

Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Psicomotricidade

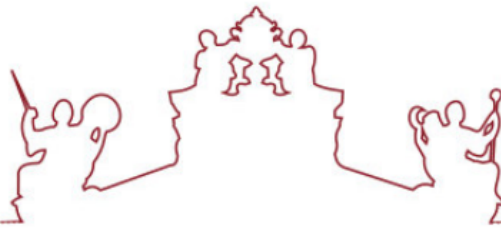
Dissertação

Os efeitos de um programa de intervenção psicomotora nos indicadores de saúde e bem-estar de sobreviventes de cancro da mama

Daniela Sofia Morgado Guerreiro

Orientador(es) | Prof^ª Doutora Guida Veiga

Évora 2021



Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Psicomotricidade

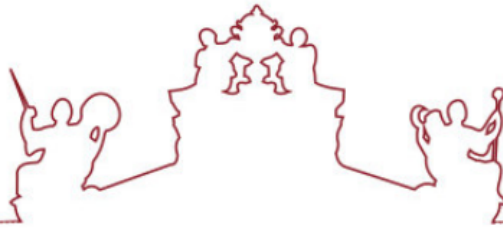
Dissertação

Os efeitos de um programa de intervenção psicomotora nos indicadores de saúde e bem-estar de sobreviventes de cancro da mama

Daniela Sofia Morgado Guerreiro

Orientador(es) | Prof^a Doutora Guida Veiga

Évora 2021



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências e Tecnologia:

Presidente | Gabriela Almeida (Universidade de Évora)

Vogais | Catarina Lino Pereira (Universidade de Évora)
Guida Veiga (Universidade de Évora) (Orientador)

Évora 2021

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Guida Veiga, por desde sempre se ter mostrado disponível para embarcar nesta aventura comigo. Obrigada por me ter proporcionado as experiências necessárias ao desenvolvimento desta dissertação e por ter feito das minhas vitórias, as suas vitórias. Ficar-lhe-ei eternamente grata.

Ao Doutor Rui Dinis, por entender a pertinência do estudo e por me ter aberto as portas do Serviço de Oncologia do Hospital do Espírito Santo de Évora. Obrigada pela sua disponibilidade, pelo seu interesse e pelo exemplo de profissional que é.

À Lúcia, pelas horas que despendeu em meu prol, por nunca me ter deixado sozinha, nem desistir. O seu carinho e dedicação foram fundamentais.

Ao Doutor Pedro Chinita e à Lenicare – Unidade de Radioterapia do Alentejo, por terem disponibilizado tão amavelmente o espaço onde decorreu a intervenção.

À Professora Doutora Elsa Lamy, por ter tornado possível a análise ao cortisol salivar. Obrigada por se ter mostrado sempre tão disponível para me ajudar.

A todas as senhoras que tive o privilégio de conhecer e com as quais pude aprender muito mais do que poderia imaginar. Obrigada por permitirem que entrasse no vosso espaço, por confiarem em mim e em tudo aquilo que vos foi proposto.

A todos os amigos que tanto me ouviram ao longo deste processo. Deixo um agradecimento especial aos que mais me apoiaram, Adriana, Ana Catarina, Ana Rita, Ana Filipa, Ana Sofia, Catarina, Joana, João, José, Marisa e Rui. Obrigada por nunca me deixarem sozinha e por me fazerem acreditar que ia conseguir.

Aos meus avós, que mesmo não tendo uma visão clara daquilo que é a Psicomotricidade, mantêm o seu apoio incondicional. Obrigada pelo orgulho que têm nas minhas conquistas, Manuel, Maria José e Joaquim. Obrigada ainda a ti minha Aliete, pelo exemplo de resiliência e de amor que sempre foste, aprendi muito contigo.

E por último, agradeço e dedico este trabalho, aos que serão sempre os primeiros. Às três pessoas que mais amo e que serão sempre os meus grandes pilares, os que mais me motivam a ser melhor e a reinventar-me todos os dias, os meus pais, Humberto e Dulce e a minha irmã, Joana. Obrigada pela vossa paciência e por me terem ensinado a ser tudo aquilo que hoje sou.

RESUMO

Os efeitos de um programa de intervenção psicomotora nos indicadores de saúde e bem-estar de sobreviventes de cancro da mama

Com os avanços científicos, o número de sobreviventes de cancro da mama é cada vez maior, surgindo a necessidade de encontrar respostas terapêuticas que considerem a sua especificidade. **Objetivo:** Conhecer a viabilidade e os efeitos de um programa de relaxação psicomotora nos indicadores de saúde e bem-estar e na vivência afetiva do corpo de mulheres sobreviventes de cancro da mama. **Metodologia:** Participaram 18 mulheres (51.67 ± 8.20) sobreviventes de cancro da mama, que foram divididas em dois grupos, um grupo experimental, denominado de Grupo de Relaxação Psicomotora (GRP), que participou numa intervenção psicomotora durante 8 semanas, com frequência bissemanal, e um Grupo Controlo (GC), que não recebeu intervenção e manteve as suas rotinas habituais. Foi avaliada a viabilidade e os efeitos da intervenção nos indicadores de saúde física, saúde mental e bem-estar social e na vivência afetiva do corpo. **Resultados:** Comparado com o GC, no final da intervenção, o GRP evidenciava melhores indicadores ($p \leq 0.05$) de saúde física (vitalidade, domínio físico, fadiga) e mental (domínio psicológico, desempenho emocional, saúde mental, ansiedade, hostilidade, inércia, vigor), de bem-estar social (função social), e de vivência afetiva do corpo (notar as emoções, regulação atencional, consciência emocional, autorregulação, confiar no corpo, apreciação corporal). Na última sessão verificou-se ainda uma diminuição das concentrações de cortisol das participantes. **Conclusões:** Os resultados sugerem que a intervenção de relaxação psicomotora é uma abordagem não farmacológica viável, bem tolerada e benéfica para a saúde, o bem-estar e a vivência afetiva do corpo de mulheres sobreviventes de cancro da mama.

