



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**TÍTULO | Relaxação e Toque terapêutico em mulheres com
Cancro da mama: Impacto de uma intervenção
psicomotora na Ansiedade, Dor e Qualidade de Vida**

Nome da Mestranda | Joana Margarida Prudêncio Oliveira

Orientação | Professora Doutora Maria da Graça Duarte Silva Santos

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

Évora, 2019

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

TÍTULO | Relaxação e Toque terapêutico em mulheres com Cancro da mama: Impacto de uma intervenção psicomotora na Ansiedade, Dor e Qualidade de Vida

Nome da Mestranda | Joana Margarida Prudêncio Oliveira

Orientação | Professora Doutora Maria da Graça Duarte Silva Santos

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

Évora, 2019

Constituição do Júri

Presidente do Júri:
Professora Doutora Gabriela Sousa Neves de Almeida

Arguente:
Professora Doutora Guida Filipa Veiga Moutinho

Agradecimentos

“(…) apesar das limitações da ciência, devemos usar todas as nossas habilidades, não apenas para prolongar a vida, mas para fazer dessa breve experiência, uma experiência inesquecível.” (Cury, 2010)

Não é por acaso que estas citações do livro de Augusto Cury, *A Saga de um Pensador*, brotam da minha memória para se afirmarem na parte inicial deste trabalho porque, em toda a sua totalidade, das mais diversas formas, teve na sua génese a influência dos que contribuíram direta ou indiretamente. Assim, deixo um agradecimento aos que, de forma decisiva, proporcionaram a sua construção.

Não podia começar sem ser pela Sra. D. Lúcia, rececionista do serviço de oncologia que, além de um exemplo excepcional de profissionalismo e humanidade, ainda teve a amabilidade de nos abrir a porta do Hospital para que pudéssemos levar a cabo este estudo.

Ao Dr. Rui Dinis, Diretor Clínico do Serviço de Oncologia, pela receptividade, paciência, disponibilidade e interesse para que este estudo fosse possível.

Ao Dr. Caravana, Cirurgião, por nos ter recebido, explicado e elucidado sobre o mundo da oncologia.

Ao Dr. Pedro Chinita, Diretor Clínico do serviço de Radioterapia, por em período tão crítico, nos ter disponibilizado o espaço do seu serviço que proporcionou todas as condições e conforto essenciais ao estudo.

Ao Dr. Paulo Simões, Psicólogo do Serviço de Oncologia, pelo voto de confiança, dedicação, disponibilidade e exemplo de profissionalismo que se tornou essencial na execução deste trabalho.

A toda a equipa de Enfermeiros do Serviço de Oncologia - impossível de elencar todos os nomes pela sua extensão - agradeço a sua dedicação, o exemplo, a amabilidade, o

respeito e o investimento e muita compreensão por nos terem acolhido nos seus serviços, tantas vezes lotados de trabalho.

A toda a equipa da *Lanicare*, parte essencial deste trabalho, pela muita paciência, respeito e apoio.

À Professora Graça, pelas palavras certas, pela orientação, pelo constante estímulo do respeito humano, pelas conversas e partilhas que foram essenciais a este estudo.

À Professora Elsa Lamy pela ajuda crucial no tratamento das amostras de saliva, pelos conselhos de carácter científico e metodológico.

À Professora Catarina, pela ajuda fundamental no tratamento estatístico, pelos conselhos e correções.

“(..). mas mostrar-lhes que a flor mais exuberante brota no inverno emocional mais rigoroso. Os que atravessam os seus desertos psíquicos e os superaram tornaram-se mais belos, lúcidos e ricos do que eram.” (Cury, 2010)

A todas as flores, às que participaram e não participaram neste estudo, pela coragem e exemplo inigualável de força de vida. Pela confiança, pelas partilhas, pela sinceridade e, sobretudo, por me terem ensinado a olhar de forma tão mais profunda o ser humano.

À minha Companheira de tantas aventuras, a minha Martinha, por ser quem é, por ser o exemplo que é, pelas infindáveis conversas, pelo respeito que temos, por sermos o verdadeiro significado de colaboração, confiança e, sobretudo, pela amizade. O que se seguirá?

À minha Dinha, querida Tia Jessa, por tudo. Por tudo o que sou, por tudo o que fui e por tudo o que serei. Por ser o porto, por ser o barco, por ser o vento e o mar do meu mundo. Porque sem ela, a viagem não seria a mesma.

Aos meus pais, mãe Guida e pai Leão, pelo amor, pelo incentivo à educação e compreensão do mundo que me rodeia. Pela diversidade de experiências que me proporcionaram, por todos os valores que me inculcaram.

Aos meus queridos e essenciais Avós, por serem o reflexo mais puro de amor. Por todos os abraços, conversas, histórias, por me serem tão essenciais.

Aos meus irmãos, por sermos um trio maravilha, tão diferentes e tão parecidos. Por sobretudo terem tanta paciência e por me esgotarem tanto a minha. Por serem os meus manos e sobretudo por sermos tão fortes os três juntos.

Às minhas queridas Gracinha e Ana Blazer por todo o carinho que me dedicam, por serem tão bonitos exemplos que respeito, admiro e tanto adoro.

Ao Zezinho, por ser um chato que adoro, por me ter confiado o seu mundo, pelo carinho e sobretudo por tanta paciência.

Ao Tiago, por tornar tão difícil agradecer-lhe. Por toda a amizade construída, por toda a dedicação e por ter sido um dos principais responsáveis do meu percurso nesta Universidade.

À minha querida Silvaninha e Beatriz pelas infindáveis conversas, partilhas e por tantos desabafos sobre esta fase. Por muitas vezes me ajudarem a pensar melhor e a construir a minha opinião.

Aos meus pequenos, Sara, Nádia, Miguel, “Celeste” por serem os meus pequeninos. Por suportarem os meus discursos e, sobretudo, por tantas vezes me encherem a alma de orgulho.

Aos meus companheiros, Barril, Canha e Coradinho, por toda a amizade, respeito, conversas a fio, por terem sido o melhor que o Conselho me deu.

À Universidade de Évora e Tradição Académica, por terem sido o lar deste capítulo da minha vida.

Resumo

O cancro da mama é composto por momentos de ansiedade, dor e por uma multiplicidade de inquietações que sobrecarregam o quotidiano destas mulheres, afetando a sua qualidade de vida. A revisão realizada sobre a investigação relativamente ao impacto da relaxação nestes sintomas e com esta população ainda suscita dúvidas face aos seus efeitos amenizadores. Este estudo tem como **Objetivo**: Compreender o contributo da relaxação com toque terapêutico na qualidade de vida de mulheres com cancro da mama avaliando o impacto ao nível de alguns efeitos secundários da doença e dos tratamentos, nomeadamente, a dor, a ansiedade e os níveis de cortisol. **Metodologia**: Participaram 23 mulheres com cancro da mama (10 no grupo controlo e 13 no grupo experimental). O grupo experimental vivenciou uma intervenção bissemanal ao longo de 8 semanas. As variáveis qualidade de vida, dor, ansiedade e níveis de cortisol salivar foram avaliadas em ambos os grupos nos momentos pré- e pós-intervenção. **Resultados**: Verificaram-se resultados significativos ao nível da diminuição do sintoma Fadiga (p-valor de 0,039), na perspetiva de Saúde e Qualidade de Vida (p-valor de 0,020) e ainda na diminuição dos níveis de cortisol (p-valor de 0,046). **Conclusão**: Ainda que pouco claros, os resultados indicam que a relaxação com recurso ao toque terapêutico pode ser protetora da qualidade de vida, dor e níveis de cortisol. Não se verificou alteração nos níveis de ansiedade.

Palavras-Chave: *Cancro da mama, Psicomotricidade, Relaxação, Qualidade de vida, Ansiedade, Dor*

Relaxation and Therapeutic Touch in Women with Breast Cancer: Impact of a Psychomotor Intervention on Anxiety, Pain and Quality of Life.

Abstract

Breast cancer has moments of anxiety, pain and a multiplicity of worries that overwhelm the daily lives of these women, affecting their quality of life. The review carried out on the research regarding the impact of relaxation on these symptoms and with this population still raises doubts regarding its mitigating effects.

This study aims to: Understand the contribution of relaxation with therapeutic touch to the quality of life of women with breast cancer by assessing the impact of some side effects of the disease and of the treatments, namely, pain, anxiety and cortisol levels.

Methods: Twenty-three women with breast cancer participated (10 in the control group and 13 in the experimental group). The experimental group experienced a biweekly intervention over a period of 8 weeks. The variables quality of life, pain, anxiety and levels of salivary cortisol were evaluated in both groups in the pre and post-intervention moments. Results: Significant results were observed in a decrease in the Fatigue symptom (p-value of 0.039), in the Health perspective and Quality of Life (p-value of 0.020) and a decrease in cortisol levels (p-value of 0.046). **Conclusion:** Although not very clear, the results indicate that relaxation with therapeutic touch can be protective of the quality of life, pain and cortisol levels. There was no change in anxiety levels.

Key-words: *Breast cancer, Psychomotricity, Relaxation, Quality of Life, Anxiety, Pain*

Índice Geral

Agradecimentos.....	iv
Resumo	vii
Abstract	viii
Índice Geral	ix
Índice Figuras	xi
Índice Tabelas	xi
Lista de siglas, abreviaturas e símbolos.....	xii
Introdução.....	1
1. Revisão da Literatura	4
1.1. Cancro da mama	4
1.2. Processos de tratamentos e efeitos secundários	5
1.3. Qualidade de Vida e Cancro da Mama	7
1.4. Ansiedade e Cancro da Mama	10
1.5. Cortisol e Cancro da Mama	12
1.6. Dor oncológica.....	14
1.7. Psicomotricidade	18
1.7.1. Relaxação Terapêutica	21
1.7.2. Relaxação, o toque e Cancro.....	25
2. Metodologia	28
2.1. Tipo e desenho de estudo	28
2.2. Questões da Intervenção.....	29
2.3. Objetivos da Investigação.....	30
2.4. Amostra	30
2.4.1. Procedimento de recolha de amostra.....	30
2.4.2. Caracterização da amostra	31
2.5. Variáveis e instrumentos de avaliação.....	33
2.5.1. Qualidade de Vida – EORTC QLQ-C30	33
2.5.1.1. Escala do EORTC específica ao cancro da mama – EORTC BR23....	33
2.5.2. Ansiedade - HADS	33
2.5.3. Cortisol salivar.....	34
2.5.4. Dor – END.....	34

2.6.	Procedimentos.....	35
2.7.	Intervenção.....	35
2.7.1.	Contexto e características.....	35
2.7.2.	Estrutura da sessão	37
2.8.	Tratamento de dados.....	38
3.	Resultados	39
3.1.	Qualidade de Vida – EORTC QLQ-C30.....	39
3.2.	BR23	41
3.3.	Ansiedade – HADS.....	42
3.4.	Cortisol salivar	43
3.5.	Dor – END	43
4.	Discussão	45
5.	Conclusão.....	49
5.1.	Implicações para a prática	50
5.2.	Limitações	51
5.3.	Recomendações.....	52
6.	Referências bibliográficas	53
7.	Anexos.....	ix
	<i>I Anexo – Declaração de Consentimento informado</i>	<i>x</i>
	<i>II Anexo – Autorização para a utilização do questionário EORTC QLQ-C30 e BR23xi</i>	<i>xi</i>
	<i>III Anexo – Autorização para a utilização do questionário HADS</i>	<i>xii</i>
	<i>IV Anexo – Autorização da Comissão de Ética da Universidade de Évora.....</i>	<i>xiii</i>
	<i>V Anexo – Autorização da Comissão de Ética do Hospital do Espírito Santo de Évora</i>	<i>xiv</i>
	<i>VI Anexo – Cartão entregue às participantes para marcação das sessões.....</i>	<i>xvi</i>

Índice Figuras

Figura 1-Processo de recolha de amostra	29
Figura 2-Espaço onde se realizaram as sessões.....	36
Figura 3-Farda para identificação das investigadoras.....	36

Índice Tabelas

Tabela 1-Momentos de Avaliação.....	29
Tabela 2-Dados Sociodemográficos	32
Tabela 3-Resultados das diferenças intra-grupais do questionário EORTC QLQ C-30 entre os momentos pré e pós intervenção	40
Tabela 4-Resultados das diferenças intra-grupais do questionário EORTC BR23 entre os momentos pré e pós intervenção	42
Tabela 5-Resultados das diferenças intra-grupais do questionário HADS entre o momento pré e pós intervenção.....	43
Tabela 6- Resultados das diferenças intra-grupais dos níveis de Cortisol Salivar entre os momentos pré e pós intervenção.	43
Tabela 7-Resultados das diferenças intra-grupais da END entre os momentos pré e pós intervenção	44

Lista de siglas, abreviaturas e símbolos

QDV – Qualidade de Vida

EORTC – European Organization for Research and Treatment of Cancer

QLQ C30 – Quality of Life Questionnaire Core-30

BR23 – Breast Cancer scale

HADS – Hospital Anxiety Depression Scale

END – Escala Numérica da Dor

CO - Cortisol

Introdução

O estudo que se irá apresentar tem como objetivo perceber o impacto que a relaxação com mediador de toque terapêutico tem sobre os efeitos secundários, nomeadamente, a dor e ansiedade em mulheres com cancro da mama. Pretende-se, ainda, perceber o impacto desta intervenção a nível da qualidade de vida das doentes.

O diagnóstico de cancro da mama é frequentemente descrito na literatura como sendo composto por momentos de muita ansiedade, impaciência, dor e por uma multiplicidade de inquietações que sobrecarregam o quotidiano destas mulheres. O confronto com o diagnóstico está muito longe de ser pacífico, está muito longe de ser passível de absolutas generalizações, uma vez que não há como não admitir a especificidade de cada mulher, de cada pequeno grande universo que cada uma representa. Num primeiro momento, o sentimento é de estranheza, de incompreensão, de ambiguidade, até. É como se a palavra cancro engolissem a compreensão da realidade do seu significado e significante, agora em brusca intimidade com quem a escuta. Depois, o medo, o pânico. A antevisão de sofrimento em intermitência com a ideia de morte. E a natureza humana a falar de esperança, de cura, de vida. E muitas das mulheres a acreditar na cura. A acreditar na ciência. Nos médicos. Em cada um dos elementos que, em equipa, acompanha, cuida, escuta, aconselha. O progresso marcado pela tecnologia é um facto atestado por novos e precisos instrumentos, bem assim como por novos fármacos com cada vez menos efeitos secundários. Contudo isto não substitui a necessidade de profissionais capazes não só de avaliarem, mas fundamentalmente também se posicionarem empaticamente no lugar do outro, o lugar da mulher com cancro da mama. O presente trabalho afirma-se como uma incursão no universo destas mulheres, uma incursão dinamizada pelo estudo e pela profunda determinação de contribuir para a diminuição da ansiedade, da dor e pela melhoria da sua qualidade de vida. Por uma vida com mais tempo. Ainda que a cura não se inscreva como definitiva neste tempo, que seja um tempo em que se inscreva uma maior qualidade de vida.

A ansiedade parece ser a reação negativa mais comum perante um evento stressante como o cancro da mama (Breen et al., 2009; Mcfarland, Shaffer, Tiersten, & Holland, 2018; Sousa, Guerra, & Lencastre, 2015). A dor, segundo diversos estudos, após o tratamento, pode ter uma incidência entre os 25% e 60%, revelando-se, por vezes, superior aquando casos de mastectomia (Cardoso & Santos, 2014). Quanto à qualidade

de vida, segundo algumas evidências, constata-se que ela é afetada em várias dimensões, consoante os tipos de tratamentos (Ribeiro, 2014), sendo que, em cada fase da doença, existem implicações específicas na mesma qualidade de vida (Silva, Bettencourt, Moreira, & Canavarro, 2011).

Em consequência do avanço da medicina, também a taxa de sobreviventes entre os que sofrem de cancro tem vindo a aumentar. Face a esta realidade, urge investigar sobre a manutenção e recuperação da qualidade de vida em múltiplas frentes (Justo, 2014). Assim, têm sido estudadas várias alternativas não invasivas e não medicamentosas, no âmbito da multidisciplinaridade, com o objetivo de atenuarem os efeitos secundários associados ao mundo da oncologia, nomeadamente o toque terapêutico, meditação e relaxação. Dado que a relaxação e o toque terapêutico englobam a área de intervenção do Psicomotricista (Associação Portuguesa de Psicomotricistas, 2017), propomos que este possa ter um papel importante, também pela sua forte abordagem relacional, no acompanhamento da mulher com cancro da mama. A Psicomotricidade constitui-se como uma terapia de mediação corporal cuja intervenção não pretende atuar sobre o sintoma ou a expressão do mesmo, mas sim sobre a base promotora desse sintoma. A relaxação, em Psicomotricidade, possibilita a perceção tónica em todos os seus aspetos relacionais e coloca, em primeiro lugar, a pessoa em comunicação consigo própria, fazendo-a sentir o seu corpo como recetor de ritmos ao contacto, à voz, ao olhar do outro que medeia esta relação terapêutica, num espaço de construção da identidade, do simbólico e das representações (Maximiano, 2004). A revisão da literatura mostra que a relaxação e o toque terapêutico são importantes mediadores no alívio dos vários sintomas enunciados como secundários ao cancro, entendendo-se, desta forma, a atitude do terapeuta como fundamental: o seu trabalho dinâmico sobre o toque permite a revalorização do corpo, a contenção e o diálogo tónico-emocional no paciente (André, Benavidès, & Canchy-Giromini, 2004), conhecendo-se, também, que pode atenuar os níveis de dor e o estado de humor, principalmente pela sua presença segura e contínua (Post-White et al., 2003).

Face ao exposto, a presente dissertação apresenta a seguinte estrutura:

A primeira parte, constituída pelos dois capítulos principais, apresenta a revisão da literatura, considerando dois domínios - Cancro da mama e Psicomotricidade.

No primeiro capítulo, contextualizamos o cancro da mama, os tratamentos a que as participantes são submetidas e os efeitos secundários dos mesmos. Posteriormente, desenvolvemos as variáveis em estudo, nomeadamente, a qualidade de vida, ansiedade, cortisol e dor oncológica.

No segundo capítulo, apresentamos a Psicomotricidade e aprofundamos a relaxação e toque terapêutico como mediadores do Psicomotricista, bem como a importância da relaxação em doentes oncológicos.

A segunda parte compreende o estudo empírico dividido em quatro capítulos: Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão.

O capítulo três, Metodologia, explica o tipo e desenho de estudo, as questões basilares do estudo, os objetivos da investigação, as características da amostra e da sua recolha; explora os instrumentos de avaliação, seguido dos procedimentos. Na parte dos procedimentos, aprofundamos a intervenção, nomeadamente o seu desenho e a estrutura da sessão, após o que nos focamos nos resultados e tratamento de dados.

Finalmente, centramo-nos na discussão dos resultados. Apresentamos a bibliografia, ao que se segue a conclusão do estudo e respetivas limitações e recomendações.

