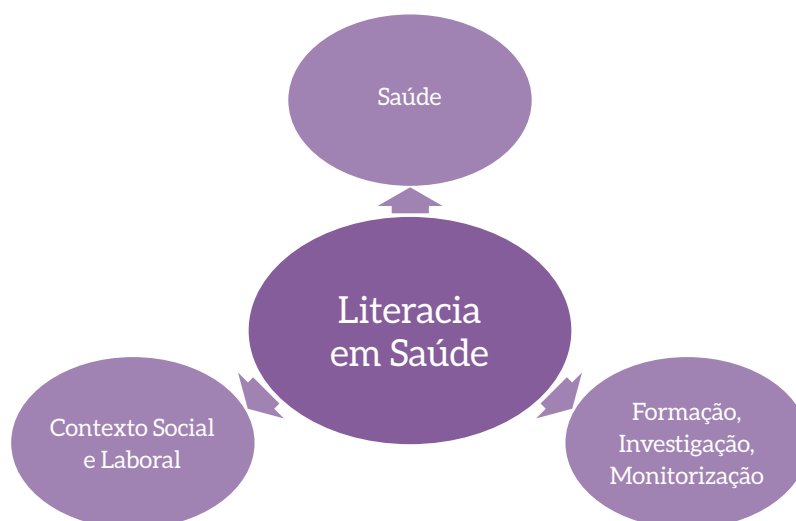


Figura 2 – Eixos estratégicos.^κ

Tabela 1 – Gestão dos cuidados de Saúde.^κ

N.º	Medida	Ações
1	Garantir a integração entre os diferentes níveis de cuidados e prestação de serviços com o objetivo de iniciar as intervenções atempadamente.	Criar orientações para que à data da alta hospitalar a pessoa com cancro de mama tenha referência para consulta de Medicina Física e Reabilitação; Construir um sistema de diferenciação positiva baseada na sua vulnerabilidade para estas pessoas de modo que iniciem tratamentos em tempo útil.
2	Promover a inclusão de indicadores de efetividade clínica nos programas de contratualização dos cuidados.	Criar um plano de indicadores que englobem a funcionalidade e a qualidade de vida.
3	Incentivar à formação específica dos profissionais de saúde na área.	Elaborar um plano de formação para profissionais que tenha enfoque não só nas competências técnicas, mas também na literacia em saúde desta população.

Tabela 2 – Reabilitação.^κ

N.º	Medida	Ações
4	Promover a reabilitação física dos sinais e sintomas consequentes dos tratamentos para o cancro da mama.	Elaborar um protocolo de intervenção assente na prática baseada na evidência; Equipar os serviços de Medicina Física e Reabilitação com os recursos humanos e materiais necessários à intervenção em pessoas com cancro de mama com cancro da mama.
5	Fomentar a literacia em saúde destes utentes com vista a que estes consigam reconhecer os sinais de alerta e compreendam como manter o programa de reabilitação de uma forma autónoma.	Inserir momentos de reflexão/educação sobre a condição do utente e a sua reabilitação em todos os contactos com o mesmo.
6	Aumentar a funcionalidade da pessoa com cancro de mama.	Estimular a realização de atividade de vida diária durante as sessões de tratamento; Adaptar as estratégias utilizadas em contexto clínico para a vida diária da pessoa com cancro de mama.

Tabela 3 – Contexto social e laboral.^κ

N.º	Medida	Ações
1	Prevenir exclusão social e laboral das pessoas com cancro de mama.	Programas de interação social e partilha de experiências.
2	Incentivar à prática de exercício físico regular e adaptado.	Campanhas específicas sobre exercício físico pós cancro da mama.
3	Facilitar a re-intergração laboral.	Definir um plano de formação para empresas, com enfoque nas adaptações necessárias para integração das pessoas pós cancro da mama.
4	Diminuir o risco de comprometimento da funcionalidade por alteração do estado clínico.	Sensibilizar profissionais de saúde, familiares e cuidadores para necessidades de reencaminhamento.

Tabela 4 – Formação, investigação e monitorização.^κ

N.º	Medida	Ações
1	Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.	Acompanhamento e monitorização dos ganhos em saúde; Elaborar relatórios regulares sobre os dados recolhidos.
2	Contribuir para a melhoria da avaliação dos cuidados prestados.	Desenvolver instrumentos que avaliem o impacto da literacia em saúde na auto gestão das pessoas pós cancro da mama; Promover o uso de instrumentos de específicos para a área.
3	Incentivar a educação sobre o tema da oncologia e a sua reabilitação.	Promover ações de sensibilização para aumento da literacia em saúde da população em geral sobre doenças oncológicas, consequências e reabilitação.
4	Contribuir para o aumento do conhecimento sobre a reabilitação na área do cancro da mama com o objetivo de promover a prática baseada na evidência.	Desenvolvimento de projetos de investigação científica e de carácter multidisciplinar sobre o tema; Definir prioridades de investigação dentro da temática.
5	Promover a análise e integração dos resultados de ganhos em saúde na prática clínica.	Estabelecimento de normas de orientação clínica sobre a reabilitação na área do cancro da mama.