Palavras-Chave: Relaxação Psicomotora; Terapias Corpo-Mente; Consciência Interoceptiva; Cortisol; Vivência Afetiva do Corpo

ABSTRACT

The effects of a psychomotor intervention program on health and well-being indicators of breast cancer survivors.

With the scientific advances, the number of breast cancer survivors is increasing, emerging the need to find therapeutic responses that consider their specificity. **Objective:** To know the feasibility and the effects of a psychomotor relaxation program on the health and well-being indicators and in the body affective experience of women breast cancer survivors. **Methodology:** Eighteen women (51.67 ± 8.20) who are breast cancer survivors participated, and were divided into two groups, an experimental group, denominated the Psychomotor Relaxation Group, which participated in psychomotor intervention for 8 weeks, with bi-weekly frequency, and a Control Group (CG), that received no intervention and maintained their usual routines. Having evaluated the feasibility and the effects of the intervention on physical health, mental health, social well-being indicators and on body affective experience. **Results:** Compared with the CG, at the end of the intervention, the GRP showed better indicators ($p \leq 0.05$) of physical health (vitality, physical domain, fatigue) and mental (psychological domain, emotional performance, mental health, anxiety, hostility, inertia, vigour), social well-being (social function), and body affective experience (noticing emotions, attentional regulation, emotional awareness, self-regulation, trusting the body, body appreciation). In the last session there was also a decrease in the cortisol concentrations of the participants. **Conclusions:** The results suggest that the psychomotor relaxation intervention is a viable non-pharmacological approach, well tolerated and beneficial for the health, well-being, and body affective experience of breast cancer survivors.

Key Words: Psychomotor Relaxation; Mind-Body Therapies; Interoceptive Awareness; Cortisol; Body Affective Experience

Índice Geral

Agradecimentos	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
Índice Geral	vii
Índice de Tabelas	ix
Índice de Figuras	ix
Lista de Siglas	x
Capítulo 1: Introdução	1
1.1 Objetivos.....	2
1.2 Hipóteses	3
1.3 Estrutura da Dissertação	3
Capítulo 2: Revisão da Literatura	5
2.1 Cancro da Mama.....	5
2.2 As sobreviventes de Cancro da Mama	6
2.3 Indicadores de Saúde e Bem-Estar na sobrevivência ao cancro da mama	7
2.4 Vivência Afetiva do Corpo na Sobrevivência ao Cancro da Mama.....	12
2.5 Métodos de relaxação terapêutica na sobrevivência da doença oncológica.....	13
Capítulo 3: Metodologia	20
3.1 Tipo e Desenho de Estudo	20
3.2 Procedimentos Gerais	20
3.3 Caracterização da Amostra.....	21
3.4 Variáveis e Instrumentos de Avaliação	24
3.4.1 Questionário Sociodemográfico	25
3.4.2 Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde	25
3.4.3 Questionário de Estado de Saúde	25
3.4.4 Perfil de Estados de Humor	26

3.4.5 Escala Visual Analógica da Fadiga	26
3.4.6 Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva.....	27
3.4.7 Escala de Apreciação Corporal.....	27
3.4.8 Concentração de Cortisol Salivar	28
3.6 Programa de Intervenção	30
3.6 Análise Estatística	31
Capítulo 4: Resultados	33
Capítulo 5: Discussão dos Resultados.....	42
Capítulo 6: Conclusões.....	50
Referências Bibliográficas	51
Anexos.....	x

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	23
Tabela 2. Instrumentos de Avaliação	24
Tabela 3. Resultados do instrumento WHOQOL.....	35
Tabela 4. Resultados do instrumento SF36	36
Tabela 5. Resultados do instrumento POMS.....	37
Tabela 6. Resultados do instrumento EAVF	38
Tabela 7. Resultados do instrumento MAIA.....	39
Tabela 8. Resultados do instrumento EAC.....	40
Tabela 9. Resultados da Reatividade do Eixo HPA	40
Tabela 10. Valores do Cortisol Agudo	41