1. Revisão da Literatura

1.1. Cancro da mama

O cancro da mama é comumente considerado o tipo de cancro mais temido pelas mulheres, sendo que, atualmente, as estatísticas apontam para cerca de 6.000 novos casos de cancro da mama anualmente; cerca de 1.500 são fatais em Portugal (Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.). Caracteriza-se, assim, como a doença maligna que mais afeta o género feminino, estimando-se que uma em cada nove mulheres venha a desenvolver esta doença (Fernández-Delgado et al., 2008).

Todos os cancros se desenvolvem a partir de células que perdem o controlo e todos começam nos blocos básicos de construção de vida do corpo: a célula. O corpo tem milhares de milhões de células de muitos tipos diferentes que se agrupam para formar tecidos e órgãos. As células normais crescem de forma controlada e estão constantemente a dividir-se para reparar os tecidos danificados, substituir as células velhas e fazer crescer os tecidos, apenas quando necessário. Contrariamente a este funcionamento, as células anormais ficam a multiplicar-se e a dividir-se até formarem um caroço, designado de tumor (Odgen, 2004a). O processo de transformação maligno é um fenómeno biopatológico complexo no qual intervém uma multiplicidade de fatores, exógenos e endógenos (Forjaz, Bento, Lopes, & Santos, 2014). O que parece ser comum durante o processo de cancerização é a existência de múltiplas alterações genéticas que determinam a génese e desenvolvimento de uma neoplasia (Aguiar et al., 2014).

Na mama, o processo de cancerização desenvolve-se em ambiente de intervenção hormonal, nomeadamente de estrogénios e de progesterona, através de vias de sinalização várias. Neste caso, parece ser crucial a ação dos recetores hormonais podendo também resultar de múltiplas alterações genéticas e epigenéticas, cada vez mais conhecidas, com reflexo no prognóstico e, sobretudo, influenciando a terapêutica (Lopes, Carrilho, Henriqueta, & Santos, 2014).

1.2. Processos de tratamentos e efeitos secundários

Um diagnóstico precoce pode salvar vidas bem como tornar o tratamento largamente mais bem-sucedido (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2015). Este diagnóstico envolve, em primeiro lugar, o autoexame mamário regular e, caso a mulher palpe algo que considere diferente do habitual, deve recorrer à observação clínica (Forjaz et al., 2014). Ainda no que diz respeito à deteção precoce, a mamografia tem sido considerada o procedimento de eleição, não só porque é um meio de diagnóstico com custos moderados, mas também porque tem demonstrado ser uma técnica eficaz. De acordo com um conjunto alargado de estudos, a mamografia recomenda-se com a periodicidade anual ou bianual a partir dos 40 anos, devendo ser realizada em mulheres assintomáticas; nas mulheres com suspeita clínica de cancro da mama, este exame reduz a morbilidade e mortalidade, por carcinoma da mama em 20 a 30% em mulheres entre 50 e os 65 anos (Aguar et al., 2014; Cardoso & Braga, 2009). O procedimento da mamografia, *de per si*, mais ainda nos casos de ravaiação, acaba por conferir um momento de angústia e de stress (Grilo & Santos, 2013). Esta é ainda referida como uma situação de dor e de desconforto relacionada com o contexto físico e com os procedimentos do exame (Sharp et al., 2003). As reações emocionais associadas à mamografia são, atualmente, reconhecidas como tendo um importante significado clínico, não só porque alteram a qualidade de vida e funcionalidade da mulher, mas também porque diminuem a adesão a novos exames e, no caso de confirmada a patologia, condicionam a adesão ao tratamento (Grilo & Santos, 2013).

Os tratamentos do cancro da mama são, na sua maioria, longos, podendo ter uma duração superior a cinco anos, com terapêuticas combinadas entre cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e terapêuticas entre alvos biológicos específicos (Groenvold, 2010; Valério et al., 2014) e ainda cirurgia reconstrutiva (Branco, 2014). Quanto ao controlo local da doença, é complementado pelo tratamento da radioterapia e, posteriormente, estende-se com a terapia adjuvante (terapêutica hormonal ou quimioterapia), que dependerá de fatores de risco de recorrência e de metastização à distância, da idade do doente, da dimensão do tumor e da existência de invasão ganglionar (Afonso et al., 2014). De forma simplificada, a cirurgia é realizada para remover o tumor da mama e pode ser mastectomia (remoção da mama na totalidade) ou tumorectomia (conserva-se a mama, retira-se o tumor) e tem como

objetivo a erradicação e a prevenção recidiva da doença (Antunes et al., 2014; Groenvold, 2010). O aumento da sobrevivência global e das expectativas dos doentes levou a concentrar a atenção no resultado estético, sem descurar o controlo oncológico. Por conseguinte, tem-se verificado um esforço para a substituição das cirurgias radicais pelas conservadoras da mama (Antunes et al., 2014).

Os protocolos de quimioterapia utilizados no tratamento dependem, essencialmente, do estágio da doença, da análise dos vários exames clínicos realizados, da idade da doente e, também, da sua preferência após ser informada quanto aos efeitos secundários e à duração do mesmo (Rebelo, Rolim, Carqueja, & Ferreira, 2007). A quimioterapia pode ainda ser neoadjuvante, antes da cirurgia, com o objetivo de reduzir o tumor viabilizando a mastectomia parcial com efeito estético benéfico (Afonso et al., 2014), destacando-se, como efeitos secundários mais comuns, a alteração da cor da urina, as náuseas e os vómitos, o cansaço/fadiga, a febre, a alopecia e a inflamação da mucosidade oral. Estes efeitos constituem fatores agravantes na perturbação da autoestima e autoconceito (Valério et al., 2014).

Por seu lado, a radioterapia utiliza radiações ionizantes no tratamento do tumor. A emissão da radiação gera nos tecidos uma série de reações inicialmente físicas, a seguir físico-químicas, depois químicas e, por último, biológicas, com produção de radicais livres que provocam lesões nas cadeias de ADN. Estes danos podem ser letais, subletais ou potencialmente letais, podendo estas reações ser reparadoras. Quando isso não ocorre, ocorre morte celular, por apoptose ou, mais frequentemente, por morte mitótica (Pereira, Vieira, Vunda, & Santos, 2014). Esta terapia é considerada tratamento adjuvante pós-cirurgia e paliativa no caso de ulceração ou hemorragia local, na metastização óssea para alívio da dor e na metastização cerebral (Valério et al., 2014). Os efeitos secundários da radioterapia são sobretudo locais, ao nível da pele, por vezes com áreas de descamação seca/húmida, eventualmente com necessidade de cuidados locais (Pereira et al., 2014), sendo que o objetivo consiste em obter os mínimos efeitos colaterais com o máximo de dose. Contudo, cerca de 87% das mulheres desenvolve reações da pele dolorosas que podem ir de moderadas a severas e perdurar meses após o tratamento ou perpetuamente (Valério et al., 2014). Além dos sintomas locais, também é comum sentir efeitos como a fadiga, dor e dificuldade de mobilidade do braço. A educação do paciente, por parte da equipa médica, é extremamente importante e pode reduzir em grande parte os efeitos colaterais da radioterapia, nomeadamente, no

cuidado a ter com a pele e informação do paciente sobre os possíveis efeitos secundários (Sjövall, Strömbeck, Löfgren, Bendahl, & Gunnars, 2010).

A terapia hormonal pode ser usada como terapia adjuvante e paliativa. Primeiramente, tem como objetivo reduzir o risco de recidiva e aumentar a sobrevivência. O paliativo é importante para o alívio de sintomas, atraso na progressão da doença e toxicidade mínima. Como efeitos secundários mais frequentes, acresce a menopausa precoce, diminuição da libido, secura vaginal, perda de elasticidade vaginal, aumento de peso, fadiga, perturbações do sono, afrontamentos, cefaleias e alterações de humor (Valério et al., 2014). Também são comuns queixas osteoarticulares que podem, em casos de maior gravidade, levar à falta de adesão ao tratamento (Afonso et al., 2014).

Face ao exposto, constatamos que, apesar do avanço tecnológico a nível da medicina, a que acresce um claro otimismo perante o cenário de tratamento do cancro e à taxa de sobrevivência, o cancro continua a ser um acontecimento de vida adverso e potencialmente traumático associado a elevadas exigências pessoais e sociais. Não obstante o impacto profundo na qualidade de vida, é claro para os pacientes o benefício dos seus tratamentos adjuvantes (Montazeri et al., 2008).

Por fim, salientamos a basilar importância do papel da família. Como é consabido, a doença não afeta isoladamente a mulher com cancro da mama: é extensível à família que é envolvida no tratamento e nas inerentes consequências. Por isso, o seu apoio é fundamental na adaptação na medida em que contribui para diminuir os sentimentos negativos associados a todo o processo de tratamentos (Ferreira, 2009).

1.3. Qualidade de Vida e Cancro da Mama

Para a maioria das pessoas que vive no mundo ocidental, ser saudável é norma: a maioria das pessoas é saudável durante a maior parte do tempo, pelo que as crenças sobre o estar doente existem no contexto das crenças sobre o ser saudável (Odgen, 2004). Perante isto, o impacto da notícia de um diagnóstico de cancro é retumbante: pressupõe, à partida, a certeza de que, inevitavelmente, tudo se transformará ao longo do tempo, tempo que passa a ter uma nova dimensão no horizonte das pacientes, dada a ansiedade, o medo e demais constrangimentos inerentes ao diagnóstico.

A Qualidade de Vida (QDV) é um conceito controverso, tanto na sua utilização genérica como no domínio da saúde, das doenças em geral, e da doença oncológica em

particular. A investigação sobre a QDV cresceu substancialmente, ao ponto de ser um dos conceitos mais utilizados e sobre a qual se faz mais investigação (Montazeri et al., 2008; Ribeiro, 2014). Estudar o impacto da doença na QDV do indivíduo permite-nos adaptar e direcionar terapêuticas que facilitem os processos de tratamentos (Silva et al., 2011).

No que respeita ao Cancro da Mama, têm sido realizados vários estudos, mesmo em Portugal, de forma a aferir o impacto dos vários tratamentos (tipo de cirurgia, quimioterapia e radioterapia) na QDV, bem como o desenvolvimento desta ao longo do processo, desde o diagnóstico até ao fim do processo de cura.

Silva et al., (2011), num estudo que integrou vários grupos de mulheres, a saber, 55 recentemente diagnosticadas com cancro da mama, 63 a receber quimioterapia e 85 sobreviventes, quando comparados com um grupo de 160 mulheres saudáveis, os autores perceberam que o cancro da mama se reveste de diferentes implicações na QDV, consoante a fase da doença. Assim, as fases iniciais de tratamentos revelaram-se mais críticas em termos de repercussões e as fases do diagnóstico e sobrevivência revelaram ser semelhantes às das mulheres saudáveis, nos vários domínios.

Importa salientar que quando nos referimos aos domínios da QDV, destacamos, entre outros, o físico, o psicológico, o ambiente, a economia, as relações sociais, profissionais e espirituais, caracterizando-se pela sua multidimensionalidade, ambiguidade e complexidade (Catré et al., 2014). Na verdade, não há uma definição consensual de QDV, existem sim, diferentes propostas que variam consoante os autores (Sousa et al., 2015). Para minimizar o viés e/ou a dificuldade em interpretar os resultados desta estimativa, foram desenvolvidas diferentes teorias e instrumentos para abordar o conceito de QDV. Cada um deles concentra-se em diferentes aspetos inerentes a este conceito (Campos, Spexoto, Silva, Serrano, & Marôco, 2018).

Tendo em conta o exposto, importa definirmos o conceito de QDV e que dimensões serão abordadas no seu tratamento. Ribeiro (2014) alerta-nos para esta questão uma vez que o conceito é largamente usado e, na maior parte dos casos, adota o sentido popular do termo, ou o seu valor facial. Por conseguinte, grande parte dos trabalhos científicos também não esclarece o conceito nas suas investigações, pelo que é crucial clarificar o conceito a investigar. No presente estudo, pretendemos enfatizar a

“Qualidade de Vida relacionada com a saúde”. Assim, o enfoque será as representações da doença: as consequências da doença, a autoapreciação que o indivíduo faz do eu doente, as emoções desencadeadas, os sintomas existentes ou supostos e os tratamentos e seus efeitos secundários (Ribeiro, 2014). Salientamos que os efeitos secundários dos tratamentos e da própria doença estão, habitualmente, ligados à QDV relacionada com a doença (Groenvold, 2010). Contudo, tal como o conceito de QDV no seu sentido mais lato, não existe um único conceito de qualidade de vida relacionado com a saúde, mas consideramos que este reflete, sobretudo, a perceção do doente sobre as suas capacidades e sintomas, prevalecendo a multidimensionalidade e subjetividade individual do conceito (Eberhardt & Lins, 2017). Os instrumentos de mensuração da QDV relacionada com a saúde tendem a manter o carácter multidimensional e avaliam ainda a perceção geral da mesma, embora o destaque, habitualmente, recaia sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas pela doença. Predominam os instrumentos específicos, como o EORTC-QLQ 30, para pacientes com neoplasias desenvolvido pelo European Organization for Research and Treatment of Cancer (Seidl & Zannon, 2004). Esta é uma organização devota ao estudo do cancro, visando melhorar o modo de lidar com a doença e com os problemas que com ela se relacionam, aumentando não só a sobrevivência como a QDV. A EORTC, que desenvolveu inúmeras escalas, tem uma base comum a todos os cancros e, posteriormente, uma escala adaptada aos domínios mais afetados de cada cancro em específico, nomeadamente o da mama.

A mama tem um significado cultural e social na vivência da identidade feminina. O diagnóstico do cancro da mama, tratamentos e as respetivas intervenções cirúrgicas, deixam marcas profundas na esfera psicossocial destas mulheres, comprometendo a relação com o corpo, consigo mesma, com o outro e retirando qualidade à vivência da corporalidade. Encontram-se descritas na literatura alterações nos domínios da imagem corporal e disfunção sexual, durante os tratamentos e após a realização da cirurgia (Remondes-Costa, Jimenéz, & Pais-Ribeiro, 2012).

As áreas das preocupações expressas por jovens pacientes e sobreviventes estão relacionadas com áreas fundamentais da QDV. São elas as mudanças da imagem corporal, sexualidade, consequências da menopausa prematura, da função física e psicológica, preservação da fertilidade e o efeito do diagnóstico no prognóstico na capacidade de manutenção do papel de cuidadoras no seio familiar (Schapira, 2010).

Neste sentido, Branco (2014), no seu estudo, percebeu que fatores como a instrução, idade e sintomatologia depressiva/ansiógena de base, podem prevalecer nos vários domínios da QDV, nomeadamente nos já anteriormente referidos. Mais especificamente, a idade tem um impacto negativo na QDV global, capacidade física, satisfação e funcionamento sexual e na depressão, capacidade social e perceção de sintomas em mulheres mais ansiosas e/ou depressivas. Estas apresentam piores resultados na perceção global da QDV. Já Schapira (2010) afirma que algumas evidências sugerem uma vulnerabilidade superior em mulheres com menos de 50 anos no que consta a efeitos físicos e psicossociais imediatos e tardios, relativamente ao tratamento. Em concomitância, Silva et al. (2011) sugerem também que a escolaridade tem impacto na QDV, sendo que escolaridade equivalente ao ensino superior, nas fases de tratamento e sobrevivência, revelou uma melhor QDV do que nas mulheres com instrução inferior, funcionando como agente protetor, pois poderá facilitar o acesso a informação relevante que se repercutirá numa melhor prestação de cuidados a si própria.

Percebemos, assim, que a QDV não é um conceito isolado; nele coabitam variados domínios que entre si vão definir a qualidade de vida do indivíduo. Parece, no entanto, haver uma certa concordância na perceção de QDV, de um modo geral, apesar de o cancro da mama ser encarado como um evento potencialmente traumático, com todas as repercussões físicas, sociais, pessoais e laborais que implica para a mulher e para a sua família. Em alguns estudos já começa a aparecer uma perceção positiva da QDV global. Tal resultado poderá apontar para uma elevada capacidade de resiliência destas mulheres e também de desenvolvimento de estratégias que facilitam a adaptação à doença, como é o caso da esperança/otimismo (Remondes-Costa et al., 2012; Sousa et al., 2015).

1.4. Ansiedade e Cancro da Mama

A ansiedade pode ser definida em termos de pressão, tensão, forças externas desagradáveis ou como resposta emocional e, muitas vezes, conceptualmente confundida com o stress. Potel (2010) clarifica-nos referindo que a ansiedade é um termo que exige uma representação, uma fantasia, uma emoção, um estado. A ansiedade é assim caracterizada pelo acumular de tensões internas e medos não acompanhados de um objeto ameaçador (André, Benavidès e Canchy-Giromini, 2004).

O quadro sintomático da ansiedade pode expressar-se de variadas formas no corpo refletindo conflitos internos que a pessoa é incapaz de resolver pela mentalização, gerando respostas através do tónus caracterizadas por estados corporais e emocionais de grande tensão (Martins, 2001). A ansiedade *de per si* não é uma patologia, mas sim uma resposta a uma ameaça percebida. Pode ser adaptativa (através do processamento de informações precisas), quando tem como resultado uma resposta que leva à redução ou prevenção do perigo, ou desadequada/patológica quando dela resulta uma resposta inadequada ou desproporcionada ao perigo real (Coimbra de Matos, 2011). A ansiedade é, assim, uma experiência emocional que varia de intensidade, desde a inquietação ligeira ao terror intenso, sempre associada à previsão de situações de tensão futuras ou iminentes. Esta experiência, avaliada pelas reações a situações geradoras de tensão, baseia-se, essencialmente, nas avaliações e interpretações do indivíduo, condicionado por fatores de ordem endógena - inerentes a si mesmo - ou exógena - inerentes ao meio em que se insere, (Sequeira, 2006; Urbano, 2010). Para uma imagem sintomática da ansiedade André et al. (2004) apontam algumas particularidades do indivíduo ansioso como a hiperexcitabilidade (estado de alerta), a hipertensão psíquica (sentimentos de insegurança e fraqueza e sensação de tensão constante), a hipertonia muscular (contrações, dor, rigidez, falta de controlo dos movimentos voluntários) e a hiper-reatividade (reações excessivas a estímulos como o ruído que desencadeiam respostas somáticas). Não menos importante a nível emocional caracterizam-se por sentimentos de medo, inquietude, antecipação de situações indesejadas, ruminação, pesadelos e irritabilidade. Sinteticamente a ansiedade manifesta-se, segundo Sequeira (2006), através de sintomas objetivos e subjetivos resultantes de alterações somáticas, motoras, cognitivas, fisiológicas, comportamentais e bioquímicas.

O Stress, no entanto, versa, sobretudo, as condições do corpo: dor nas costas e dificuldade em respirar. É, no fundo, um sintoma fisiológico. A linha entre ambos o conceito é ténue e, por vezes, inexistente. O stresse surge devido à perceção subjetiva de que o indivíduo não tem capacidade de resposta para as exigências do meio (Serra, 2000).

É já largamente conhecido que os doentes com cancro da mama sofrem tendencialmente de ansiedade após o diagnóstico da patologia e com os tratamentos (Wang et al., 2015). A ansiedade e depressão são das comorbilidades mais comuns ao

cancro da mama e podem ser induzidas ou exacerbadas pelo diagnóstico e tratamento do cancro da mama. Estes sintomas podem afetar brutalmente a qualidade de vida, a adesão ao tratamento, o apoio social e até o tempo de sobrevivência. Enfrentar eficazmente os tratamentos do cancro, envolve o tratamento dos efeitos diretos e indiretos do processo de cura (Carvalho, 2010; Primo, Gonçalves, Olympio, Leite, & Amorim, 2012; Spiegel & Riba, 2015).

Tendo em consideração a importância deste sintoma, Burgess et al. (2005) concluíram que quase 50% das mulheres com cancro da mama precoce apresentaram depressão, ansiedade ou ambos no ano após o diagnóstico; 25% no segundo, terceiro e quarto anos e 15% no quinto ano. A prevalência pontual foi de 33% no momento do diagnóstico, caindo para 15% após um ano. 45% das pessoas com recidiva sofreram depressão, ansiedade ou ambas no período de três meses após o diagnóstico.

Num outro estudo, mais recente, McFarland, Shaffer, Tiersten, & Holland, (2018) perceberam que a ansiedade, a depressão e o stress podem ainda estar associados ao incremento dos sintomas físicos dos tratamentos indo de encontro ao estudo e Breen et al., (2009) estabelecendo uma relação entre os sintomas físicos dos tratamentos e os estados emocionais das pacientes com cancro da mama. Ambos os autores recomendam um acompanhamento global sem descurar a intrínseca relação bidirecional destes sintomas, seja a ansiedade, a depressão ou o stress preexistente ao diagnóstico ou reflexos do mesmo.

Assim, percebemos a importância do olhar sobre este sintoma, a ansiedade, pois este poderá ter um forte impacto no processo de cura e tratamentos. Compreender e atuar sobre a ansiedade poderá facilitar todo o processo.

1.5. Cortisol e Cancro da Mama

Hoje em dia, o cortisol salivar utiliza-se, rotineiramente, como biomarcador de doenças mentais ou físicas relacionadas com o stress psicológico (Hellhammer, Wüst, & Kudielka, 2008; Smyth, Hucklebridge, Thorn, Evans, & Clow, 2013).

Toda a saliva é, na sua maioria, composta por um fluido produzido pelas glândulas major e minor. A glândula salivar *major* inclui as glândulas *parotid*, *submandibular* e *sublingual*

e são conhecidas por segregar fluido transportado do s rum e também dos tecidos glandulares envolventes. Este transporte seletivo dentro do tecido glandular é regulado por células epiteliais. Além das secreções das glândulas salivares, a mucosa oral, o periodontium e a microflora oral também contribuem para o conteúdo final da saliva inteira. A saliva na sua totalidade representa, assim, um equilíbrio complexo entre fontes locais e sist micas. Isto permite a aplicação da saliva no diagnóstico não só para doenças das glândulas salivares, mas também para as doenças orais e sist micas (Al-Tarawneh, Border, Dibble, & Bencharit, 2011).

A produção e segregação do cortisol aumenta em quantidades crescentes durante e após a exposição a alguns agentes stressores. Esta libertação ocorre como parte integrante da ativação do eixo Hipotálamo-Pituit rio-Adrenocortical (HPA) que desencadeia a libertação da hormona libertadora de corticotropina (CRH), no hipotálamo. A CRH estimula a hipófise anterior a produzir ACTH que, por seu turno, elicit a libertação de CO pelo córtex adrenérgico. Durante os momentos de stress, esta produção aumenta e provoca a libertação de glucocorticoides, em rajadas, e em maiores quantidades. Assim, pensa-se que o córtex adrenérgico poderá funcionar em modo ligado/desligado; entre rajadas de CO, o córtex está refratário, permitindo a recuperação da glândula (Soares & Alves, 2006).

Segundo a maioria dos estudos já desenvolvidos, considera-se que os níveis salivares de cortisol são uma medida confiável da adaptação do stress hipotálamo-hipófise-adrenal (HPAA). Contudo, a resposta ao stress da HPAA é bastante complexa e dado ao stress agudo, os estudos revelam que podem ser tipicamente usados para investigar diferenças individuais de resposta a agentes stressores padronizados. Dentro de uma população saudável, pode ser amplamente influenciado pela perceção de ameaça. Esta probabilidade afigura-se-nos pertinente na medida em que se pensarmos que o eixo HPA é um sistema fisiológico extremamente sensível a fatores ambientais e psicológicos – o que pode acontecer – e, assim, um sistema importante para o estudo do papel dos fatores psicológicos na progressão do cancro (Abercrombie et al., 2004).

No âmbito da psicologia, esta informação aponta um caminho interessante na investigação de fatores sociais que possam mediar as perceções de ameaça, como o apoio terapêutico, processos de relacionamento e dinâmicas de grupo, enquanto outros métodos têm sido usados para provocar a reatividade do stress. Pese embora o facto

de ser dispendioso em termos temporais e materiais, fornece um índice confiável de estimulação do HPA (Smyth et al., 2013).

Ainda assim, o cortisol também tem sido bastante estudado no âmbito da progressão tumoral. Veja-se, a título de exemplo, o estudo de Abercrombie et al. (2004) que confirma esta relação entre os ritmos desregulados de cortisol e a incidência, gravidade e prognóstico do cancro metástico. Os autores relacionam-no com os estudos de Fu, Pelicano, Liu, Huang, Lee, (2002) (as cited in Abercrombie et al., 2004) que, por sua vez, explicam a razão genética - os genes responsáveis pelo controlo circadiano do cortisol - considerando que têm efeitos importantes na supressão do tumor e que a desregulação do cortisol tem efeitos diretos sobre a progressão do tumor, sendo possível afetar indiretamente o cancro por supressão do sistema imunitário (Soares & Alves, 2006). Estes efeitos advêm da ansiedade gerada e alta frequência respiratória (Billhult, Lindholm, Gunnarsson, & Stener-Victorin, 2008, 2009).

Assim, é notório que o cortisol é essencial ao funcionamento do organismo e tem ritmos que ajudam ao bom funcionamento holístico do indivíduo (Soares & Alves, 2006). No entanto, a sua desregulação pode ter um forte impacto, principalmente se se confirmar patologia. Verifica-se, ainda, a existência de pesquisas que associam o cortisol ao cancro, nomeadamente ao cancro da mama de forma a que este deixe de ser um agressor.

Note-se, também, que a recolha salivar para obter os níveis de cortisol apresenta-se como um método fácil, indolor de avaliação e com a vantagem de poder realizar-se em variados ambientes, prescindindo de pessoal médico (Hellhammer et al., 2008).

1.6. Dor oncológica

De acordo com a IASP (Associação Internacional Para o Estudo da Dor, 2010), a dor é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos desta lesão. A APED (Associação Portuguesa do Estudo da Dor, 2018) completa a definição referindo que *“a dor não é apenas uma sensação mas sim um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial; não existem ainda marcadores biológicos que permitam caracterizar*

objetivamente a dor; não existe relação direta entre a causa e a dor; a mesma lesão pode causar dores diferentes em indivíduos diferentes ou no mesmo indivíduo em momentos diferentes, dependendo do contexto em que o indivíduo está inserido nesse momento; por vezes existe dor sem que seja possível encontrar uma lesão física que lhe dê origem.”

Esta definição contempla a componente psicológica afastando a dor de uma perspetiva apenas nociceptiva, como encerra, comumente, a literatura.

Do apurado, ao longo deste estudo, verificamos que as mulheres com historial de cancro da mama convivem bastante com a dor e que esta tem sido ignorada (Jensen et al., 2010); porém, é frequentemente reportada em estadios precoces do cancro apenas associada ao caroço na mama (Satija et al., 2014). Mais tarde, aparece em estadios mais avançados da doença, em cancros com presença de metástases (Shen, Redd, Winkel, & Badr, 2014), localizando-se em zonas do corpo mais profundas, como os músculos e as costelas (Satija et al., 2014).

Segundo Cardoso (2014), a dor do paciente oncológico resulta de uma de três causas principais:

- a) diretamente relacionada com o tumor - 60 a 90% dos casos, como no caso da infiltração local pelo tumor ou metástases;
- b) relacionada com a terapia anti-tumoral - 5 a 20%;
- c) não relacionada com o tumor - 3 a 10% - casos de pacientes portadores de outras patologias que cursem com dor.

Diversos estudos demonstram que a presença de dor crónica, depois dos tratamentos ao cancro da mama, é comum e pode ter uma incidência entre 25% e 60%.

Apesar da otimização dos procedimentos cirúrgicos, várias complicações dolorosas têm sido descritas, destacando-se as infeções da ferida operatória, lfedema e a dor crónica pós-operatória. Esta última, muito comum e de origem nociceptiva, mais conhecida como Síndrome dolorosa pós-mastectomia (Cardoso & Santos, 2014).

Numa perspetiva física, tratando-se de um conceito extremamente importante, importa referenciar o sentido do termo nocicepção (em latim *nocere*, «doer»). Designa o processo sensorial desencadeado enquanto que a “dor” se refere à perceção de um

sentimento ou sensação que a pessoa designa como dor e descreve, variavelmente, como irritativa, dolorosa, pungente, persistente, pulsátil ou intolerável. Ambos os aspetos, a nocicepção e a dor, são separados e, tal como descrito na abordagem da modulação da dor, uma pessoa com lesões tecidulares que deveria produzir sensações dolorosas, pode não apresentar qualquer comportamento que indique dor. A nocicepção pode levar à dor, que pode aparecer e desaparecer, e uma pessoa pode ter uma sensação de dor sem atividade nociceptiva evidente (Patel, 2010). Assim, a dor pode afetar o moral, a qualidade de vida e as relações com os outros, envolvendo todo o corpo e afeta igualmente duas componentes, a física e a emocional (Coly-Layani, 2014). Tendo em conta a complexidade da dor, é importante perceber os comportamentos típicos em relação à mesma, pois serão eles que clarificarão a relação que a doente tem com a dor, bem como o acompanhamento terapêutico (Shen et al., 2014).

Há evidências de que as mais jovens, a radioterapia, os esvaziamentos axilares provocam mais dor aguda e, por sua vez, promovem a dor persistente após a cirurgia. Percebeu-se também que o IMC, o tipo de cirurgia, a quimioterapia e a terapia hormonal não estão associadas de forma significativa à dor persistente (Wang et al., 2016). Por outro lado, Cardoso e Santos (2014) acreditam que a dor está associada aos efeitos secundários dos tratamentos e também ao tipo de procedimentos cirúrgicos efetuados.

É perceptível a falta de congruência na literatura sobre este assunto. Porém, a dor física é inseparável do sofrimento psicológico, mesmo resultando de uma experiência subjetiva. É, no entanto, inequívoco que a perceção da dor é determinada por fatores físicos, psicológicos e ambientais. Desta forma, é necessário oferecer ao paciente com dor um tratamento adaptado à intensidade e natureza da sua dor (Cardoso, 2014; Coly-Layani, 2014).

A ansiedade está também fortemente ligada ao processo de dor, seja ela aguda ou crónica, tratando-se de uma relação cíclica: quanto mais dor, mais ansiedade e quanto mais ansiedade maior a perceção de dor (Odgen, 2004). Também o medo, a depressão e a alteração do sono têm sido relatados como fatores que aumentam a dor e o sofrimento do paciente, devendo ser dada a oportunidade de expressar as suas emoções, pensamentos, medos e expectativa em relação à sua dor. Em algumas situações, o suporte deve ser estendido aos familiares (Cardoso, 2014).

Os tratamentos da dor ainda se restringem muito à base de fármacos apesar dos efeitos paralelos dos analgésicos, logo as abordagens não medicamentosas são importantes para o alívio da mesma. O controlo da dor exige considerar tanto a causa orgânica quanto as consequências físicas e psicológicas. O psicoterapeuta, através de métodos de mediação corporal (relaxação, toque, massagens, entre outros), é capaz de propor um acompanhamento específico, uma prevenção e um tratamento da dor (Coly-Layani, 2014). Além da terapia farmacológica, muitas são as técnicas que podem ser usadas como terapias adjuvantes, no sentido de proporcionar um melhor alívio da dor nos pacientes oncológicos, devendo, no futuro, ser mais exploradas e adotadas por um maior número de profissionais de saúde (Cardoso, 2014).

1.7. Psicomotricidade

É sabido que, na Antiguidade, os filósofos já se interrogavam e debatiam acerca do funcionamento humano, esquematizando-o da seguinte forma: de um lado, um espírito, o pensamento, o psiquismo e a alma; do outro um corpo e a matéria. Como exemplo destes inúmeros modelos, tome-se aquele em que uma cabeça contém uma alma que habita e dirige um corpo, durante a vida. Após a sua morte, aquela abandona-o, tal como nos afirma Descartes, na ilustre citação “Penso, logo existo”. Foram estes debates sobre as interações entre as duas entidades, o psiquismo e o corpo, que arquitetaram o paradigma que sustenta a Psicomotricidade (Potel, 2010).

A Psicomotricidade entende que o desenvolvimento e o funcionamento humanos compreendem três grandes pilares indissociáveis e em permanente interação: a motricidade, as sensações e a representação. Por outras palavras, a criança, o adulto e o idoso sentem e pensam de acordo com os seus processos auto organizacionais: a motricidade constrói a inteligência, as sensações e emoções interferindo nos atos motores voluntários e as representações mentais preparam e facilitam a ação e as sensações. (Potel, 2010). Segundo a autora é importante lembrar que a existência da Psicomotricidade se reporta a uma luta, conflituosa e particular de reconhecimento face a outras identidades profissionais, que ainda persiste, atualmente.

A profissão de Psicomotricista tem vindo a ganhar terreno nos últimos anos em Portugal, neste momento já está regulamentada nas Instituições Particulares de Solidariedade Social e é reconhecida pelo Ministério da Educação (no âmbito dos Centros de Recursos para a Inclusão) e pelo Ministério da Saúde (sendo obrigatória a inscrição dos Psicomotricistas na Entidade Reguladora da Saúde), bem como por outras entidades como a Segurança Social, a ADSE ou o SAMS, que já solicitam a confirmação das habilitações para o exercício profissional (Declaração de Psicomotricista) a todos os profissionais que alegam exercer a profissão. No entanto, este reconhecimento ainda não constitui uma regulação formal e uniforme em todo o território nacional (A.P.P., 2017)

A intervenção psicomotora é indicada para indivíduos que potenciam uma melhor evolução através da ação, da experiência e do investimento corporal, privilegiando uma experiência ligada à interiorização pela vivência corporal, com objetivos psicomotores

que abarcam três grandes domínios: o neuromotor, o emocional/afetivo e cognitivo (Vidigal, 2005). Sendo indiscutível a relação de interligação dinâmica e bidirecional existente entre a motricidade e o psiquismo, na qual os nossos comportamentos refletem toda a nossa personalidade e conduzem ao entendimento da corporeidade nas suas dimensões psicológica, afetiva e social, justifica-se, assim, o papel ativo do corpo na construção ou reparação do psiquismo (Fernandes, 2015).

Em termos de olhar, a psicomotricidade compreende que a ação psicomotora envolve conjuntamente a personalidade, as modificações tónicas, as posturas e os movimentos do indivíduo. Estes são a impressão da sua história pessoal, das suas representações, vivências tónico emocionais e do seu imaginário (Martins, 2001). A psicomotricidade constitui-se uma área multidisciplinar do corpo e da motricidade humana; o seu objetivo é o indivíduo humano holístico e as suas relações com o corpo, sejam elas integrativas, emocionais, simbólicas ou cognitivas, propondo-se desenvolver faculdades expressivas do sujeito nas quais assume uma dimensão educacional e terapêutica original, com objetivos e meios próprios que se destacam doutras abordagens (Fonseca, 2001). Deste modo, a terapia psicomotora funciona como elemento unificador da relação corporeamente, com o intuito de melhorar a capacidade adaptativa do sujeito nos diferentes contextos onde interatua (Martins, 2001).

Por definição o Fórum Europeu de Psicomotricidade, a Psicomotricidade (2012) – área de estudos de confluência entre as dimensões cognitivas, emocionais e do movimento – tem como grande objetivo o desenvolvimento das várias competências do indivíduo em busca de harmonia com o seu contexto biopsicossocial. Na sua prática, utiliza abordagens preventivas, pedagógicas e terapêuticas, assumindo-se como uma terapia de base relacional. É, assim, uma terapia de mediação corporal que estuda o conjunto de fenómenos inscritos no corpo, avaliando e observando as características do movimento, das atitudes, das posturas e da mímica (Maximiano, 2004).

Para esta prática, é de extrema importância a formação do terapeuta. Manter uma relação estável, requer o conhecimento do outro, requer interesse mútuo, requer pensar no outro, intuir o outro, para procurar relações positivas, perceber os afetos, emoções e sofrimentos (Costa, 2008). O autor acrescenta que a sua disponibilidade interior é seguramente o eixo da interação. Igualmente importante é a disponibilidade para o trabalho em equipa, devendo esta ser constituída por elementos de variadas áreas.

Desta interação resulta, naturalmente, uma melhor aprendizagem sobre as particularidades da interação. Sendo o corpo o principal instrumento de trabalho do psicomotricista e sabendo que a identidade da pessoa é sempre corporal e única, pressupõe-se que o psicomotricista vivencie uma boa relação com o seu corpo para potenciar no outro a vivência do seu próprio corpo. O toque corporal, o envolvimento, a aceitação do corpo do outro, a gestão das distâncias e do conflito são premissas essenciais para habitar confortavelmente no seu corpo.

O psicomotricista atribui ainda grande importância às suas intenções terapêuticas, para além da funcionalidade corporal, tendo em vista um objetivo maior: a construção do sujeito através da identidade física e psicológica.

O toque para o Psicomotricista é, de certo modo, "levar o outro" a um conhecimento ou reconhecimento de si mesmo como sujeito. O conhecimento do Psicomotricista é baseado na construção progressiva que afirma a identidade do indivíduo e o impulsiona para a vida relacional. Uma das especificidades da sua abordagem tem em conta o envolvimento corporal no contexto terapêutico, envolvimento este que se realiza pensando em alguns atributos do corpo: a sensorialidade, a gestualidade, a expressividade, as atividades sensório-motoras e perceptivo-motoras. Estes atributos são utilizados consoante as mediações e técnicas. É com base na experiência vivida que a psicomotricidade tem eficácia terapêutica. As mediações e técnicas trazem situações que serão experimentadas, pensadas, apreciadas interna e externamente como parte da interação terapêutica (Bénavidès, 2015). A terapia psicomotora implementa técnicas de relaxação e terapias expressivas que permitem a redução dos sintomas corporais, uma vez que promovem a consciência e reflexão sobre os mesmos em relação com o estado psíquico, fomentando a capacidade de autorregulação e gestão do indivíduo sobre esses sintomas. Esses métodos possibilitam a gestão e estruturação de emoções, que caminham no encontro da afirmação da identidade do sujeito e da capacidade de comunicação verbal e não verbal (Martins, 2001).