Índice de Figuras

Figura 1. Fluxograma da Amostra.....	22
Figura 2. Valores do Cortisol Agudo	41

Lista de Siglas

EAC – Escala de Apreciação Corporal

EAVF – Escala Visual Analógica da Fadiga

ECR – Ensaio Clínico Randomizado

GC – Grupo Controlo

GRP – Grupo de Relaxação Psicomotora

HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora

HPA - Hipotálamo-pituitário-adrenal

IMC – Índice de Massa Corporal

MAIA – Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva

OMS – Organização Mundial da Saúde

POMS – Perfil de Estados de Humor

SF36 – Questionário de Estado de Saúde

WHOQOL – Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

Capítulo 1: Introdução

De dia para dia, o número de pessoas com diagnóstico de cancro aumenta substancialmente. Em Portugal, apenas no ano de 2018, foram diagnosticados 50 000 novos casos, sendo o cancro a segunda maior causa de morte no país (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2020). Com os recentes avanços médicos, científicos e tecnológicos, tem-se assistido a um aumento de sobreviventes de cancro imediatos e a longo prazo (American Cancer Society, 2019b). Por exemplo, no cancro da mama, a taxa de sobrevivência a 5 anos é de quase 90% (Noone et al., 2016), sendo por isso fundamental proporcionar cuidados de saúde de qualidade aos sobreviventes.

Quer devido a problemas de saúde pré-existentes, quer devido ao cancro em si, ou ao seu tratamento, as sobreviventes de cancro da mama experienciam várias alterações ao nível da saúde física (e.g., dor, linfedema, fadiga, perturbações do sono, disfunções sexuais, infertilidade, menopausa precoce, stress), da saúde mental (e.g., alterações nas capacidades cognitivas, sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva) e no bem-estar social (e.g., dificuldade em retornar às funções anteriormente desempenhadas, dificuldade nas relações sociais, diminuição do suporte prestado pelos pares), o que influencia negativamente a sua qualidade de vida (Lipschitz et al., 2015; Runowicz et al., 2016; Schreier, Johnson, Vohra, Muzaffar & Kyle, 2019). Para além disso e tendo presente o facto de o cancro da mama afetar uma parte do corpo de grande significado simbólico, intimamente relacionada com a sensualidade feminina e com a maternidade, implicando uma maior instabilidade emocional que outra qualquer neoplasia (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2019), as sobreviventes de cancro da mama experienciam também alterações ao nível da vivência afetiva do corpo (e.g., esquema corporal, imagem corporal, sentimentos de não pertença, valorização excessiva das suas sensações corporais) (Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira, 2007; Street, 2019; Yi & Syrjala, 2017).

Considerando o quadro de fragilidade vivido na fase de sobrevivência ao cancro, a Sociedade Americana do Cancro (2019a) reconhece a importância de respostas terapêuticas que procurem dar resposta às necessidades das pessoas sobreviventes de cancro, partindo de uma perspetiva holística.

Segundo Horneber e colaboradores (2012), o uso de terapias complementares com os sobreviventes de cancro tem vindo a aumentar significativamente, passando de 25% entre os anos 1970 e 1980, para 49% desde 2000, o que reflete um interesse crescente em

complementar o tratamento médico com outras abordagens não farmacológicas. Especificamente, as terapias corpo-mente (do inglês, *mind-body therapies*), incluindo as intervenções com movimento corporal (e.g., relaxação, *yoga*, *qigong*), têm vindo a ser usadas como medidas complementares ao tratamento do cancro, contribuindo para o controlo dos sintomas e para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar (Deng & Cassileth, 2013).

Ainda que escassos, alguns programas de terapias corpo-mente e, em específico, de relaxação terapêutica desenvolvidos com mulheres sobreviventes de cancro da mama revelaram-se eficazes na redução da fadiga (Bower et al., 2014), na melhoria da qualidade do sono (Bower et al., 2014; Rabin, Pinto, Dunsinger, Nash & Trask, 2009) e na melhoria dos estados de humor (Bower et al., 2014; Carlson et al., 2014; Johnson, Marcus, Hickman, Barton, & Elkins, 2016; Lipschitz, Kuhn, Kinney, Donaldson, & Nakamura, 2013; Rabin, Pinto, Dunsinger, Nash & Trask, 2009). Estes estudos recorreram a abordagens integrantes da intervenção psicomotora, tal como definido pela Associação Portuguesa de Psicomotricidade (n.d.), nomeadamente a relaxação e as atividades expressivas, e permitiram às sobreviventes de cancro da mama uma redução da dor, da fadiga, das dificuldades no sono (Elkins, Fisher & Johnson, 2010) e uma escuta e um redescobrimto corporal marcados pela valorização pessoal e, por conseguinte, pela vivência afetiva do corpo, necessária ao processo de elaboração das perdas (físicas, funcionais e emocionais) associadas à doença oncológica (Coly-Layani, 2014). Mais ainda, ao contrário de outras abordagens terapêuticas, não foram identificados efeitos secundários negativos deste tipo de intervenções (Elkins, Fisher & Johnson, 2010). Não obstante a literatura sugerir os efeitos positivos das terapias corpo-mente, e em particular das técnicas de relaxação, no âmbito da sobrevivência ao cancro, que seja do nosso conhecimento, ainda não foram estudados os efeitos da relaxação psicomotora em sobreviventes de cancro da mama, o que denota a pertinência deste estudo.