Considerando que o trabalho do psicomotricista é muito singular, importa pensar que existe uma ética inerente à sua prática. A abordagem corporal envolvida na relação terapêutica implica a utilização do corpo do próprio terapeuta (Lauras-Petit, 2015). Quando um psicomotricista toca num paciente, mesmo que ele esteja muito atento à técnica, ele não pode ignorar essa carga emocional, simbólica e inconsciente no

trabalho (Potel, 2000). Assim, o relacional em Psicomotricidade não se centra na relação que a criança ou o sujeito estabelecem com o psicomotricista como se de um simples envolvimento se tratasse. Em matéria de relação deste com o indivíduo, o impacto cria-se quando a atitude do profissional tem efeito direto na (re)educação ou na terapia (Fernandes, 2015).

Por fim, a psicomotricidade dirige-se a crianças e adultos que não se sentem em harmonia com o seu corpo, que têm dificuldades em comunicar e agir em interação com o seu ambiente e que podem encontrar na experimentação e no investimento corporal um meio de se afirmarem no mundo (Martins, 2001; Costa, 2008).

1.7.1. Relaxação Terapêutica

A saúde e a doença, a felicidade e o sofrimento são estados que vão acontecendo ao longo do percurso de cada indivíduo, oscilando com as vicissitudes da vida; tornam-se vivências pessoais construtoras da história de cada um. Aliviar o sofrimento é intervir nesses ciclos, recorrendo a uma infinidade de meios e vias, todos eles com a finalidade última de reconduzir a pessoa à harmonia e ao equilíbrio. Essas intervenções não podem restringir-se a uma só dimensão, tendo em conta a multidimensionalidade do ser humano (Ferreira, 2009). Da mesma forma o combate às doenças oncológicas é mais frutífero se os vários profissionais de saúde convergirem mutuamente o seu conhecimento e as suas motivações (Justo, 2014).

A relaxação atua a nível do Sistema Nervoso Central e este é o intérprete de tudo o que se passa no ambiente para adaptar o tónus muscular a uma presença física no mundo, de acordo com o lugar onde o corpo se encontra. Tal proposição permite-nos compreender que existe a variabilidade tónica que apresentamos face a uma situação, concordante com a nossa emoção perante tal acontecimento (Guiose, 2007). A relaxação é um meio de intervenção que ajuda a consciência do interior e do exterior do corpo bem como dos seus limites corporais (Potel, 2000).

As técnicas de relaxação visam desta forma reduzir o stress neurológico e hormonal e repor a homeostasia melhorar a autoestima da pessoa, proporcionando vivências corporais com impacto positivo sobre a imagem corporal, a capacidade de relaxação, o controlo respiratório, o equilíbrio e a coordenação (Seaward, 2009; Serra, 2005).

Em relaxação, a tonicidade é extremamente importante uma vez que o tónus muscular resulta da atividade complexa de toda a organização nervosa, chegando à definição de tónus emocional (Guiose, 2007). O tónus é a base da manutenção do movimento e da postura e garante a preparação e a harmonia de um movimento, bem como a sua expressão corporal da vida emocional (Coly-Layani, 2014). A relaxação incrementa sentimentos de tranquilidade, conforto e baixa tensão no corpo e mente (Smith, 2007)

A relaxação faz parte do campo de competência do psicomotricista. É uma técnica de mediação corporal que envolve a presença concreta do corpo no mundo e leva o sujeito a um relacionamento sereno com o corpo e com o outro (Coly-Layani, 2014). As vivências corporais proporcionadas em Psicomotricidade e relaxação, poderão ser mediadas a partir do simples toque corpo a corpo ou por objetos (bolas, lenços, cordas e bastões), que acarretam por vezes uma função transitiva, ou até mesmo pela auto-massagem, menos invasiva, mais securizante e reguladora das tensões ansiosas e expectantes das primeiras fases de intervenção (Maximiano, 2004).

Historicamente, a relaxação como uma prática com fins terapêuticos aparece em meados do século XX, através da criação de dois métodos que serviram como referência para os restantes: o Treino Autógeno de Johannes Schultz (1932) e a Relaxação Progressiva de Edmund Jacobson (1938). Em 1938, Jacobson desenvolve o método que denominou “Relaxação Progressiva”. Este resulta da alternância da sensação de contração e descontração, fomentando os sentimentos de bem-estar e de relaxamento que, por sua vez, estão associados a uma diminuição da frequência cardíaca, redução da pressão sanguínea e a outras mudanças psicofisiológicas que refletem uma diminuição da estimulação simpática (Almeida & Araújo, 2005). Este reconhecimento das tensões permite ao paciente aprender a controlar e diminuir o impacto das mesmas na sua vida emocional (Guiose, 2008). Johannes Heinrich Schultz desenvolveu o “Treino Autógeno” (1932), uma técnica de relaxação terapêutica que contempla a utilização de técnicas sugestivas e de interpretações psicanalíticas. Este método centra-se na indução de sensações de calma, repouso, peso e calor (que caracterizam o estado de hipnose) a fim de levar os pacientes a uma descontração mental. Esta técnica serviu de referência às práticas de relaxação terapêutica que se baseiam na autoconcentração e na sugestão (Guiose, 2008).

A relação terapêutica é uma relação de partilhas, onde o terapeuta observa e mede as oscilações tónicas do indivíduo, por meio da palavra, por mobilizações do corpo ou por objetos, transmitindo sempre um ambiente calmo, tranquilo, securizante e descontraído para além de se sugerir o acesso à passividade e entrega em confiança, o indivíduo não deve impor a si mesmo qualquer sugestão. Deve ser ele próprio nas suas vontades e desejos, os quais são fundamentais para as opções terapêuticas (Maximiano, 2004).

Porém, importa ressaltar que as técnicas de relaxação não são exclusivas do psicomotricista, mas este, pela sua formação, poderá aplicar com eficácia muitas das técnicas enquanto especialista de terapias que utilizam o corpo como mediador (Saint-Cast, 2015). Martins (2001), defende que a relaxação em psicomotricidade funciona como uma ponte entre o que é sentido e o que é vivido pelo indivíduo nessa experiência corporal, foca-se essencialmente no plano não verbal e na base tonicoemocional. Durante a relaxação o diálogo tonicoemocional estabelece-se pela proxémia e pelo tipo de mobilização do terapeuta em relação ao indivíduo. A relaxação pode assim abrir possibilidades para a descoberta esquemática, cognitiva e espacial do corpo e ainda para a imagem e representação subjetiva do corpo próprio, tendo em conta como é olhado pelo outro e como o sujeito se sente perante esse olhar.

De uma forma geral, a relaxação recorre a uma série de métodos usados pelo psicomotricista. A maioria dos métodos tem o mesmo princípio ativo e difere consoante a intencionalidade do terapeuta. Estes métodos devem diferir consoante o pensamento teórico, a população e o objetivo. Segundo o autor e psicomotricista Guiose (2008), os métodos de relaxação terapêutica podem ser entendidos em duas categorias: de base fisiológica, como a Relaxação Progressiva de Jacobson (1938), a Relaxação Ativo-Passiva de Wintrebert (1986), a Relaxação Psicomotora Dinâmica de Dupont (1998) e a Eutonia de Gerda Alexander (1983); e de base psicológica, como é o caso do Treino Autógeno de Schultz (1958), a Relaxação Terapêutica de Jean Bergès (1985), a Reeducação Psicotónica de Ajuriaguerra (Lemaire, 1964) e a Sofrologia de Caycedo (1964). Todos os métodos de relaxação terapêutica devem ser adaptados ao paciente ou grupo de pacientes em que serão aplicados de forma a garantir uma melhor intervenção (Giose, 2008, Guiose, 2015). Mesmo assim, a relaxação em psicomotricidade, não pretende usar um conjunto de técnicas formatadas, mas sim aplicar fundamentos adaptados às características intrapessoais dos indivíduos, contribuindo, positivamente, para uma maior perceção corporal e estabelecimento da

relação entre corpo e emoção. Neste sentido, é necessário o conhecimento das características individuais e da história pessoal do sujeito, de modo a compreender o seu funcionamento em termos de estruturação tónica e de ritmicidade corporal (Maximiano, 2004).

A fundamental relação terapêutica deve considerar a gestão do toque e da proxémia de acordo também com as características de cada indivíduo, é importante que o terapeuta saiba observar e avaliar as oscilações tónicas da pessoa a seu cuidado, atendendo à postura que este apresenta, à inibição ou defensividade, uma vez que podem estar relacionados à utilização do toque ou à distância que é mantida no contacto com o indivíduo. É ainda importante a gestão da mobilização passiva, corporal ou por objetos, da gestão da palavra e do silêncio, da possibilidade de iniciativa do próprio sujeito em relação às atividades, transmitindo sempre um ambiente calmo, tranquilo, securizante e descontraído (Martins, 2001; Boscaini, 2003 cit in Maximiano 2004). É ainda importante que as técnicas de relaxação sejam adequadas às características de cada pessoa, pois apenas desta forma é possível obter melhorias no seu bem-estar global (Guiose, 2007; Seaward, 2009).

A nível do cancro, a relaxação tem vindo a ser investigada como complementar ao processo de cura. Porém, a investigação ainda é pouco clara sobre quem, como e qual a relaxação mais eficaz. As metodologias de investigação são também elas bastante divergentes. De forma a controlar a dor e diminuir a fadiga nos pacientes submetidos aos tratamentos, é essencial examinar com rigor as intervenções não farmacológicas que têm menor probabilidade de sofrer efeitos secundários e podem provocar uma resposta de relaxamento de forma a manter a qualidade de vida (Daley, 1997; Sturgeon, Wetta-Hall, Hart, Good, & Dakhil, 2009).

Sabemos, também, que as abordagens complementares e alternativas são as práticas que ajudam os indivíduos a adotar uma vida saudável e melhorar a sua qualidade de vida, constituindo-se como abordagens de oportunidade única para um tratamento holístico. A massagem, por exemplo, na literatura, é relatada como uma abordagem complementar e eficaz no alívio dos sintomas gerais e dos efeitos secundários que os pacientes com cancro sofrem devido à doença e ao tratamento (Karagozoglu & Kahve, 2013). Algumas destas descobertas referem que o toque da massagem possibilita benefícios subjetivos que incluem o relaxamento, melhor humor, bem-estar, redução da

dor, da náusea, ansiedade e fadiga, aumento da vitalidade e satisfação (Tabatabaee et al., 2016).

1.7.2. Relaxação, o toque e Cancro.

Se voltarmos à origem, nas relações precoces, qualquer relação com um bebé é toque e contacto. O toque é tão inseparável da relação que se constitui como potencial fundador do desenvolvimento da identidade. Todo o corpo é envolvido e acolhido. Estas são condições decisivas para que se esteja em devida relação com o mundo. O contacto é, então, a tradução corporal da permanência de um relacionamento reconfortante, consolador, protetor e restritivo (Potel, 2000).

Lauras-Petit (2015) afirma que não há uma única forma de tocar, o contacto é percebido pelas intenções que o impulsionam. A sua variedade é tão grande quanto a variedade de sugestões visuais e modulações de voz. A autora propõe ainda uma variedade de tipos de toque, a saber, o toque objetificante, excitante, invasivo, excitante, reprimido, de cuidado, surpreendente, estruturante, firme, solidário, sedutor, profundo, diferenciado, enraizado, ajustado, rítmico e apaziguante. Este último, o toque apaziguante, considera-se o toque que pretende atingir a calma e harmonia corporais e que consideramos estar na base da intenção terapêutica em estudo.

Embora haja muitas formas de toque, nomeadamente os que ocorrerem dentro de um ambiente médico, o toque usado na massagem terapêutica é único. Na terapia de massagem, o toque é o foco da interação entre pacientes e terapeutas. É uma forma não verbal de comunicar que ensina, acalma e apoia. Mesmo quando os terapeutas procuram e tocam em áreas doridas ou sensíveis, seu toque não envolve “agressão”, nem dor, como acontece durante os procedimentos médicos (Russell, Sumler, Beinhorn, & Frenkel, 2008). O toque que do psicomotricista pratica tem um certo controlo devido à sua intervenção sobre o corpo, levando e conta um compromisso relacional tanto do lado do terapeuta como do lado do paciente. Quando tocamos o corpo de um paciente existe efeito direto e imediato sobre a tonicidade de ambos (Potel, 2000).

Da literatura revista, depreende-se que a relaxação e o toque terapêutico são importantes mediadores na amenização dos vários sintomas enunciados como secundários ao cancro, nomeadamente o cancro da mama. Através da massagem e do

toque, os pacientes aprendem a sintonizar-se com os seus sentimentos, a lidar com a doença, com eles mesmos e com o meio envolvente, reduzindo os sintomas e potencializando a QDV (Visser et al., 2011). O toque possibilita ainda o reconhecimento corporal e ensina o paciente a respeitar melhor as necessidades do seu corpo (Janssen, 2006).

No que consta à dor, a IASP (2010) aconselha a prática de massagens terapêuticas, pois estas técnicas envolvem a manipulação, a aplicação de pressão, a fricção ou movimentos de deslizamento entre os tecidos moles e a pele para promover a circulação, o relaxamento e aliviar a dor. As técnicas e graus particulares de pressão podem variar em cada um dos inúmeros tipos de massagem terapêutica.

Muitos dos tipos de toque terapêutico pressupõem aliviar e relaxar os músculos, dado que o próprio toque humano costuma ser benéfico e pode reduzir a dor. Os muitos efeitos fisiológicos da massagem incluem a melhoria da função imunológica, a diminuição dos níveis de cortisol e adrenalina e a melhoria das circulações sanguínea e linfática, além das sensações de bem-estar verbalizadas pelos doentes. Este tipo de mediador pode ainda melhorar a função endócrina e potencializar as células “Natural Killer”, células estas que têm um forte impacto na luta contra os tumores (Field, 2014; Field, Diego, & Hernandez-Reif, 2007; Hernandez-Reif et al., 2004; Janssen, 2006).

Desta forma, destacamos a existência de vários tipos de massagem e as técnicas de contacto que podem ser similares, contudo as mesmas distinguem-se pela sua orientação terapêutica. O toque terapêutico desenvolvido, neste estudo, apoia-se na constatação de que os pacientes apresentam modificações e manifestações corporais em relação ao seu sintoma psíquico, uma vez que a descontração muscular permite uma relaxação específica ligada a um contacto físico (André et al., 2004).

O toque terapêutico deve ainda ser bem definido e pensado em equipa, nomeadamente as suas indicações e contra-indicações. É necessário ter ainda em atenção a dependência que pode vir a ser desencadeada. Nas terapias corporais que defendem o toque, considerando que se trata de pacientes com grandes dificuldades, deve ser levada em grande conta as atitudes e contra-atitudes (Lauras-Petit, 2015).

É igualmente importante referir a presença e atitude do terapeuta cujo trabalho dinâmico sobre o toque permite a revalorização do corpo, a contenção e o diálogo tónico-

emocional no paciente (André et al., 2004). Constata-se, também, que a sua presença contínua e segura pode atenuar os níveis de dor e o estado de humor (Post-White et al., 2003). Este tipo de mediador parece ser um meio não invasivo de controlo sintomático para pacientes com doença crónica grave. É ainda, económico, reconfortante, livre de efeitos secundários e tem sido muito apreciado pelos pacientes (Cassileth & Vickers, 2004; Vickers & Cassileth, 2001).

2. Metodologia

O estudo que se apresenta baseia-se numa abordagem quase-experimental de metodologia quantitativa. Segundo Ribeiro (2010), os estudos quase experimentais são uma variação dos estudos verdadeiramente experimentais em que o controlo é menor. A variável independente é controlada, assim como muitos outros aspetos da investigação, mas os participantes não são distribuídos de modo aleatório pelos grupos.

2.1. Tipo e desenho de estudo

A recolha dos dados e intervenção balizaram-se entre novembro de 2017 e abril de 2018. As rotinas diárias não foram alteradas em ambos os grupos, sendo que a única diferença foi a intervenção no grupo experimental. Contudo, por questões éticas, foi garantida a total disponibilidade do usufruto da intervenção ao grupo controlo, após a intervenção com o grupo experimental.

Sendo um estudo de desenho quase-experimental, aplicámos o protocolo de relaxação apenas ao grupo experimental e comparámos os resultados com o grupo controlo.

Após a recolha da amostra, esta foi dividida de forma conveniente entre grupo controlo e grupo experimental, para que fosse possível englobar o máximo de participantes.

Consideramos que tivemos três fases de avaliação: o momento pré-intervenção, pós-intervenção e momento follow-up.

No momento pré-intervenção, no grupo experimental, aplicámos a avaliação R1, R2 e R3: R1 corresponde a uma fase primária, na qual foram entregues os questionários e se promoveu uma relação de confiança, esclarecendo todas as dúvidas; R2 e R3 correspondem às recolhas salivares antes e após a primeira sessão. Ao grupo controlo foi apenas efetuado o momento R1.

No momento pós-intervenção no grupo experimental, aplicámos as avaliações R4 e R5, correspondentes às recolhas salivares antes e após a última sessão. Neste momento, procedemos à entrega dos últimos questionários.

No momento Follow-up, efetuámos apenas avaliações ao grupo experimental, R6. Neste caso, foram também entregues os questionários. A tabela 1 sintetiza os momentos de avaliação.

Tabela 1-Momentos de Avaliação

	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Follow-up
Grupo Experimental	Recolha salivar R1, R2/R3 EORTC QLQ-C30 EORTC BR23 HADS	Recolha salivar R4/R5 EORTC QLQ-C30 EORTC BR23 HADS	Recolha salivar R6 EORTC QLQ-C30 EORTC BR23 HADS
Grupo Controlo	Recolha salivar R1 EORTC QLQ-C30 EORTC BR23 HADS	Recolha salivar R4 EORTC QLQ-C30 EORTC BR23 HADS	----

Após a administração dos questionários, estes foram cotados de acordo com as indicações dos autores; os dados foram analisados recorrendo ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 23.

2.2. Questões da Intervenção

Segundo a revisão da literatura, inferimos da inequívoca necessidade de apoios que ajudem a mulher com cancro da mama a viver e ultrapassar os efeitos dolorosos, pungentes e angustiantes do diagnóstico, bem como os tratamentos inerentes à mesma doença. Como meio de ultrapassar ou atenuar os referidos efeitos, surge, como sugestão, a relaxação com mediador de toque. Desta forma apresentamos como questões:

- Poderá a relaxação atenuar sintomatologia, como a ansiedade e a dor, secundária em mulheres com cancro da mama?
- Poderá a relaxação melhorar a QDV em mulheres com cancro da mama?

2.3. Objetivos da Investigação

O presente estudo empírico emergiu da necessidade da compreensão dos efeitos de uma intervenção psicomotora, com incidência na relaxação com mediador de toque terapêutico na QDV, ansiedade e dor em doentes com cancro da mama.