1.1 Objetivos

O objetivo geral do presente estudo é estudar a viabilidade (*feasibility*) e os efeitos de um programa de relaxação psicomotora nos indicadores de saúde e bem-estar e na vivência afetiva do corpo de mulheres sobreviventes de cancro da mama. Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Estudar a viabilidade da aplicação de um programa de relaxação psicomotora em mulheres sobreviventes de cancro da mama;
- b) Conhecer os efeitos de um programa de relaxação psicomotora nos indicadores de saúde física em mulheres sobreviventes de cancro da mama;
- c) Conhecer os efeitos de um programa de relaxação psicomotora nos indicadores de saúde mental em mulheres sobreviventes de cancro da mama;
- d) Conhecer os efeitos de um programa de relaxação psicomotora nos indicadores de bem-estar social em mulheres sobreviventes de cancro da mama;
- e) Conhecer os efeitos de um programa de relaxação psicomotora na vivência afetiva do corpo em mulheres sobreviventes de cancro da mama.

1.2 Hipóteses

De acordo com a literatura existente, é esperado que a aplicação de um programa de relaxação psicomotora tenha viabilidade, bem como se verifiquem melhorias associadas à aplicação do referido programa. Assim, foram formuladas as seguintes hipóteses:

- a) A aplicação de um programa de relaxação psicomotora tem viabilidade em mulheres sobreviventes de cancro da mama;
- b) Um programa de relaxação psicomotora induz melhorias ao nível dos indicadores de saúde física em mulheres sobreviventes de cancro da mama;
- c) Um programa de relaxação psicomotora induz melhorias ao nível dos indicadores de saúde mental em mulheres sobreviventes de cancro da mama;
- d) Um programa de relaxação psicomotora induz melhorias ao nível dos indicadores de bem-estar social em mulheres sobreviventes de cancro da mama;
- e) Um programa de relaxação psicomotora induz melhorias ao nível da vivência afetiva do corpo em mulheres sobreviventes de cancro da mama.

1.3 Estrutura da Dissertação

A presente dissertação foi estruturada de maneira a tornar clara a investigação realizada. Assim, este documento encontra-se organizado em seis capítulos, a Introdução, a Revisão de Literatura, a Metodologia, os Resultados, a Discussão dos Resultados e as Conclusões, precedidos pelo Resumo, em português e em inglês, pelo Índice Geral, Índice de Tabelas e Índice de Figuras e pela Lista de Siglas. No final são apresentadas as Referências Bibliográficas, seguindo-se os Anexos.

No presente capítulo de “Introdução” apresenta-se uma breve abordagem aos temas em estudo e são apresentados os objetivos e hipóteses estabelecidos para esta investigação.

No segundo capítulo, apresenta-se a “Revisão de Literatura”, em que são abordados os temas necessários à compreensão teórica desta investigação.

No terceiro capítulo, é apresentada a “Metodologia” do estudo, em que são referidos o tipo e desenho de estudo, a caracterização da amostra, os procedimentos gerais, as variáveis em estudo e os instrumentos de avaliação, a descrição do programa de intervenção e a análise e tratamento dos dados necessários para a análise estatística.

No quarto capítulo, apresentam-se os “Resultados” obtidos.

No quinto capítulo, é apresentada a “Discussão dos Resultados”, resultados estes, analisados à luz da literatura atual.

O sexto capítulo é dedicado às principais “Conclusões” do estudo.

São ainda apresentadas as “Referências Bibliográficas” e os “Anexos”.

Capítulo 2: Revisão da Literatura

2.1 Cancro da Mama

O cancro da mama diz respeito a uma neoplasia maligna, conhecida por carcinoma da mama, que se caracteriza por ter capacidade de disseminação e de metastização (Cardoso, 2017). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (World Health Organization, 2019), o cancro da mama é a neoplasia mais comum no sexo feminino, registando-se mundialmente cerca de 2 milhões de novos casos por ano. Em Portugal, são diagnosticados aproximadamente 6000 novos casos de cancro da mama a cada ano, que resultam na morte de cerca de 1500 mulheres anualmente (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2019). Para além de ser o tipo de cancro mais comum no sexo feminino, o cancro da mama, é apontado como a maior causa de morte de mulheres com menos de 55 anos (Bower et al., 2014).

Atualmente, o cancro da mama revela ser uma das doenças que mais gera preocupação na nossa sociedade, não só pela sua alta frequência ou pelo alto risco de morte associado, mas também porque afeta uma parte do corpo de grande significado simbólico, que está intimamente relacionada com a sensualidade feminina e com a maternidade, implicando uma maior instabilidade emocional que outra qualquer neoplasia (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2019).