A abordagem das questões sobre estes efeitos convocou o estabelecimento dos seguintes objetivos:

- a) perceber os efeitos da relaxação com mediador de toque terapêutico a nível da QDV das doentes com cancro da mama;
- b) compreender os efeitos da relaxação com mediador de toque terapêutico no estado de ansiedade e níveis de cortisol de pacientes com cancro da mama;
- c) alcançar os efeitos da relaxação com mediador de toque terapêutico na percepção de dor de doentes com cancro da mama.

2.4. Amostra

A técnica de amostragem utilizada foi a do tipo não probabilístico de informantes estratégicos escolhidos por especialistas. Ribeiro (2010) define este tipo de amostragem como o tipo de amostra em que se pede a um especialista que escolha os indivíduos típicos representativos das características em estudo. Neste caso, foi pedida a opinião à Enfermeira Chefe, Psicólogo Responsável e Técnica de Radioterapia do serviço de Oncologia do Hospital do Espírito Santo de Évora. Foram, assim, recrutadas vinte e três mulheres. Optámos pelos seguintes critérios de inclusão: 1) diagnóstico de Cancro da Mama; 2) mulheres imersas em protocolos de tratamentos (quimioterapia, radioterapia ou tratamento hormonal; 3) aprovação do médico responsável para a participação no estudo; 4) possibilidade de deslocação ao local das sessões.

2.4.1. Procedimento de recolha de amostra

Num período de cinco semanas, foram contactadas pelas investigadoras todas as senhoras indicadas que se deslocaram ao serviço de oncologia (n=67) para tratamentos ou consultas. Foi-lhes explicado o estudo, foram convidadas a participar e dada a garantia de que toda a informação seria confidencial, nesta fase foi dado um período de reflexão, após este período 29 mulheres demonstraram não ter interesse em participar

(n=38). O acesso aos registos foi restrito às investigadoras e a identificação dos participantes foi efetuada por codificação alfanumérica, para que os dados, após analisados, possam ser publicados em estudos e publicações científicas, garantindo a confidencialidade dos participantes e dos respetivos registos.

Após 15 desistências devido a questões de disponibilidade foram recolhidos os consentimentos informados (n=23), devidamente assinados, iniciou-se a implementação do estudo. Às mulheres que ficaram no grupo de controlo, após a fase experimental, também lhes foi conferido o direito à fruição da intervenção, caso assim o entendessem. O estudo em análise foi aprovado pelas Comissões de Ética da Universidade de Évora e do Hospital do Espírito Santo de Évora, bem como pelo Diretor Clínico do Serviço de Oncologia e Diretor Clínico do Serviço de Radioterapia. Abaixo (Figura 1) apresentamos uma figura ilustrativa do resultado do processo de recolha.

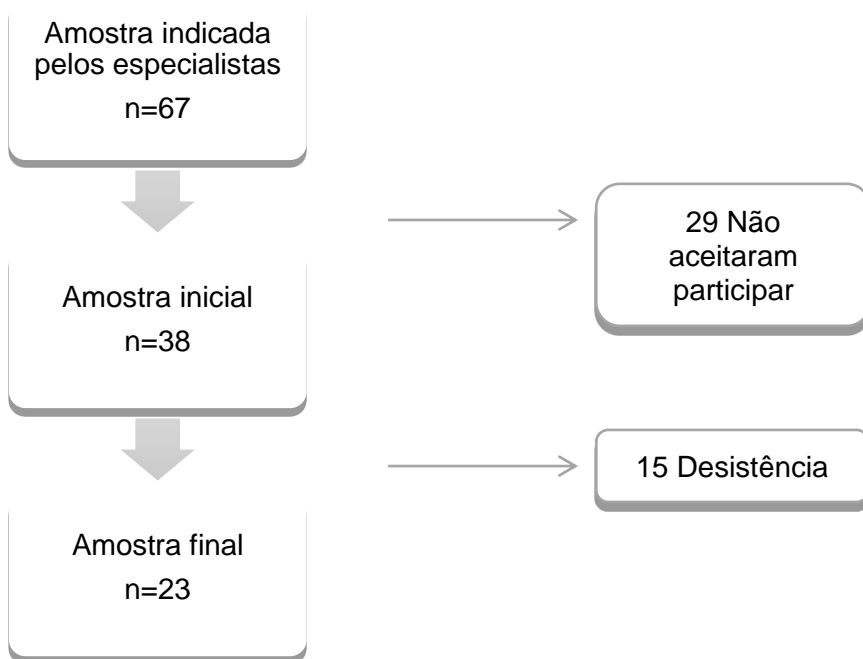


Figura 1-Processo de recolha de amostra

2.4.2. Caracterização da amostra

Feita a recolha da amostra, tendo em vista os critérios de inclusão já mencionados e feita a distribuição pelos grupos controlo e experimental, iniciámos a intervenção. Abaixo, na tabela 2, apresentamos a análise descritiva da amostra e as diferenças entre

os grupos. Percebemos, nesta análise, que existe uma diferença significativa nas idades dos grupos.

Tabela 2-Dados Sociodemográficos

	GE (N=13)		GC (N=10)		p-valor ^{a,b}
	n	%	n	%	
Idade	53,08±5,95		61,70±10,09		0,018
Estado civil					0,866
	Solteira	1	7,7	-	-
	Casada	6	46,2	6	60
	União de facto	1	7,7	1	10
	Divorciada	3	23,1	-	23
	Viúva	2	15,4	3	30
Habilitações literárias					0,065
	Ensino básico	5	35,5	6	60
	Ensino secundário	1	7,7	1	10
	Licenciatura	1	7,7	2	20
	Bacharelato	5	38,5	1	10
	Mestrado	1	7,7	-	-
Fase de tratamento					0,594
	Quimioterapia	5	38,5	5	50
	Radioterapia	3	23,1	2	20
	Tratamento hormonal	5	38,5	3	30
Estadio do cancro					0,703
	I	1	7,7	2	20
	II	10	76,9	6	60
	III	1	7,7	2	20
	IV	1	7,7	-	-

Nota: (M) Média; (DP) Desvio Padrão; (a) valores de p para a comparação entre o grupo experimental e o grupo controlo. (b) valores de p obtidos a partir do teste de Mann-Whitney para variáveis não paramétricas

2.5. Variáveis e instrumentos de avaliação

2.5.1. Qualidade de Vida – EORTC QLQ-C30

Para avaliar a QDV, foi utilizada a versão portuguesa do questionário *Quality of Life Questionnaire Core-30* (QLQ-C30) (Aaronson et al., 1993), da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), validado para a população portuguesa pela equipa de Pais-Ribeiro (2008). Este questionário qualifica-se por ser específico para avaliar a QDV na população oncológica. O EORTC QLQ-C30 é constituído por trinta questões que se subdividem em três grupos de escalas: (1) o estado global de saúde e QDV (QL2); (2) as escalas funcionais compostas pelo funcionamento físico (PF2), limitações funcionais (RF2), funcionamento emocional (EF), funcionamento cognitivo (CF) e funcionamento social (SF); (3) itens/escalas sintomáticas compostas pelas subescalas fadiga (FA), náuseas e vômitos (NV), dor (PA), falta de ar (DY), insónia (SL), falta de apetite (AP), obstipação (CO), diarreia (DI) e dificuldades financeiras (FI).

2.5.1.1. Escala do EORTC específica ao cancro da mama – EORTC BR23

O EORTC BR23 especifica-se para a população com cancro da mama e é constituído por vinte e três questões que se subdividem em duas escalas: (1) a escala funcional composta pelas subescalas imagem corporal (BRBI), funcionamento sexual (BRSEF), prazer sexual (BRSEE) e perspetivas futuras (BRFU); (2) a escala sintomática composta pelas subescalas efeitos da quimioterapia (BRST), sintomas na mama (BRBS), sintomas no braço (BRAS) e preocupação com a queda do cabelo (BRHL). A pontuação das questões é dada em escalas de tipo Likert, de forma a que, quanto mais elevado o valor obtido, menor é a qualidade de vida, exceto nas questões 44, 45 (BRSEF) e 46 (BRSEE) do QLQ-BR23 em que, quanto maior a pontuação, melhor a QDV avaliada.

2.5.2. Ansiedade - HADS

Para avaliar a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva, foi utilizada a versão portuguesa do *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). Esta escala foi validada pela equipa de Pais-Ribeiro (2007). O autor defende ainda que a HADS é um questionário breve e fácil de usar. É constituído por catorze questões que se dividem em duas subescalas - ansiedade e depressão - de sete itens cada, em que resultados mais elevados indicam um maior nível de Ansiedade. Demora

2-5 minutos para completar. O manual da HADS indica que uma pontuação entre 0 e 7 é "normal", entre 8 e 10 "leve", entre 11 e 14 "moderada" e entre 15 e 21 "grave".

2.5.3. Cortisol salivar

Para avaliar o nível de Cortisol salivar, procedemos a recolhas de quatro minutos, em vários momentos que passamos a descrever: a primeira recolha (R1), na primeira sessão, antes da intervenção, no caso do grupo controlo sem intervenção. Esta recolha coincide com o momento da entrega dos primeiros questionários; a segunda recolha (R2) apenas ao grupo experimental, antes da primeira sessão; a terceira recolha (R3), depois da primeira sessão; na última sessão, a recolha (R4) antes da intervenção, no caso do grupo controlo sem intervenção; a recolha (R5) após a última sessão. Esta última recolha coincide com o momento da entrega dos últimos questionários. Posteriormente, para a análise do Cortisol salivar, foram utilizados kits ELISA. Este procedimento de recolha, bem como a análise do cortisol salivar, foram aconselhados por especialistas do Departamento de Biologia da Universidade de Évora.

2.5.4. Dor – END

Para a dor utilizámos a escala Analógica Numérica da Dor. Nesta escala, é pedido aos doentes que classifiquem a intensidade da sua dor numa escala numérica geralmente de 0, que indica "Sem dor", a 10, que indica a "Pior dor imaginável".

Esta escala é fácil de utilizar, permite medidas aproximadas e consiste na utilização de uma régua dividida em 11 partes iguais, numeradas de 0 a 10, que pode ser apresentada na horizontal ou vertical. A classificação numérica indicada pelo doente é a que se regista na folha de sinais vitais. A escala visual analógica e a escala numérica são bastante concordantes e igualmente sensíveis na avaliação. Considera-se que funcionam melhor para uma avaliação subjetiva da dor do doente no momento (intensidade de dor no presente). Contudo, podem igualmente ser usadas para avaliar a evolução da dor nas últimas horas ou semanas (Carvalho, 2010).

2.6. Procedimentos

Após a recolha de todas as participantes, foi combinado o primeiro encontro. Neste primeiro encontro, foram efetuadas as primeiras avaliações (R1) e entregues os questionários. Neste momento, foi também apresentado o local da intervenção, a saber, um gabinete privado com marquesa no serviço de radioterapia Lanicare do Hospital Espírito Santo de Évora. Esclarecidas todas as dúvidas, procedeu-se ao período de intervenção de oito semanas, após as quais se administrou a avaliação final a ambos os grupos (experimental e controlo). Seguidamente, dispusemos de um período de mais oito semanas para intervir no grupo controlo, caso as participantes o desejassem. Finalizada esta fase, voltámos a avaliar o grupo experimental (follow-up) para verificar efeitos crónicos da intervenção.

2.7. Intervenção

Tendo em conta a revisão bibliográfica e as competências do psicomotricista, planeámos, com as participantes da amostra, as sessões do período de intervenção. Importa referir que a relaxação aplicada teve como base o procedimento de toque terapêutico ensinado pelo Professor e Psicomotricista Marc Guiose, durante o período letivo do Mestrado em Psicomotricidade Relacional da Universidade de Évora, no ano de 2016.

2.7.1. Contexto e características

O protocolo de relaxação contemplou sessões bissemanais em meio hospitalar e domiciliário de cerca de quarenta e cinco minutos cada, ao longo de oito semanas. As sessões decorreram em gabinete próprio (figura 3) na Unidade de Radioterapia do Hospital do Espírito Santo de Évora, pertencente à sociedade *Lanicare*, visando a máxima privacidade e conforto das intervenientes.

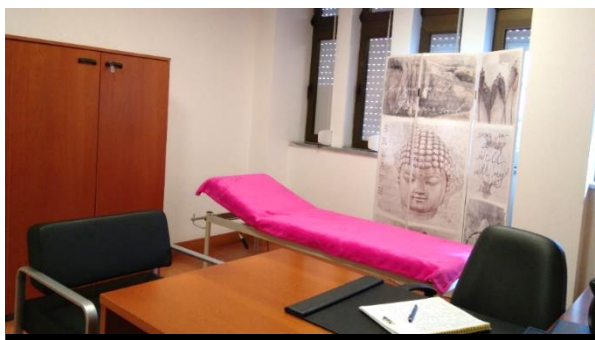


Figura 2-Espaço onde se realizaram as sessões

Tendo em consideração o conforto e a facilidade no planeamento das sessões e das avaliações, foi distribuído um cartão (anexo VI) a cada paciente no qual constava o planeamento das sessões e os contactos, na eventualidade de se tornar necessária alguma alteração.

A flexibilidade para o prolongamento destas semanas, sempre que houve necessidade, foi uma prática recorrente, considerando a situação de cada participante, nomeadamente por ausência nas sessões, face à dificuldade de saírem de casa, devido aos tratamentos de quimioterapia. Neste caso, dado que as sessões ocorreram na estação do inverno, atendeu-se à segurança e bem-estar das pacientes, sobretudo a nível da valorização do sistema imunológico.

Para que as investigadoras estivessem identificadas, promovendo assim a confiança terapêutica e identificação perante a equipa médica, foi utilizada uma farda confortável que as identificava como psicomotricistas (figura 4).



Figura 3-Farda para identificação das investigadoras

2.7.2. Estrutura da sessão

Como início, cada sessão previa uma abordagem informal, a fim de estabelecer e promover uma relação terapêutica de confiança. Posteriormente, solicitava-se às participantes que se descalçassem e se colocassem na marquesa, da forma mais confortável possível. Sempre que ocorreram casos mais severos de dor, foi dado apoio e levantada a marquesa de modo a que as pacientes ficassem na posição de sentadas.

O toque terapêutico era suave, apaziguante, contínuo e repetido em cada secção do corpo. O respeito pelo corpo e espaço pessoal de cada participante eram prioritários, havendo flexibilidade caso o protocolo de toque terapêutico necessitasse de ser reajustado ou interrompido para alguma participante. Primeiramente, pedia-se à participante que se colocasse em posição confortável e, se preferisse, de olhos fechados; posteriormente, dava-se um tempo para respirar profundamente, as vezes necessárias, para estabilizar o ritmo respiratório. No momento em que a participante dava a autorização para iniciar o toque, começávamos o toque no braço esquerdo, em movimentos delicados, do ombro à mão, exercendo alguma pressão nesta.

Após três a cinco repetições, reiterávamos o mesmo procedimento no braço direito. Seguidamente, sem nunca perder o contacto com a participante, passávamos para as pernas: primeiro, na perna esquerda, com a mesma metodologia de toque. Começávamos na coxa e seguíamos até ao pé; neste, exercíamos alguma pressão. Após três a cinco repetições, alternávamos para a outra perna. Por fim, nesta zona do corpo, repetíamos o mesmo movimento, em ambas as pernas, exercendo, simultaneamente, no fim o micro estiramento.

De referir que este não era executado em participantes com metástases nos ossos ou com dores graves a nível da coluna. Posteriormente, voltávamos aos braços, executando duas a três repetições e, por fim, à cabeça. Nesta, fazíamos uma compressão leve e uma breve massagem no coro cabeludo, com movimentos até aos ombros, terminando no braço esquerdo, à semelhança do que se fizera inicialmente, havendo, porém, diferença do tempo de pressão na mão.

Na fase final da sessão, facultávamos, à participante, o tempo necessário para acordar e aconselhávamos a que se levantasse cuidadosamente; sempre que necessário, era

prestado auxílio e, como prática final, estabelecíamos um diálogo sobre o sucedido, o sentido e o vivido.

2.8. Tratamento de dados

Os resultados das avaliações foram registados em bases de dados em folhas de cálculo do *Microsoft Excel* e, através das fórmulas próprias de cada teste, elaborámos os scores da amostra. De seguida, os dados foram analisados estatisticamente através do programa *Statistical Pacjage for the Social Sciences (SPSS)*, versão 23.

Sendo a amostra reduzida e constatando-se um elevado número de variáveis que não respeitava a normalidade e homogeneidade necessária à utilização de testes paramétricos, optámos por seguir exclusivamente o caminho de testes não paramétricos seguindo, assim, a recomendação de Ribeiro (2010).

Deste modo, para a comparação de variáveis entre grupos (GE e GC) num único momento (pré-intervenção, pós-intervenção ou follow-up), aplicámos o teste *Mann-Whitney*. Para compararmos a diferença intra-grupal entre os vários momentos de avaliação (ex: momento pré-intervenção com momento pós-intervenção), aplicámos o teste *Willcoxon*.

3. Resultados

No presente capítulo, apresentamos os resultados obtidos dos instrumentos acima descritos nos vários momentos de avaliação, a saber, momento pré-intervenção, pós-intervenção e follow-up, dos dois grupos em estudo.

Em primeiro lugar, indicamos os dados dos questionários EORTC QLQ-C30 e BR20, para percebermos o impacto da intervenção na QDV. Posteriormente, apresentamos os resultados relativos à ansiedade através do questionário HADS e níveis de cortisol. Por fim, apresentamos a avaliação das participantes da sua própria dor pela escala numérica da dor (END).

Importa referir que não vamos apresentar os resultados do momento Follow-up por não termos encontrado evidências e por não nos ter sido possível avaliar o GC.

3.1. Qualidade de Vida – EORTC QLQ-C30

Começámos por verificar a variância intergrupar em dois momentos de avaliação (pré-intervenção e pós-intervenção). Importa referir que, para as subescalas Saúde e Qualidade de Vida Global (QL2), Funcionamento Físico (PF2), Limitações Funcionais (RF2), Funcionamento Emocional (EF), Funcionamento Cognitivo (CF), Funcionamento Social (SF), quanto maior for o valor, melhor é o indicador de qualidade de vida. Para as subescalas Fadiga (FA), Náuseas e Vômitos (NV), Dor (PA), Falta de Ar (DY), Insónia (SL), Perda de Appetite (AP), Obstipação (CO), Diarreia (DI), Dificuldades Financeiras (FI), uma vez que refletem os sintomas e problemas associados à doença e tratamentos, quanto maior for o valor, menor é a QDV.

Na tabela 3 que se apresenta de seguida, percebemos que apenas se registaram diferenças significativas a nível do sintoma da Fadiga (p -valor = 0,039) no GC, não tendo havido alterações significativas no GE após o período de intervenção. Percebemos também, comparando os dois grupos no momento pré-intervenção que, à partida, não havia diferenças significativas em nenhuma das subescalas. Já no momento pós-intervenção, verificámos unicamente uma diferença significativa entre os dois grupos na subescala Saúde e Qualidade de Vida Global (QL2) (p -valor = 0,020). Esta diferença reflete uma melhoria no caso do GE e um decréscimo no caso do GC.