Atualmente, estão disponíveis várias opções de tratamento que são escolhidas de acordo com as características biológicas, psicológicas e socioeconómicas de cada paciente e com as suas preferências, o estadió da neoplasia, o tamanho e a localização do tumor (Avillez, 2010; Cardoso, 2017; Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2019). É ainda bastante importante que a decisão de qual(ais) o(s) tipo(s) de tratamento seja feita junto de uma equipa multidisciplinar que ajude a garantir a eficácia do tratamento (OMS, 2019). Os tratamentos comumente utilizados são cirurgia (cirurgia conservadora, mastectomia ou esvaziamento ganglionar axilar), radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia (Avillez, 2010). A maior parte das mulheres recebe mais que uma das opções de tratamento, sendo também administrada uma medicação que visa controlar os efeitos secundários específicos de cada tipo de tratamento (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2019). Por norma, quem apresenta um estadió I ou II de cancro da mama é sujeita a cirurgia conservadora, em que apenas é removido o tecido cancerígeno e a mama é preservada, e a sessões de radioterapia. A mastectomia, em que existe remoção da mama,

e a quimioterapia são administradas, na sua generalidade, a quem se encontre no estadió III ou IV de cancro da mama (American Cancer Society, 2019b).

Segundo a Sociedade Americana do Cancro (2019b), os principais fatores de risco para o desenvolvimento de cancro da mama são o pertencer ao sexo feminino e a idade avançada. No entanto, existem fatores modificáveis que potenciam o cancro da mama entre eles, o índice de massa corporal (IMC) elevado, a terapia hormonal de reposição na menopausa, o consumo de álcool, o tabagismo e o sedentarismo. Existem também fatores não modificáveis que potenciam o cancro da mama entre eles, a história familiar de cancro da mama ou dos ovários, as mutações genéticas e a alta densidade do tecido mamário. Existem ainda fatores reprodutivos que potenciam o risco de cancro da mama entre eles, uma longa história de período menstrual, não ter filhos, ter filhos após os 30 anos e apresentar elevados níveis de estrogénio e progesterona.

À semelhança de outros tipos de cancro, aquando do diagnóstico de cancro da mama, as mulheres são confrontadas com a incerteza relacionada com a evolução da doença, com a agressividade dos tratamentos e com a morte. Apesar de cada pessoa experienciar de maneira diferente a vivência dos novos desafios e das alterações necessárias na sua vida diária associadas ao cancro, na sua generalidade, a vivência de momentos de dor, fadiga, tristeza, medo, insegurança, as fragilidades ao nível do esquema e da imagem corporal e as incompatibilidades com os pares e com a atividade profissional, refletem-se em alterações ao nível da saúde física, da saúde mental, do bem-estar social e da vivência afetiva do corpo das sobreviventes (Cardoso, 2017).

2.2 As sobreviventes de Cancro da Mama

Com os avanços científicos, médicos e tecnológicos, tem-se assistido a um aumento de sobreviventes de cancro (American Cancer Society, 2019a). Consideram-se sobreviventes todos os indivíduos que tenham concluído os tratamentos ativos para o cancro há pelo menos três meses (Lipschitz et al., 2015), sendo que os sobreviventes podem ser subdivididos em sobreviventes imediatos (primeiros meses após o término do tratamento oncológico) e a longo prazo (5 anos após o término do tratamento) (American Cancer Society, 2019a).

No que diz respeito ao cancro da mama, tem-se verificado um aumento significativo do número de sobreviventes a longo prazo (Runowicz et al., 2015). Por

exemplo, a taxa de sobrevivência a 5 anos é de quase 90% no cancro da mama (Noone et al., 2016).

Quer devido a problemas de saúde pré-existentes, quer devido ao cancro em si, ou ao seu tratamento, as sobreviventes de cancro da mama experienciam várias alterações ao nível da saúde física (e.g., dor, linfedema, fadiga, perturbações do sono, disfunções sexuais, infertilidade, menopausa precoce), da saúde mental (e.g., alterações nas capacidades cognitivas, sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva), do bem-estar social (e.g., dificuldade em retornar às funções anteriormente desempenhadas, isolamento social, diminuição do suporte prestado pelos pares) e da vivência afetiva do corpo (e.g., alterações do esquema e da imagem corporal, vigilância excessiva das sensações corporais), o que influencia negativamente o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida (Lipschitz et al., 2015; Runowicz et al., 2016; Schreier, Johnson, Vohra, Muzaffar & Kyle, 2019).

Segundo Schreier e colaboradores (2019), entre os 6 meses e os 18 anos após o início dos tratamentos, uma sobrevivente de cancro da mama experiencia mais de 10 sintomas associados à sua neoplasia e aos seus tratamentos. Importa referir que cada caso é um caso e que por isso, mediante o estadio da neoplasia, os tipos de tratamentos a que cada mulher é sujeita e as suas características intrínsecas, cada pessoa experiencia a fase de sobrevivência de forma diferenciada (Schreier, Johnson, Vohra, Muzaffar & Kyle, 2019). Contudo, sabe-se que esta fase é muito marcada pela adaptação de cada sobrevivente à sua nova realidade, o que exige ajustes físicos, mentais e sociais (American Cancer Society, 2019b).

2.3 Indicadores de Saúde e Bem-Estar na sobrevivência ao cancro da mama

Tal como definido pela OMS (1948), saúde é um estado de pleno bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Assim, para que se possa alcançar um bem-estar generalizado e conseqüentemente um melhor estado de saúde, torna-se importante focar a atenção em determinados indicadores de saúde e bem-estar.

Como é expectável, devido a todas as alterações a que estão sujeitas, as sobreviventes de cancro da mama apresentam comumente um estado de saúde fragilizado, associado a alterações nos indicadores de saúde física, nos indicadores de saúde mental e nos indicadores de bem-estar social (American Cancer Society, 2019b).

- **Indicadores de saúde física**

Quer devido aos efeitos adversos dos tratamentos ou à indução da menopausa precoce, entre outros fatores como a disponibilidade de cuidados de saúde na fase de sobrevivência ou a predisposição para a adesão aos mesmos, as sobreviventes de cancro da mama, manifestam dificuldades muito marcadas ao nível da sua saúde física (Moreira, Silva & Canavarro, 2008). Apresentam-se em seguida, os indicadores de saúde física que segundo Runowicz e colaboradores (2015) mais geram preocupação nas sobreviventes de cancro da mama.

A **fadiga** é muito comum em indivíduos com cancro, mantendo-se muita das vezes para além do término dos tratamentos, afetando também a fase de sobrevivência (Runowicz et al., 2015).

A vivência da fadiga associada ao cancro diz respeito a um estado persistente de cansaço físico, psicológico, emocional e cognitivo, associado à vivência do cancro e dos seus respetivos tratamentos, que não é associado a atividades recentes e que afeta o funcionamento normal do indivíduo (Abrahams, Gielissen, Verhagen & Knoop, 2018).

No que toca às sobreviventes de cancro da mama, a fadiga tem uma prevalência de 90% e encontra-se muitas vezes associada à dificuldade na gestão dos estados de humor, à falta de qualidade do sono e à dor (Runowicz et al., 2015), tendo por isso um impacto muito negativo na sua qualidade de vida (Jones et al., 2015).

Segundo a DGS (2020), a **dor** diz respeito a uma experiência multissensorial que envolve também, uma componente emocional, sendo um dos principais motivos para a procura dos cuidados de saúde, já que o sofrimento que lhe está associado leva à diminuição da qualidade de vida. A perceção da dor varia de indivíduo para indivíduo e é influenciada por fatores clínicos (e.g., doença, tipo de tratamento), por fatores demográficos (e.g., estilo de vida, idade) e por fatores psicossociais (e.g., personalidade, estatuto social) (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias & Castro-Lopes, 2012). A dor pode ser classificada como dor aguda, quando o seu início é recente e quando se consegue associar-lhe uma relação causal e temporal, bem definida, ou como dor crónica, quando persiste ao longo do tempo e de forma contínua para além do término do motivo agudo ou da cura da lesão que lhe deu origem (DGS, 2020).

Entre 20% a 65 % das sobreviventes de cancro da mama experienciam dor crónica, o que tem um impacto negativo bastante marcado no seu bem-estar (Runowicz et al.,

2015). A dor experienciada pelas mulheres sobreviventes de cancro da mama está associada aos tratamentos a que foram sujeitas e também ao linfedema, inchaço ou enrijecimento de zonas como o braço, a axila e os tecidos mamários (Runowicz et al., 2015).

O **sono** é um processo biológico e inato a qualquer organismo que tem como principal função a recuperação e a manutenção da homeostasia do ser humano (Associação Portuguesa do Sono, 2020), garantindo assim a recuperação dos níveis de energia, o desenvolvimento fisiológico e psicossocial. Por conseguinte, padrões de sono regularizados são fundamentais para a promoção de um melhor estado de saúde (Associação Portuguesa do Sono, 2020).

Cerca de 70% dos sobreviventes de cancro experienciam uma má qualidade do sono, sendo as sobreviventes de cancro da mama as mais predispostas para o desenvolvimento de dificuldades relacionadas com o sono, quando comparadas com outros tipos de neoplasia (Lowery-Allison et al., 2017). A maioria das sobreviventes de cancro da mama experiencia insónias, dificuldades em retomar o sono e/ou sono não reparador (Lowery-Allison et al., 2017), sendo que 20% das sobreviventes chega mesmo a desenvolver perturbações do sono (Lipschitz, Kuhn, Kinney, Donaldson & Nakamura, 2013).

Uma má qualidade do sono tem um impacto negativo na qualidade de vida das sobreviventes de cancro da mama e pode levar a exacerbar sintomas como a dor, a fadiga, os afrontamentos e a dificuldade na gestão dos estados de humor (Lowery-Allison et al., 2017).

O **stress** é uma resposta fisiológica natural do nosso corpo que permite alcançar a homeostasia, sempre que algo perturba o nosso equilíbrio. Contudo uma vivência constante de altos níveis de stress, pode levar ao desenvolvimento de *distress* (Chang, Tseng & Chiu, 2017), que ainda que não cumpra os critérios de diagnóstico para perturbação da ansiedade ou perturbação depressiva, está associado a sentimentos comuns de vulnerabilidade, de tristeza, de pânico, de trauma e de desvalorização pessoal (Yi & Syrjala, 2017).

Na fase de sobrevivência ao cancro, a dificuldade na gestão dos estados de humor, o retorno às funções anteriormente desempenhadas (e.g., atividade profissional), a diminuição do suporte prestado pelos pares (Yi & Syrjala, 2017), o medo de recidiva e o receio da morte (Avillez, 2010; Ness et al., 2012) destacam-se como preditores do *distress*

(Servan-Schreiber, 2007). Importa referir que o *distress* afeta 32.8% das sobreviventes de cancro da mama, influenciando a sua capacidade de *coping* na fase de sobrevivência, podendo mesmo evoluir para quadros de isolamento social, depressão ou ansiedade (Cardoso, 2017).