Tabela 3-Resultados das diferenças intra-grupais do questionário EORTC QLQ C-30 entre os momentos pré e pós intervenção

Subescalas	Grupo	Momento da intervenção		p-valor ^b
		Pré intervenção (M±DP)	Pós intervenção (M±DP)	
QL2 ^{*a}	GE	50.641 ± 11.518	53.205 ± 15,038	0,571
	GC	40.833 ± 14.407	38.333 ± 14,803	0.102
PF2	GE	62.179 ± 19.737	64.103 ± 19.727	0.167
	GC	66.000 ± 19.739	69.333 ± 19.424	0.458
RF2	GE	66.667 ± 21.517	66.667 ± 23.570	1.000
	GC	56.667 ± 43.885	70.000 ± 39.126	0.157
EF	GE	62.821 ± 24.442	63.462 ± 24.185	0.263
	GC	63.334 ± 23.636	75.833 ± 16.874	0.058
CF	GE	60.257 ± 19.882	58.974 ± 23.189	0.750
	GC	66.667 ± 29.397	68.333 ± 21.445	0.655
SF	GE	52.564 ± 28.744	64.103 ± 31.802	0.232
	GC	60.000 ± 30.882	66.667 ± 23.570	0.854
FA	GE	43.590 ± 21.014	45.299 ± 15.357	0.765
	GC	45.555 ± 27.938	55.556 ± 20.820	0.039 *
NV	GE	1.282 ± 4.623	2.564 ± 6.259	0.564
	GC	6.667 ± 11.653	10.000 ± 14.054	0.317
PA	GE	47.436 ± 33.916	46.154 ± 33.440	0.931
	GC	38.333 ± 39.323	35.000 ± 32.820	0.655
SL	GE	41.026 ± 45.448	33.333 ± 38.490	0.496
	GC	33.333 ± 35.136	30.000 ± 33.148	0.683
AP	GE	5.128 ± 12.518	10.256 ± 16.013	0.157
	GC	23.333 ± 35.312	23.333 ± 38.650	0.854
CO	GE	12.820 ± 16.879	12.821 ± 21.681	0.705
	GC	23.333 ± 31.623	23.333 ± 27.441	1.000
DI	GE	7.692 ± 14.617	5.128 ± 18.490	0.705
	GC	10.000 ± 22.498	10.000 ± 22.498	1.000
FI	GE	38.462 ± 38.118	28.205 ± 29.957	0.433
	GC	36.667 ± 36.684	30.000 ± 33.148	0.593

Nota: (QL2) Saúde e Qualidade de Vida Global; (PF2) Funcionamento Físico; (RF2) Limitações Funcionais; (EF) Funcionamento Emocional; (CF) Funcionamento Cognitivo; (SF) Funcionamento Social; (FA) Fadiga; (NV) Náuseas e Vômitos; (PA) Dor; (DY) Falta de Ar; (SL) Insónia; (AP) Perda de Apetite; (CO) Obstipação; (DI) Diarreia; (FI) Dificuldades Financeiras; (a) $p < 0.05$ entre o GC e GE no momento pós-intervenção – teste Mann-Whitney; (b) p-valor calculado através do teste Willcoxon; (*) $p < 0.05$.

3.2. BR23

Em relação aos resultados dos Questionários EORTC BR23, relembramos que esta escala se apresenta como um suplemento da escala QLQ-C30 e se destina a um aprofundamento do impacto do cancro da mama especificamente. Compreenda-se também que os valores dos scores das subescalas Imagem Corporal (BRBI) e Perspetiva Futura de Saúde (BRFU) quanto maiores, melhor representam os referidos itens, o que não acontece nas restantes subescalas, designadamente, Prazer Sexual (BRSEF), Função Sexual (BRSEE), Efeitos Físicos da Quimioterapia (BRST), Sintomas da Mama (BRBS), Sintomas do Braço (BRAS) e Preocupação com a Queda de Cabelo (BRHL). Nestas, representando efeitos secundários do cancro e dos tratamentos, quanto maior o valor, menor o seu significado em termos de qualidade de saúde e perspetiva da qualidade de vida.

Por conseguinte, apresentamos na tabela 4 a comparação dos valores intra-grupais entre os momentos de avaliação pré-intervenção e pós-intervenção. Percebemos que não existem diferenças significativas em nenhuma das subescalas.

Apura-se, no entanto, na subescala BRBI (Imagem Corporal) uma diferença significativa (p -valor = 0,031) no momento pós intervenção, entre os dois grupos. Sobre esta diferença, apesar de representar uma melhoria no grupo GE, este mantém-se com um valor médio inferior ao GC, ou seja, ambos os grupos melhoraram os níveis de imagem corporal, sendo que estes valores ficaram significativamente afastados em termos de *scores*.

Tabela 4-Resultados das diferenças intra-grupais do questionário EORTC BR23 entre os momentos pré e pós intervenção

Subescalas	Grupo	Momento da intervenção		p-valor ^b
		Pré intervenção (M±DP)	Pós intervenção (M±DP)	
BRBI *	GE	64.103 ± 27.927	73.077 ± 23.362	0.506
	GC	84.375 ± 29.017	91.667 ± 9.960	0.285
BRSEF	GE	11.538 ± 15.789	10.256 ± 14.495	0.655
	GC	14.583 ± 24.296	12.500 ± 17.251	0.655
BRSEE	GE	5.128 ± 12.518	10.256 ± 16.013	0.157
	GC	12.500 ± 17.251	16.667 ± 25.198	0.317
BRFU	GE	23.077 ± 28.495	28.231 ± 30.086	0.719
	GC	25.000 ± 29.547	12.375 ± 17.079	0.497
BRST	GE	30.403 ± 20.067	27.106 ± 16.193	0.476
	GC	29.167 ± 17.897	30.953 ± 16.298	0.773
BRBS	GE	22.436 ± 16.452	28.205 ± 24.893	0.371
	GC	16.667 ± 16.667	15.625 ± 11.302	0.458
BRAS	GE	35.043 ± 25.598	31.624 ± 30.377	0.959
	GC	38.889 ± 34.631	37.500 ± 20.520	0.546
BRHL	GE	20.513 ± 39.764	7.692 ± 19.972	0.179
	GC	12.500 ± 24.801	12.500 ± 24.801	0.317

Nota: (BRBI) Imagem Corporal; (BRSEF) Função Sexual; (BRSEE) Prazer Sexual; (BRFU) Perspetiva Futura de Saúde; (BRST) Efeitos Físicos da Quimioterapia; (BRBS) Sintomas na Mama; (BRAS) Sintomas no Braço; (BRHL) Preocupação com a Queda de Cabelo; (*) $p < 0.05$ entre o GC e GE no momento pós intervenção – teste Mann-Whitney; (b) p-valor calculado através do teste Wilcoxon.

3.3. Ansiedade – HADS

Importa referir que apesar da HADS ter como resultados duas dimensões, Ansiedade e Sintomas Depressivos, no presente estudo, apenas salientamos a Ansiedade tendo em conta que é a única que integra as variáveis em estudo.

Observa-se na tabela 5 que não houve alterações significativas intra-grupais entre os dois momentos, pré-intervenção e pós-intervenção.

No entanto, tendo em conta a média e desvio padrão, verificámos que as participantes, de forma geral, se encontravam no momento pré-intervenção num estado “leve” de ansiedade, sendo que também ocorreram casos assintomáticos e casos “graves” daí os elevados desvios padrões.

Tabela 5-Resultados das diferenças intra-grupais do questionário HADS entre o momento pré e pós intervenção

	Grupo	Momento da intervenção		p-valor ^a
		Pré intervenção (M±DP)	Pós intervenção (M±DP)	
Ansiedade	GE	10.54 ± 5.03	10.08 ± 4.23	0.361
	GC	9.60 ± 4.99	9.8 ± 4.69	0.774

Nota : (a) p-valor calculado através do teste Willcoxon

3.4. Cortisol salivar

Para o GE, procedemos às recolhas R1 (pré-intervenção), R2 (pré-primeira sessão) e R3 (pós-primeira sessão), R4 (pré-última sessão) e R5 (pós-última sessão), R6 (follow-up). Para o GC, efetuámos duas recolhas: R1 (pré-intervenção) e R4 (pós-intervenção). Por questões organizacionais e materiais, apenas pudemos analisar o cortisol salivar das recolhas R2 e R3, R4 e R5 de sete participantes aleatórias do GE. Do GC, apenas pudemos analisar as recolhas R1 e R4 de seis participantes aleatórias do GC.

Na tabela 6, comparámos a diferença intergrupar entre os dois momentos de avaliação pré-intervenção e pós-intervenção e percebemos que existe uma diferença significativa no GC (p-valor = 0,046), a qual espelha uma subida do valor médio dos níveis de cortisol salivar.

Tabela 6- Resultados das diferenças intra-grupais dos níveis de Cortisol Salivar entre os momentos pré e pós intervenção.

Grupo	Momento da intervenção		p-valor ^a
	Pré intervenção (R2) ^b	Pós intervenção (R4) ^c	
GE (n=7)	0.149 ± 0.082	0.130 ± 0.111	0.612
GC (n=6)	0.092 ± 0.366	0.190 ± 0.107	0.046*

Nota: (a) valor de p calculado através do teste Wilcoxon; (b) primeira recolha antes da primeira sessão; (c) primeira recolha antes da última sessão, ; (*) p<0.05.

3.5. Dor – END

Apresentamos, de seguida, na tabela 7 os resultados da Escala Numérica da Dor e constatamos que não existem diferenças significativas entre os momentos Pré e Pós intervenção.

Tabela 7-Resultados das diferenças intra-grupais da END entre os momentos pré e pós intervenção

Escala	Grupo	Momento da intervenção		p-valor
		Pré intervenção	Pós intervenção	
Dor	GE	5 ± 1.915	5.31 ± 2.750	0.873
	GC	5 ± 2.708	4.5 ± 2.718	0.473

Nota: (a) valor calculado através do teste Wilcoxon

4. Discussão

Na realidade, o cancro da mama afeta de uma forma muito específica a mulher. A ciência, apesar dos significativos avanços alcançados, continua a debater-se com gravíssimas lacunas na obtenção da cura de tão terrível e disseminada doença. Se é verdade que longe vão os tempos em que muitas mulheres sofriam autênticas e incontornáveis mutilações, na expectativa de ganhar alguns anos de vida, não é menos verdade que, apesar dos avanços da medicina oncológica em parceria com a cirurgia estética, muito caminho há ainda para percorrer antes que o cancro da mama possa ser encarado como uma doença curável não traumatizante. É sabido que a prevenção se afirma como condição *si ne qua non* para um desfecho menos desestruturante para a mulher. É sabido que atualmente são frequentes os rastreios para a doença do cancro da mama e, contudo, quão distantes destas práticas estão tantas e tantas mulheres condicionadas por razões de ordem económica, geográfica e cultural, entre outras.

Os desequilíbrios emocionais vivenciados aquando do diagnóstico e durante os tratamentos são devastadores, pelo que a sua compreensão e avaliação se impõem como um grande desafio à comunidade científica. Sabemos que cada mulher é uma realidade única em termos da sua reação ao diagnóstico, à manifestação e evolução da doença. A singularidade reconhecida em todo e qualquer quadro se constitui como inequívoca prova da natureza específica de cada realidade, no universo do cancro da mama.

Controlar os fatores externos afirma-se, porventura, como um dos maiores desafios em investigações desta área, se considerarmos que o diagnóstico de cancro não vai apenas influenciar a paciente, como também toda a sua esfera ambiental: a família e as relações sociais.

Dada a inexistência de estudos sobre o efeito da relaxação com mediador de toque terapêutico aplicado por psicomotricistas, procedemos à comparação dos resultados obtidos com estudos que aplicaram toque e massagem suave sem recurso ao espiritual. A escolha desta abordagem justifica-se por acreditarmos que se assemelha ao toque aplicado neste estudo, comungando, assim, da solução encontrada por Boyd et al. (2016) e Cassileth e Deng (2004). Estes autores optaram por uma definição generalizada dos conceitos de relaxação e massagem, defendendo que a relaxação, enquanto prática de manipulação sistemática de tecido mole com as mãos e, portanto,

toque tem um impacto positivo nas pacientes, reduz o stress, melhora o relaxamento muscular, melhora a circulação, cria uma sensação de bem-estar e promove a cura.

Em primeiro lugar, em relação aos resultados do EORTC QLQ-C30, avaliámos ambos os grupos (GE e GC) antes da intervenção e depois da intervenção, de forma a percebermos o impacto da intervenção efetuada a nível da QDV.

Na análise estatística, na qual se comparam os valores intra-grupais entre o momento pré-intervenção e pós-intervenção, percebemos que não existiram diferenças significativas nas subescalas definidas, à exceção da subescala de sintomas Fadiga (FA) (p-valor de 0,039). Observando os resultados, percebemos que em ambos os grupos este sintoma piorou, mais significativamente no GC. Este resultado alerta-nos para a importância da Fadiga no cancro, pelo que é desejável que a comunidade científica valorize este sintoma de grande importância na qualidade de vida dos pacientes com cancro, seja após o diagnóstico, durante os tratamentos ou mesmo em sobreviventes (Brown & Kroenke, 2009; Redeker, Lev, & Ruggiero, 2000; So et al., 2009; Tel, Tel, & Dogan, 2011). Este resultado vai ao encontro do estudo de Karagozoglu e Kahve (2013) no qual os autores verificaram que o toque reduz a fadiga após a quimioterapia no grupo de intervenção, comparando com o grupo controlo. O mesmo acontece na revisão sistemática de Sood, Barton e Loprinzi (2007) que, apesar de não terem demonstrado que uma terapia em específico pode reduzir a Fadiga, destacaram, no entanto, de entre uma série de terapias complementares, a massagem que se apresenta como potencial amenizador deste sintoma. Contudo, este resultado é controverso, pois apesar da Fadiga não ter melhorado no GE, no GC piorou e, desta forma, a relaxação poderá ter sido protetora no sentido em que manteve a Fadiga normal, expectável e frequentemente descrita como resultado dos tratamentos (Pan, Yang, Wang, Zhang, & Liang, 2014). É importante ter em conta, tal como Sood et al. (2007) alerta que, tal como a maioria dos estudos que têm como resultados as alterações significativas da Fadiga, o nosso estudo revela falhas metodológicas a nível do número de amostra e não previa como resultado principal a sua redução. Ainda assim, apesar da Fadiga não ter sido uma variável específica em estudo, sabemos que tem um forte impacto na QDV e noutras comorbilidades, como a depressão ou a ansiedade.

Já numa análise estatística diferente, ainda sobre este questionário, procurámos ver se existiam diferenças significativas entre os grupos no momento pré-intervenção e no momento pós-intervenção. Percebemos que no momento pré-intervenção não havia diferenças significativas, o que é ideal, pois ambos os grupos partiram para o período experimental ao mesmo nível.

No momento pós-intervenção, na subescala Saúde e Qualidade de Vida Global (QL2), verificámos que o GE melhorou e o GC piorou, afastando-se significativamente (p-valor de 0,020) apesar das alterações intra-grupais não terem sido relevantes. Neste caso, a intervenção poderá ter influenciado a perspetiva que a pessoa tem da sua QDV, uma vez que frequentar as sessões de relaxação é um investimento próprio na busca de momentos de prazer, como muitas vezes eram descritas as sessões: um momento pessoal de descontração e alívio.

Relativamente à escala HADS, não verificámos nenhuma diferença significativa após a intervenção no que consta à Ansiedade, contrariamente à literatura consultada, o que pode ser justificado pela amostra diminuta, ou mesmo pelo também diminuto tempo de intervenção, uma vez que verificámos resultados obtidos a este nível unicamente em intervenções mais prolongadas no tempo. Na pesquisa sistemática de Wilkinson, Barnes e Storey (2008), os autores fazem referência a esta questão. Apesar deste tipo de terapia ter evidências de efeito a nível da ansiedade, há ainda pouca clareza da sua efetividade, sendo que a maioria dos resultados se sustenta em efeitos a curto-prazo, fazendo-se sentir a necessidade de estudos mais vastos e de tempos mais alargados de intervenção para obtenção de resultados mais fidedignos.

Neste sentido, em relação a resultados a curto-prazo, fizemos avaliações ao cortisol salivar por ter uma forte correlação com o sintoma de ansiedade (Billhult et al., 2009). Procedemos a recolhas, antes e após a primeira sessão e antes e após a última sessão ao GE e nos mesmos períodos ao GC. Obtivemos resultados significativos no GC (p-valor de 0,046) do momento pré-intervenção para o momento pós-intervenção tendo, neste caso, aumentado o valor de cortisol. No que concerne o GE, o facto de não ter havido alterações vai ao encontro do estudo de Pan et al. (2014) que, na sua revisão sistemática, concluíram que a massagem não tinha efeito significativo na redução do cortisol. Porém, no que diz respeito ao Cancro, não nos importa unicamente estar atentos aos níveis de Cortisol, mas também à sua regulação devido à sua importância

na progressão tumoral e efeito inverso no sistema imunitário (Billhult et al., 2008, 2009). O facto de termos observado o aumento a nível do GC, poderá indicar que a intervenção funcionou como protetora na manutenção dos níveis, no GE. Contudo, estes resultados são meramente indicativos, pois o número de recolhas avaliadas teve de ser bastante reduzido, por questões materiais.

Quanto à avaliação da Dor, também nesta variável não encontramos diferenças significativas intra-grupais entre o momento pré-intervenção e pós-intervenção. Neste caso, apesar de termos tido um feedback qualitativo positivo sobre este sintoma, que neste estudo não foi avaliado nem abordado nos resultados, a nível quantitativo não obtivemos resultados significativos. Porém, esta discrepância pode ser explicada pelo método de avaliação utilizado, considerando que a escala numérica da dor (END) se revelou bastante limitada, pelo fator memória. Queremos com isto significar que a participante tende a repetir iguais valores aquando do preenchimento da escala em momentos diferentes. Também os fatores contextuais de cada participante o podem ter influenciado, uma vez que as alterações externas verificadas são suscetíveis de potenciar a perceção de dor, sendo que o método escolhido para a avaliar não incorpora as questões ambientais (Batalha, 2016).

5. Conclusão

No sentido de compreender qual o contributo da relaxação como mediador de toque terapêutico a nível da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama e no sentido de saber se pode amenizar os efeitos secundários do cancro e dos seus tratamentos, nomeadamente, a dor, a ansiedade e a desregulação dos níveis de cortisol, considerou-se uma amostra de vinte e três mulheres com diagnóstico de Cancro da Mama, respeitando os seguintes critérios: estar sob protocolos de tratamentos (quimioterapia, radioterapia ou tratamento hormonal; ter aprovação do médico responsável para a participação no estudo e confirmar a possibilidade de deslocação ao local das sessões.

Este estudo pretendeu contribuir para a compreensão do impacto da relaxação (com mediação do toque terapêutico), a nível da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama, assim como no impacto sobre os efeitos secundários do cancro e dos seus tratamentos, nomeadamente, a dor, a ansiedade e a desregulação dos níveis de cortisol. Para tal, considerou-se uma amostra de vinte e três mulheres diagnosticadas com Cancro da Mama, estando submetidas a protocolos de tratamentos (quimioterapia, radioterapia ou tratamento hormonal) e sob aprovação médica.