- **Indicadores de saúde mental**

Quer devido ao medo de recidiva (Avillez, 2010) ou à incerteza face ao futuro, entre outros fatores como a presença de sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva e a dificuldade na gestão dos estados de humor, as sobreviventes de cancro da mama, manifestam dificuldades muito marcadas ao nível da sua saúde mental (Moreira, Silva & Canavarro, 2008). Assim, apresentam-se em seguida, os indicadores de saúde mental que mais geram preocupação nas sobreviventes de cancro da mama.

Ao contrário das emoções, que dizem respeito a um estado psicológico, que se caracteriza pela sua brevidade e por ser bastante intenso já que surge como resposta reativa a uma causa específica e externa (Pergher, Grassi-Oliveira, Ávila & Stein, 2006), os **estados de humor** caracterizam-se por ser mais duradouros que uma reação a um momento de raiva ou de tristeza, perdurando na maior parte das vezes por vários dias e influenciando os processos cognitivos e comportamentais dos indivíduos (Dias & Fonseca, 2008) e afetando a saúde e o bem-estar dos mesmos (Annunziata, Muzzatti, Flaiban, Giovannini & Carlucci, 2016).

A adaptação ao cancro é um processo bastante complexo que gera uma dificuldade na gestão dos estados de humor. A maioria das pessoas com cancro, quer no momento de diagnóstico, quer durante o tratamento, quer na fase de sobrevivência revela ter dificuldade na gestão dos estados de humor, principalmente, dos negativos (e.g., tensão, melancolia, ira, confusão, desorientação) (Conley, Bishop & Andersen, 2016).

Por exemplo, a Sociedade Americana do Cancro (2019a), reporta que, na fase de sobrevivência, uma em cada dez sobreviventes de cancro da mama reporta dificuldades na gestão dos estados de humor, muito marcada pelas dificuldades associadas à recuperação do cancro e ao retorno às funções anteriormente desempenhadas (e.g., profissão), à diminuição do suporte prestado pelos pares, aos sentimentos de abandono, à vigilância excessiva das sensações corporais, ao evitamento de situações que evoquem a vivência do cancro e dos seus respetivos tratamentos ou ao entorpecimento de emoções (Yi & Syrjala, 2017). Especificamente relativa ao cancro da mama, a necessidade de

redescobrir um novo “Eu” e de assimilar os efeitos a longo prazo provocados pelo cancro da mama dificultam a gestão dos estados de humor. Assim, uma gestão funcional dos estados de humor revela-se essencial para a saúde e o bem-estar generalizados (Annunziata, Muzzatti, Flaiban, Giovannini & Carlucci, 2016).

- **Indicadores de bem-estar social**

Segundo a Associação Americana do Cancro (2019b), o **bem-estar social** engloba as questões da qualidade e da satisfação das relações com a família e com os amigos, incluindo também as questões da capacidade de trabalho, bem como da disponibilidade para a intimidade e para sexualidade.

Na fase ativa da neoplasia, é muito comum um apoio muito próximo por parte da família e dos amigos que procuram acompanhar cada consulta ou tratamento, pelo que por norma os indivíduos com cancro se sentem muito investidos, valorizando muito as suas relações pessoais. Também a entidade patronal aceita de uma maneira cordial a diminuição da capacidade de trabalho, bem como os parceiros aceitam a diminuição ou a inexistência de momentos de intimidade e sexualidade. Contudo a passagem para a fase de sobrevivência ao cancro é muito marcada pela não aceitação das novas características das sobreviventes. Isto é, a sociedade deixa de ver o sobrevivente como alguém com limitações e fragilidades associadas ao cancro e volta a exigir aquilo que seria esperado antes do diagnóstico do cancro, o que resulta na diminuição do suporte prestado pelos pares, nas dificuldades em retornar às funções anteriormente desempenhadas e nas relações sociais (American Cancer Society, 2019a).

As sobreviventes de cancro da mama, manifestam fragilidades muito marcadas ao nível do bem-estar social (Moreira, Silva & Canavarro, 2008), também muito marcadas pelos ajustes que surgem no meio familiar e social, pela alteração de papéis, de tarefas e pelo surgimento de novas limitações ou dependências (Pedro & Travado, 2017).

Também devido à necessidade de se ajustar a si próprias e de encarar uma nova realidade, as sobreviventes de cancro da mama tendem a isolar-se socialmente, uma vez que não se sentem preparadas para responder às tarefas e desafios sociais, o que se revela bastante prejudicial, já que está provado que o isolamento social leva a um agravar da atividade inflamatória e da adaptação emocional (Servan-Schreiber, 2007). Importa ainda referir que, o apoio social se ergue como um dos fatores mais importantes para a adaptação emocional, não só à neoplasia como à fase de sobrevivência, e para a promoção do

bem-estar e da qualidade de vida de sobreviventes de cancro da mama (Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira, 2007).