Foi utilizada uma abordagem quase-experimental de metodologia quantitativa, aplicação do protocolo de relaxação ao grupo experimental e consequente comparação com o grupo controlo. O procedimento integrou três fases de avaliação: o momento pré-intervenção, pós-intervenção e momento follow-up, pelo que a recolha dos dados e intervenção balizaram-se entre novembro de 2017 e abril de 2018.

O resultado das avaliações do EORTC QLQ permitiu concluir que a intervenção pode aliviar um dos principais sintomas que influencia a QDV: a fadiga. Permitiu, ainda, concluir que a intervenção, como resultado de um investimento pessoal, pode melhorar a perspetiva que as participantes têm da sua QDV.

Perante o sintoma de ansiedade comumente descrito como frequente nos vários períodos do processo oncológico, avaliado pelo questionário HADS, não verificámos efeitos da intervenção.

No que consta os níveis de cortisol, também não nos foi possível obter conclusões fidedignas devido ao número de avaliações. Contudo, tivemos indícios de que a intervenção poderá funcionar como protetora, na medida em que mantém os níveis desta variável.

Relativamente ao sintoma de dor, também não encontramos resultados significativos após a intervenção.

Sem dúvida alguma o Cancro da Mama é uma patologia que afeta de uma forma muito singular a Mulher e muito do que significa ser Mulher. Foi possível perceber o impacto da individualidade e história pessoal tem na forma como cada mulher encara esta sua doença, bem como o apoio ou falta dele pode ser crucial no desenrolar dos processos externos e internos da luta pela cura. Ainda há um longo caminho a percorrer na disponibilização e informação sobre métodos de suporte emocional destas pessoas. As palavras solidão, incompreensão e dor foram comumente ouvidas nos diálogos finais das sessões e sabemos que esta angústia pode ser atenuada facilitando o desenvolvimento dos efeitos adversos. É importante o desenvolvimento da investigação e da comunicação entre áreas científicas bem como a publicação de estudos mais claros nos seus procedimento e conceptualização.

5.1. Implicações para a prática

A Psicomotricidade começa a ter, paulatinamente, em Portugal mais visibilidade, porém ainda se caracteriza por uma prática com escassa investigação científica, facto fundamental para a sua implementação no contexto médico e educacional. Esta investigação teve na sua génese o objetivo de promover a investigação disponível sobre a prática do psicomotricista e mais especificamente, a intervenção com mediador a relaxação. A limitada bibliografia sobre a prática do psicomotricista dificultou a preparação e projeção do projeto e, por conseguinte, este estudo revela-se não só pelos seus resultados, mas também pelo processo da sua execução a abertura de uma porta para a intervenção do psicomotricista em Portugal. Como implicações para o futuro desta investigação, considera-se que os indícios de efeitos amenizadores, dos efeitos secundários oncológicos demonstrados nos resultados, revelaram a necessidade de investigar mais, de forma a enfatizar a relevância da psicomotricidade neste contexto. Percebemos assim, com esta investigação que a intervenção do psicomotricista com

doentes oncológicos pode ser positivo na vida destes, mas para tal é de fulcral necessidade provar que esta intervenção é realmente benéfica.

5.2. Limitações

Ao longo da pesquisa bibliográfica, percebemos o quão dispersos se encontram os conceitos de relaxação, toque terapêutico e massagem. Parece-nos pertinente que os investigadores estabeleçam parcerias para desenvolver e aprofundar os referidos conceitos de forma interligada por força da necessidade sentida pela comunidade médica, bem como por todos os profissionais competentes para a aplicação destes mediadores na otimização, comunicação e intervenção.

Verificámos, igualmente, existir uma acentuada dificuldade no estabelecimento de uma metodologia planeada e controlada, considerando que a população alvo do presente estudo apresenta determinadas especificidades, inibindo alguma generalização e dificultando a permanência de ambientes controlados.

Pese embora o facto de se ter apostado num processo metodológico criterioso e valorizado o conjunto das questões éticas, por força das circunstâncias, foram encontrados alguns constrangimentos ora a jusante, ora a montante. A título ilustrativo, referimos a necessidade do adiamento das sessões pelo facto das participantes não poderem sair de casa, debilitadas pelos efeitos secundários da quimioterapia; ou porque sujeitas a tratamentos de radioterapia apresentavam queimaduras e, conseqüentemente, expostas à dor no decorrer da intervenção em estudo. Tendo o presente estudo decorrido, em parte, na estação do inverno as pacientes evidenciaram alguma dificuldade na assiduidade das sessões e, conseqüentemente, uma diminuição do seu sentimento de esperança, por diversas vezes verbalizado pelas próprias, face às expectativas de melhoria. Trata-se de exemplos que evocam influências externas suscetíveis de modificar os resultados.

Salientamos, ainda, terem existido casos de alterações nas rotinas familiares de algumas pacientes as quais comprometeram, significativamente, o seu bem-estar pelo aumento dos níveis de ansiedade.

Por último, verificámos terem sido os questionários extensos para a amostra utilizada o que, de certa forma, também comprometeu os resultados.

5.3. Recomendações

Face a esta conclusão, apontamos algumas recomendações que decorrem da reflexão sobre a realidade estudada, apoiadas em determinados estudos teóricos que procuram encontrar solução para a problemática dos benefícios da relaxação com mediador de toque terapêutico a nível da QDV em mulheres com cancro da mama, bem como da possibilidade de minimizar os efeitos secundários do cancro e dos seus tratamentos.

Recomendamos a elaboração de estudos de revisão que aprofundem os conceitos de relaxação, toque terapêutico e massagem no cancro da mama em Portugal.

Para estudos experimentais e metodológicos, recomendamos a utilização de amostras mais alargadas e com um espectro mais específico, de modo a considerar a idade da população, o estágio do cancro e a fase de tratamentos.

Por fim, recomendamos estudos randomizados aleatórios que enfatizem tanto as avaliações quantitativas, como as questões qualitativas.

6. Referências bibliográficas

- Abercrombie, H., Giese-Davis, J., Sephton, S., Epel, E., Turner-Cobb, J., & Spiegel, D. (2004). Flattened cortisol rhythms in metastatic breast cancer patients. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 1082–1092. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2003.11.003>
- Afonso, N., Tulsidás, S., Spencer, H., Fumane, J., Jerónimo, J., & Santos, L. (2014). Tratamento Sistémico do Cancro da Mama. In *Cancro da Mama, o que devemos saber? Do diagnóstico ao tratamento* (1a, pp. 175–193). Lisboa: Lidel.
- Aguiar, A. T., Teixeira, A., Antunes, P., Capita, A., Guimarães, A., Gomes, C. de P., ... Santos, L. L. (2014). Diagnóstico do Cancro da Mama. In *Cancro da Mama, o que devemos saber? Do diagnóstico ao tratamento* (1a, pp. 71–103). Lisboa: Lidel.
- Almeida, S., & Araújo, R. (2005). Avaliação da efetividade do relaxamento na variação dos sintomas da ansiedade e da fissura em pacientes em tratamento de alcoolismo. *Boletim da Saúde*, 19(2), 135-142.
- Al-Tarawneh, S., Border, M., Dibble, C., & Bencharit, S. (2011). Defining Salivary Biomarkers Using Mass Spectrometry-Based Proteomics: A Systematic Review. *OMICS: A Journal of Integrative Biology*, 15(6), 353–361. <http://doi.org/10.1089/omi.2010.0134>
- André, P., Benavidès, T., & Canchy-Giromini, F. (2004). *Corps & psychiatrie* (2a Edição). Paris: Heures de France.
- Antunes, P., Lopes, L., Miguel, F., Fougo, J., Nalamba, M., Muangala, M., & Santos, L. (2014). Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama. In *Cancro da Mama, o que devemos saber? Do diagnóstico ao tratamento* (1a, pp. 219–163). Lisboa: Lidel.
- Associação Internacional Para o Estudo da Dor. (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. (A. Kopf & N. B. Patel, Eds.) Iasp. Seattle: IASP Press. Retrieved from www.iasp-pain.org

Associação Portuguesa do Estudo da Dor. (2018). *Sobre a dor*. Retrieved August 23, 2018, from <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor/13-o-que-e-a-dor>.

Batalha. (2016). *Manual de avaliação da dor*. Coimbra: ESEnfC.

Associação Portuguesa de Psicomotricistas. (2017). *Psicomotricidade*. Retrieved from <https://appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/>

Bénavidès, T. (2015). Généralités. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 2 - Méthodes et techniques* (1a, pp. 6–21). Paris: De Boeck-Solal.

Billhult, A., Lindholm, C., Gunnarsson, R., & Stener-Victorin, E. (2008). The effect of massage on cellular immunity, endocrine and psychological factors in women with breast cancer - A randomized controlled clinical trial. *Autonomic Neuroscience: Basic & Clinical*, 140, 88–95. <http://doi.org/10.1016/j.autneu.2008.03.006>

Billhult, A., Lindholm, C., Gunnarsson, R., & Stener-Victorin, E. (2009). The effect of massage on immune function and stress in women with breast cancer - A randomized controlled trial. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, 150, 111–115. <http://doi.org/10.1016/j.autneu.2008.03.006>

Boyd, C., Crawford, C., Paat, C., Price, A., Xenakis, L., & Zhang, W. (2016). The impact of massage therapy on function in pain populations—a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials: Part II, cancer pain populations. *Pain Medicine (United States)*, 17(8), 1553–1568. <http://doi.org/10.1093/pm/pnw100>

Branco, E. (2014). *Qualidade de Vida e Ajustamento Emocional em Doentes Com Cancro Ginecológico e Mama*. Universidade de Aveiro.

Breen, S., Baravelli, C., Schofield, P., Jefford, M., Yates, P., & Aranda, S. (2009). Is symptom burden a predictor of anxiety and depression in patients with cancer

about to commence chemotherapy? *Depression and Anxiety with Physical Illness*, (190), 99–104.

Brown, L., & Kroenke, K. (2009). Cancer-related fatigue and its associations with depression and anxiety: a systematic review. *Psychosomatics*, 50(5), 440–447. <http://doi.org/10.1176/appi.psy.50.5.440>

Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 1–4. <http://doi.org/10.1136/bmj.38343.670868.D3>

Campos, J., Spexoto, M., Silva, W., Serrano, S., & Marôco, J. (2018). European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 : modelos fatoriais em pacientes brasileiros com câncer. *Einstein*, 16(1), 1–8. <http://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4132>

Cardoso, A. (2014). *Controlo da dor em pacientes oncológicos*. Universidade do Porto. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76533/2/32651.pdf>

Cardoso, G., & Santos, L. (2014). *Dor Crónica no Cancro da Mama. In Cancro da Mama, o que devemos saber? Do diagnóstico ao tratamento* (1a, pp. 225–238). Lisboa: Lidel.

Carvalho, S. (2010). *Intensidade da dor, níveis de ansiedade e de depressão em doentes oncológicos*. Universidade do Porto.

Cassileth, B. R., & Deng, G. (2004). Complementary and Alternative Therapies for Cancer. *The Oncologist*, 9, 80–89. <http://doi.org/10.1634/theoncologist.9-1-80>

Cassileth, B., & Vickers, A. (2004). Massage therapy for symptom control: Outcome study at a major cancer center. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(3), 244–249. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.12.016>

- Catré, M., Ferreira, J., Pessoa, T., Pereira, M., Canavarro, M., & Catré, A. (2014). O domínio SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs) do WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português europeu do WHOQOL-SRPB. *Análise Psicológica*, 32(4), 401–417. <http://doi.org/10.14417/ap.872>
- Coimbra de Matos, A. (2011). *O Desespero. Aquém da depressão (1a)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coly-Layani, S. (2014). *Une approche psychomotrice en service d'oncologie: Expérience de la relaxation auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein*. Université de Bordeaux.
- Costa, J. (2008). *Um Olhar para a Criança (1a ed.)*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Cury, A. (2010). *A Saga de um Pensador*. Lisboa: Pergaminho.
- Daley, B. (1997). Therapeutic touch, nursing practice and contemporary cutaneous wound healing. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1123–1132.
- Eberhad, A., & Lins, S. (2017). Qualidade de vida e a cirurgia em cancro da mama : revisão narrativa da literatura. *CES Psicologia*, 10(1), 35–47. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.21615/cesp.10.1.3>
- Fauché, S. (1993). *Du Corps au psychisme. Histoire et épistémologie de la psychomotricité (1a)*. Paris: Pratiques Corporelles.
- Fernandes, J. (2015). Das abordagens emergentes em Psicomotricidade às atualidades da prática psicomotora. In *Atualidades da Prática Psicomotora (1a ed., pp. 19–28)*. Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Fernández-Delgado, J., López-Pedraza, M., Blasco, J., Andradás-Aragones, E., Sánchez-Méndez, J., Sordo-Mirallas, G., & Reza, M. (2008). Satisfaction with and psychological impact of immediate and deferred breast reconstruction. *Annals of Oncology*, 19, 1430–1434. <http://doi.org/10.1093/annonc/mdn153>

- Ferreira, F. (2009). Sofrimento de mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia. *Revista de Enfermagem Referência*, II(10), 65–76. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239957012%0AComo>
- Ferreira, F. C. M. L. (2009). Sofrimento de mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia. *Revista de Enfermagem Referência*, II(10), 65–76. Retrieved from http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2143&id_rev=4&id_edicao=27
- Field, T. (2014). *Touch (2a)*. London: A Bradford Book.
- Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2007). *Massage therapy research. Developmental Review*, 27(1), 75–89. <http://doi.org/10.1016/j.dr.2005.12.002>
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade perspectivas multidisciplinares (1a)*. Lisboa: Âncora Editora.
- Forjaz, G., Bento, J., Lopes, B., & Santos, L. (2014). Fatores de Risco, Rastreio e Diagnóstico Precoce. In *Cancro da Mama, o que devemos saber? Do diagnóstico ao tratamento (1a, pp. 63–70)*. Lisboa: Lidel.
- Grilo, A., & Santos, M. (2013). A mamografia: experiência psicológica, atitudes e comportamentos do técnico de radiologia facilitadores da colaboração da mulher. *Saúde & Tecnologia*, 9, 24–32. <http://doi.org/1646-9704>
- Groenvold, M. (2010). Health-related quality of life in early breast cancer. *Danish Medical Bulletin*, 57, 1–58.
- Guiose, M. (2007). *Relaxations Thérapeutiques*. (Heures de France, Ed.) (2a Edição). Paris.
- Guiose, M. (2008). Les méthodes de relaxations thérapeutiques. *Santé Mentale*.
- Guiose, M. (2015). *Méthodes de relaxation et de gestion du stress*. In F. Giromini, J.-M.

- Albaret, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 2 - Méthodes et techniques* (1a, pp. 237–239). Paris: De Boeck-Solal.
- Hellhammer, D., Wüst, S., & Kudielka, B. (2008). Salivary cortisol as a biomarker in stress research. *Psychoneuroendocrinology*, *34*(2), 163–171. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.10.026>
- Hernandez-Reif, M., Ironson, G., Field, T., Hurley, J., Katz, G., Diego, M., ... Burman, I. (2004). Breast cancer patients have improved immune and neuroendocrine functions following massage therapy. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(1), 45–52. [http://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00500-2](http://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00500-2)
- Janssen, T. (2006). *Vivre le Cancer du Sein... Autrement (1a)*. Paris: Robert Laffont.
- Jensen, M. P., Chang, H. Y., Lai, Y. H., Syrjala, K. L., Fann, J. R., & Gralow, J. R. (2010). Pain in Long-Term Breast Cancer Survivors: Frequency, Severity, and Impact. *Pain Medicine*, *11*(7), 1099–1106. <http://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.00880.x>
- Justo, J. (2014). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: etiologia, intervenção e articulações. In *Territórios da Psicologia Oncológica. Volume 1* (2a, pp. 25–47). Lisboa: Climepsi Editores. http://doi.org/372_825/14
- Karagozoglu, S., & Kahve, E. (2013). Effects of back massage on chemotherapy-related fatigue and anxiety: Supportive care and therapeutic touch in cancer nursing. *Applied Nursing Research*, *26*(4), 210–217. <http://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.07.002>
- Lauras-Petit, A. (2015). Éthique et toucher. In F. Giromini, J. Albaret, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 2 - Méthodes et techniques* (1a, pp. 295–302). Paris: De Boeck-Solal.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (n.d.). *Cancro da mama*. Retrieved February 14, 2017, from <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama/>

- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2015). *Cancro da Mama*. Retrieved January 21, 2019, from <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama-deteccao/>
- Lopes, C., Carrilho, C., Henriqueta, A., & Santos, L. (2014). O Processo de Transformação Maligna da Mama e Classificação das Neoplasias da Mama. In Cancro da Mama, o que devemos saber? *Do diagnóstico ao tratamento* (1a, pp. 21–62). Lisboa: Lidel.
- Martins, R. (2001). *Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As práticas entre o Instrumental e o Relacional*. In Progressos em Psicomotricidade (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Maximiano, J. (2004). *Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria*. Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca (Vol. 1). Amadora: PsiLogos.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khaleghi, F., & Jarvandi, S. (2008). *Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study*. BMC Cancer, 8, 330. <http://doi.org/10.1186/1471-2407-8-330>
- Mcfarland, D., Shaffer, K., Tiersten, A., & Holland, J. (2018). Psychosomatics Physical Symptom Burden and its Association with Distress, Anxiety and Depression in Breast Cancer. *Psychosomatics*. <http://doi.org/10.1016/j.psych.2018.01.005>
- Odgen^a, J. (2004). *O que é o cancro da mama? In Compreender o cancro da mama* (1a, pp. 15–21). Lisboa: Climepsi Editores.
- Odgen^b, J. (2004). *Psicologia da saúde*. (Climepsi Editores, Ed.) (2a Edição). Lisboa.
- Pan, Y., Yang, K., Wang, Y., Zhang, L., & Liang, H. (2014). Massage interventions and treatment-related side effects of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical Oncology*, 19, 829–841. <http://doi.org/10.1007/s10147-013-0635-5>

- Patel, N. (2010). Fisiologia da dor. In *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos (1a)*. Seattle: IASP Press.
- Pereira, H., Vieira, G., Vunda, I., & Santos, L. (2014). *Tratamento Com Radioterapia do Cancro da Mama. In Cancro da Mama, o que devemos saber? Do diagnóstico ao tratamento (1a, pp. 163–175)*. Lisboa: Lidel.
- Post-White, J., Kinney, M., Savik, K., Gau, J., Wilcox, C., & Lerner, I. (2003). Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. *Integrative Cancer Therapies*, 2(4), 332–44. <http://doi.org/10.1177/1534735403259064>
- Potel, C. (2000). Le toucher. Du corps aux jeux de l'imaginaire. In *Psychomotricité: entre théorie et pratique (1a, pp. 123–148)*. Paris: In Press Éditions.
- Potel, C. (2010). *Être Psychomotricien un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse: Érès.
- Primo, C., Gonçalves, N., Olympio, P., Leite, C., & Amorim, C. (2012, October). *Ansiedade em mulheres com câncer de mama*. *Enfermería Global*, 28, 63–73.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 13–32.
- Redeker, N., Lev, E., & Ruggiero, J. (2000). Insomnia, fatigue, anxiety, depression, and quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 14(4), 275–90. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11372188>.
- Remondes-Costa, S., Jimenez, F., & Pais-Ribeiro, J. (2012). Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 327–339. <http://doi.org/2182-8407>
- Ribeiro, J. (2014). *Qualidade de vida e doença oncológica. In Territórios da Psicologia Oncológica (2a, pp. 49–72)*. Lisboa: Climepsi Editores. <http://doi.org/372 825/14>

- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde (2a)*. Placebo, Editora LDA.
- Russell, N., Sumler, S.-S., Beinhorn, C., & Frenkel, M. (2008). Role of Massage Therapy in Cancer Care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(2), 209–214. <http://doi.org/10.1089/acm.2007.7176>
- Saint-Cast, A. (2015). Pathologie psychomotrice associée aux troubles anxieux chez l'adulte. In Manuel d'enseignement de psychomotricité. *Tome 2 - Méthodes et techniques* (1a, pp. 265–279). Paris: De Boeck-Solal.
- Satija, A., Ahmed, S., Gupta, R., Ahmed, A., Rana, S., Singh, S., ... Bhatnagar, S. (2014). Breast cancer pain management - a review of current & novel therapies. *The Indian Journal of Medical Research*, 103, 216–225.
- Schapira, L. (2010). Multidisciplinary Approach to the Patient's Quality of Life. In A. Taghian, B. Smith, & J. Erban (Eds.), *Breast Cancer A Multidisciplinary Approach to Diagnosis and Management* (1a, pp. 247–258). New York: Demos Medical Publishing, LLC.
- Seidl, E., & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), 580–588.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica - do diagnóstico à intervenção em saúde mental* (1a, Vol. 1). Porto: Quarteto Editora. <http://doi.org/10.13140/RG.2.1.2638.2880>
- Serra, A. V. (2000). *A Vulnerabilidade ao Stresse*. *Psiquiatria Clínica*, 4.
- Serra, A. V. (2005). As múltiplas facetas do stress. In A. M. Pinto, e A. L. Silva, *Stress e bem-estar* (1ª ed., pp. 17-42). Lisboa: Climepsi Editores.
- Seaward, B. L. (2009). *Managing Stress: Principles and Strategies for Health and Well-Being* (6ª ed.). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

- Sharp, P., Michielutte, R., Freimanis, R., Cunningham, L., Spangler, J., & Burnette, V. (2003). *Reported pain following mammography screening. Archives of Internal Medicine*, 163(7), 833–6. <http://doi.org/10.1001/archinte.163.7.833>
- Shen, M., Redd, W., Winkel, G., & Badr, H. (2014). Associations among pain, pain attitudes, and pain behaviors in patients with metastatic breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 37, 595–606. <http://doi.org/10.1007/s10865-013-9529-2>
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/proteção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 64–76. [http://doi.org/10.1016/S0870-9025\(11\)70009-8](http://doi.org/10.1016/S0870-9025(11)70009-8)
- Sjövall, K., Strömbeck, G., Löfgren, A., Bendahl, P., & Gunnars, B. (2010). Adjuvant radiotherapy of women with breast cancer - information, support and side-effects. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 14(2), 147–53. <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.09.002>
- Smyth, N., Hucklebridge, F., Thorn, L., Evans, P., & Clow, A. (2013). Salivary cortisol as a biomarker in social science research. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(9), 605–625. <http://doi.org/10.1111/spc3.12057>
- So, W. K., Marsh, G., Ling, W., Leung, F., Lo, J., Yeung, M., & Li, G. (2009). The symptom cluster of fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life of women receiving treatment for breast cancer: a multicenter study. *Oncology Nursing Forum*, 36(4), E205–E214. <http://doi.org/10.1188/09.ONF.E205-E214>
- Soares, A., & Alves, M. (2006). Cortisol como variável em psicologia da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 165–177.

- Sood, A., Barton, D., Bauer, B., & Loprinzi, C. (2007). A critical review of complementary therapies for cancer-related fatigue. *Integr Cancer Ther*, 6(1), 8–13. <http://doi.org/10.1177/1534735406298143>
- Sousa, H., Guerra, M., & Lencastre, L. (2015). Preditores da qualidade de vida numa amostra de mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 33(1), 39–53. <http://doi.org/10.14417/ap.832>
- Spiegel, D., & Riba, M. (2015). Managing Anxiety and Depression During Treatment. *The Breast Journal*, 21(1), 97–103. <http://doi.org/10.1111/tbj.12355>
- Sturgeon, M., Wetta-Hall, R., Hart, T., Good, M., & Dakhil, S. (2009). Effects of Therapeutic Massage on the Quality of Life Among Patients with Breast Cancer During Treatment. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(4), 373–380. <http://doi.org/10.1089/acm.2008.0399>
- Tabatabaee, A., Tafreshi, M. Z., Rassouli, M., Aledavood, S. A., AlaviMajd, H., & Farahmand, S. K. (2016). Effect of Therapeutic Touch in Patients with Cancer: a Literature Review. *Medical*, 70(2), 142–147. <http://doi.org/10.5455/medarh.2016.70.142-147>
- Tel, H., Tel, H., & Dogan, S. (2011). Fatigue, anxiety and depression in cancer patients. *Neurology Psychiatry and Brain Research*, 17(2), 42–45. <http://doi.org/10.1016/j.npbr.2011.02.006>
- Urbano, R. (2010). *Ansiedade, Depressão e Estratégias de Coping em Pacientes com Cancro de Mama*. Instituto Superior de Psicologia Clínica.
- Valério, E., Carvalho, M., Hilário, M. N. A., Castro, S., Santos, C. P. M., Pereira, M. J., & Santos, L. L. (2014). *Cuidados de Enfermagem e Apoio Psicológico ao Doente Com Cancro da Mama*. In *Cancro da Mama, o que devemos saber? Do diagnóstico ao tratamento* (1a, pp. 197–225). Lisboa: Lidel.

- Vickers, A. J., & Cassileth, B. R. (2001). Unconventional therapies for cancer and cancer-related symptoms. *Lancet Oncology*, 2(4), 226–232. [http://doi.org/10.1016/S1470-2045\(00\)00293-X](http://doi.org/10.1016/S1470-2045(00)00293-X)
- Vidigal, M. (2005). *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes* (1a ed.). Lisboa: Trilhos Editora.
- Visser, A., Schoolmeesters, A., Van Den Berg, M., Schell, N., Gelder, R., & Van Den Borne, B. (2011). Methodological reflections on body-mind intervention studies with cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 82(2011), 325–334. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2010.12.003>
- Wang, L., Guyatt, G., Kennedy, S., Mha, B., Bhsc, H., Mbbs, A., ... Dc, J. (2016). Predictors of persistent pain after breast cancer surgery: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Canadian Medical Association Journal*, July 11(14), 1–10. <http://doi.org/10.1503/cmaj.151276/-/DC1>
- Wang, Y., Zhu, X., Yi, J., Tang, L., He, J., Chen, G., ... Yang, Y. (2015). Benefit finding predicts depressive and anxious symptoms in women with breast cancer. *Quality of Life Research*, 24, 2681–2688. <http://doi.org/10.1007/s11136-015-1001-z>
- Wilkinson, S., Barnes, K., & Storey, L. (2008). Massage for symptom relief in patients with cancer: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 63(5), 430–439. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04712.x>

7. Anexos

I Anexo – Declaração de Consentimento informado

Universidade de Évora
Mestrado em Psicomotricidade Relacional



Consentimento Informado para participação no Estudo

“Efeitos de um programa de relaxação e toque terapêutico em mulheres com cancro da mama”

O presente estudo tem como objetivo investigar os efeitos de um programa de relaxação e toque terapêutico em mulheres com cancro da mama.


O programa de relaxação e toque terapêutico desenrola-se ao longo de 8 semanas em sessões bissemanais de 45 minutos e será aplicado em domicílio ou em meio hospitalar. Para o avaliar serão apresentados alguns questionários e serão realizadas várias recolhas salivares.

A sua participação nesta investigação estará a possibilitar a compreensão do impacto de programas desta natureza em mulheres com cancro da mama, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções que minimizem os efeitos secundários desta condição e que simultaneamente promovam uma melhoria do bem-estar.


Ao participar nesta investigação garantimos o anonimato e confidencialidade de toda a informação recolhida, incluindo material audiovisual que será unicamente utilizado para fins de investigação académica. A sua identidade não será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada com esta investigação.

A participação é voluntária e gratuita, podendo recusar a participação, em qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências.

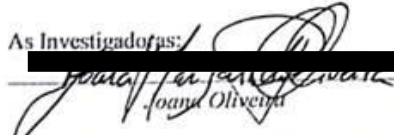
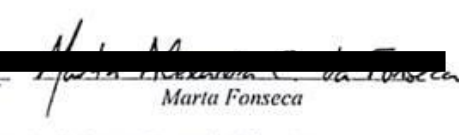
Sempre que lhe surgirem quaisquer dúvidas, esclareça-as com as investigadoras, podendo os dados recolhidos ser disponibilizados, se assim o desejar.

Eu  aceito participar no estudo e permito a utilização dos dados que forneci voluntariamente, confiando que são utilizados unicamente para os fins da investigação e aceitando as garantias de confidencialidade e anonimato dadas pelos investigadores. Declaro que compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar.

Évora, 9 de novembro, 2017


(Assinatura da participante)

As Investigadoras:

 Joana Oliveira  Marta Fonseca

Orientadora/ Investigadora responsável: Maria da Graça Duarte da Silva Santos

Évora, 9 de outubro, 2017


UNIVERSIDADE DE ÉVORA

II Anexo – Autorização para a utilização do questionário EORTC QLQ-C30 e BR23

30/09/2018

Gmail - QLQ-C30 download request from Joana Oliveira



Joana Margarida <joanamargaridapo@gmail.com>

QLQ-C30 download request from Joana Oliveira

1 mensagem

qlqc30@eortc.be <qlqc30@eortc.be>
Para: joanamargaridapo@gmail.com

24 de janeiro de 2017 às 15:24

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: Ms
Firstname: Joana
Lastname: Oliveira
Hospital/Institution: Universidade de Aveira
Address: Universidade de Aveira
County/State: Portugal
Postal Code: 7000
Country: Portugal
Phone: 91222112
Fax:
Email: joanamargaridapo@gmail.com
Protocol: Relaxação e Toque Terapêutico em mulheres com Cancro da mama: Impacto de uma intervenção psicomotora na Ansiedade, Dor e Qualidade de Vida.

Documents requested:

QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese
Breast Module (BR23) in Portuguese
QLQ-C30 Scoring Manual
Full reference values
Latest issue of the EORTC Quality of Life Group Newsletter
Scoring Instructions: Breast BR23

URLs:

<http://www.eortc.be/qol/files/C30/QLQ-C30%20Portuguese.pdf>
<http://www.eortc.be/qol/files/BR23/BR23%20Portuguese.pdf>
<http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>
http://www.eortc.be/qol/files/RV/RV_complete.pdf
http://www.eortc.be/qol/files/QOL_newsletter.pdf
http://www.eortc.be/qol/files/ScoringInstructions/BR23_summary.pdf

If the links don't work, you can copy and paste the entire URL (so with .pdf included) into your browser and that should work. If you are having other technical difficulties please contact us by email: qlqc30@eortc.be

III Anexo – Autorização para a utilização do questionário HADS

30/09/2018

Gmail - Pedido de autorização para utilização da escala "HADS" e respetivas cotações



Joana Margarida <joanamargaridapo@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização da escala "HADS" e respetivas cotações

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>
Para: Joana Margarida <joanamargaridapo@gmail.com>

20 de janeiro de 2017 às 09:19

Cara colega

Não me oponho ao uso da HADS que traduzimos e estudamos para uso com a população portuguesa

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>
ResearchGate: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

De: Joana Margarida [joanamargaridapo@gmail.com]

Enviado: quinta-feira, 19 de Janeiro de 2017 16:21

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Pedido de autorização para utilização da escala "HADS" e respetivas cotações

Ex.mo Sr. José Luís Pais Ribeiro

Sou estudante do 2º ano do Mestrado em Psicometridade Relacional na Universidade de Évora e encontro-me atualmente a desenvolver uma colaboração em Dissertação de Mestrado sobre o tema "*Relaxação e Toque Terapêutico em mulheres com Cancro da mama: Impacto de uma intervenção psicomotora na Ansiedade, Dor e Qualidade de Vida.*", sendo a minha Orientadora de Dissertação a Prof. Doutora Graça Santos.

Como tal, é do meu interesse académico utilizar o seu instrumento validado para a população portuguesa (Hospital Anxiety and Depression Scale) para a avaliação das variáveis: sintomas depressivos e ansiedade.

Gostaria assim de pedir-lhe a autorização formal para utilizar a referida escala de modo a que seja aplicada à amostra de mulheres com cancro da mama no âmbito da Dissertação referida, bem como as cotações desta mesma escala.

Atenciosamente,

Joana Margarida P. Oliveira
Psicometrista
Estudante do Mestrado em Psicometridade Relacional
tm: 9[REDACTED]

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by **MailScanner**, and is believed to be clean.

IV Anexo – Autorização da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento

1	7	0	0	7
---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação nas Área de
Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Armando Raimundo, Professor Doutor Carlos Silva e Professor Doutor Luís Sebastião, deliberaram dar, na reunião do dia 4 de Abril de 2017, o Parecer Favorável para a realização do Projeto "Relaxação e Toque Terapêutico em mulheres com Cancro da mama: Impacto de uma intervenção psicomotora na Ansiedade, Dor e Qualidade de Vida" dos investigadores Joana Margarida Prudêncio Oliveira, Maria da Graça Duarte Silva Santos e Marta Alexandra Caeiro da Fonseca.


O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Armando Manuel de Mendonça Raimundo)

V Anexo – Autorização da Comissão de Ética do Hospital do Espírito Santo de Évora

Confirmo o interesse do projeto e louvo a iniciativa.
4.5.2017 Rui Jimis
Universidade de Évora
Mestrado em Psicomotricidade Relacional

A consideração de
Isabel Jimis
Elétrica, Isabel Fete.



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

de 17 de 5/17
Mariana Helena Mendes
Presidente do Conselho de Administração

Projeto de Investigação para Obtenção do grau de Mestre em Psicomotricidade Relacional

Ao Conselho de Administração do Hospital do Espírito Santo de Évora
Assunto: Pedido de colaboração

Eu vou ao Conselho de C. Geral de Evora para a Comissão de Ética para o Mestrado em Psicomotricidade Relacional
Isabel Pite
5/7/2017
Diretora Clínica

Made a opção a Comissão de Ética
17/05/2017
Rui Jimis

Concedido e aprovado
12/9/2017
Isabel Pite
Diretora Clínica

Ex.mos Senhores,

Somos alunas do Mestrado em Psicomotricidade Relacional e gostaríamos de desenvolver as nossas dissertações na área da Intervenção Psicomotora em Oncologia, mais particularmente em doentes com Cancro da Mama.

A Psicomotricidade - área de estudos de confluência entre as dimensões cognitivas, emocionais e do movimento – tem como grande objectivo o desenvolvimento das várias competências do indivíduo em procura de harmonia com o seu contexto biopsicossocial. Na sua prática utiliza abordagens preventivas, pedagógicas e terapêuticas, assumindo-se como uma terapia de base relacional. O psicomotricista organiza a sua intervenção num contexto multidisciplinar, podendo intervir em sessões individuais ou em grupo, em co-intervenção.

O trabalho que nos propomos desenvolver tem como objectivo geral a compreensão dos efeitos de uma intervenção psicomotora (com incidência na relaxação e toque terapêutico) em doentes com Cancro da Mama, relativamente a variáveis específicas, nomeadamente, ansiedade, nível de cortisol (em colaboração com o departamento de bioquímica da Universidade de Évora) pressão arterial, dor, depressão, imagem do corpo, efeitos secundários da quimioterapia e outros que possam ser propostos.

Os instrumentos utilizados serão: questionários, entrevista semiestruturada, e análise do nível de cortisol através da saliva e medição da pressão arterial.

O trabalho proposto envolveria:

- uma amostra de 30 mulheres em fase inicial do cancro da mama (15 grupo controlo, 15 grupo experimental);
- a implementação de um programa de sessões de relaxação e toque terapêutico;

- assim que a intervenção desse início, desenrolar-se-ia ao longo de 8 semanas;
- as sessões seriam bissemanias (com a duração de 45 minutos máx. cada). Consideramos fundamental tentar manter a constancia ao nível do calendário (dias e hora) e espaços (local).

Apresentando-Vos esta proposta e na esperança de uma resposta positiva, acrescentamos ainda que este trabalho só será possível se nos fôr cedido um gabinete e uma marquesa (relativamente a esta última, se for difícil providenciaremos uma) ou efetuar uma extensão à comunidade e aplicar o protocolo ao domicilio das utentes, caso estas assim concordem.

Declaramos que este projeto está em conformidade com o código de Nuremberg, respeitando os princípios éticos e a declaração de Helsinque.

Garantimos óbviamente a confidencialidade, de acordo com o consentimento informado que será entregue a todas as participantes.

Garantimos, igualmente, total disponibilidade para que as participantes do grupo controlo possam usufruir do protocolo de relaxação aplicado às participantes do grupo experimental durante e após o estudo.

Esperando ter esclarecido e motivado Vossas Excelências para a colaboração da instituição hospitalar que representam, aguardamos a Vossa resposta.

Atentamente,


(Joana Oliveira) joanamargaridapo@gmail.com


(Marta Fonseca) martafonsecauni@gmail.com



Outorgamos
nú. n.º 36, em 13/09/2017
O Conselho de Administração


Maria Filomena Mendes
Presidente


Francisco Chalaça
Vogal


José Chora
Enfermeiro Diretor


Luís Cavaco
Vogal


Isabel Pita
Diretora Clínica

HESE-EPE	
R	RECEBIDO { Em 05/07/17 N.º 929
	RESPONDIDO { Em ___/___/___ N.º _____

VI Anexo – Cartão entregue às participantes para marcação das sessões

(capa do cartão)



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA

Sessões de Relaxação

NOME

DATA DE NASCIMENTO

PSICOMETRICISTAS

Joana Margarida | +351 963 038 148

Marta Fonseca | +351 927 740 671

DATA	AValiação
DATA	AValiação
DATA	AValiação
DATA	AValiação
DATA	AValiação
DATA	AValiação
DATA	AValiação
DATA	AValiação
DATA	AValiação
DATA	AValiação
DATA	AValiação
DATA	AValiação
DATA	AValiação
DATA	AValiação
DATA	AValiação
DATA	AValiação

(interior do cartão)

DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL

Dolores Aguiar

DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL
DATA	HORA	LOCAL