2.4 Vivência Afetiva do Corpo na sobrevivência ao cancro da mama

Tal como já foi referido anteriormente ao longo desta dissertação, pelo facto de o cancro da mama afetar uma parte do corpo de grande significado simbólico para a mulher, que está intimamente relacionada com a sua identidade pessoal (Sun, Ang, Ang & Lopez, 2017), com a sensualidade feminina e com a maternidade (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2019), as sobreviventes de cancro da mama experienciam alterações muito marcadas ao nível da vivência afetiva do corpo (Rebelo et al., 2007; Street, 2019; Yi & Syrjala, 2017). Apresentam-se em seguida, os parâmetros da vivência afetiva do corpo que mais geram preocupação nas sobreviventes de cancro da mama.

Ao falarmos de **imagem corporal** é inevitável falarmos de **esquema corporal**. Pelo que é de extrema importância começar por entender em que parâmetros se podem relacionar e em que parâmetros diferem (Guiose, 2015). Um adequado esquema corporal está associado a um adequado conhecimento das diferentes partes do corpo, do posicionamento do corpo no espaço externo, à coordenação entre os segmentos do corpo e à lateralidade (Abalasei & Radu, 2017).

O conceito de imagem corporal não é simples de definir, sendo considerado um conceito complexo e multidimensional, que ainda gera controvérsia entre os autores. Isto deve-se ao facto de a imagem corporal se basear nas perceções que cada um constrói acerca do seu próprio corpo, da maneira como encara a sua própria aparência e da maneira como encara o seu corpo na relação com os outros (Branch, Feuz & McQuestion, 2017).

Nas sobreviventes de cancro da mama, os efeitos adversos dos tipos de tratamento (e.g., quimioterapia, radioterapia, cirurgia) resultam em alterações ou perda de um ou ambos os seios, cicatrizes visíveis, perda do cabelo e dos pêlos faciais, linfedema, aumento do peso corporal e dificuldade na habituação às próteses (Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira, 2007; Street, 2019). Estas alterações influenciam negativamente o esquema e a imagem corporal, sendo que cerca de 77% das mulheres com cancro da mama apresentam perturbações da imagem corporal que persistem para além do término dos tratamentos do cancro e das cirurgias de reconstrução (Street, 2019).

Ainda que a viver uma fase clinicamente mais positiva, as sobreviventes de cancro da mama desenvolvem uma perceção negativa em relação ao seu corpo após o cancro

(Sun, Ang, Ang & Lopez, 2017). A fragilidade da imagem corporal está associada a um aumento do stress fisiológico, dos sintomas depressivos e de repulsa para com o corpo (Paterson, Lengacher, Donovan, Kip & Tofthagen, 2016), do aumento do isolamento social e da diminuição da autoestima (Sun, Ang, Ang & Lopez, 2017), o que gera uma diminuição da qualidade de vida e conseqüentemente uma diminuição do bem-estar geral das sobreviventes de cancro da mama (Paterson, Lengacher, Donovan, Kip & Tofthagen, 2016; Street, 2019). Todavia, nas sobreviventes de cancro da mama que investem e adquirem uma noção de imagem corporal positiva, é possível notar uma melhoria da sua saúde física e mental e uma harmonia nas suas relações sociais (Paterson, Lengacher, Donovan, Kip & Tofthagen, 2016).

Ao analisar a percepção do corpo é de extrema importância ter em conta os aspetos da interoceptividade (Mehling et al., 2009). Este conceito é utilizado como referência a um estado de consciência multissensorial das sensações, a **consciência interoceptiva** (Marmeleira & Veiga, 2018; Mehling et al., 2009) e dos estados corporais, como a frequência cardíaca, a frequência respiratória, a temperatura corporal, o tónus, a fome, a fadiga e a dor (Marmeleira & Veiga, 2018). Segundo Mehling e colaboradores (2009), uma adequada consciência das alterações corporais, que o ser humano sofre ao longo do seu dia-a-dia, torna possível uma melhor gestão das suas sensações corporais. Assim, como é de esperar, esta tomada de consciência acerca das sensações corporais afeta positivamente a gestão dos estados de humor (Mehling et al., 2009), sendo fulcral para a experiência subjetiva dos sentimentos e para o alcance da homeostasia, já que ajuda os indivíduos na adaptação aos diferentes momentos da vida diária, através da percepção das alterações no meio interno.

Os sobreviventes de cancro na sua generalidade tendem a ter uma hipervigilância das suas sensações corporais, que tende a ser ainda mais intensa nos momentos anteriores aos exames de rotina, devido ao medo de recidiva do cancro. O medo de recidiva do cancro leva à vivência de sintomas de *stress* pós-traumático, ao aumento do *arousal* sempre que os sobreviventes são confrontados com imagens ou situações que os recordem do cancro e ao entorpecimento das emoções (Yi & Syrjala, 2017). Contudo, que seja do nosso conhecimento, não existem estudos que avaliem a consciência interoceptiva em mulheres sobreviventes de cancro da mama.

2.5 Métodos de relaxação terapêutica na sobrevivência da doença oncológica

Da mesma maneira que seria insensato tentar travar a doença oncológica sem recorrer aos métodos mais avançados da medicina convencional (e.g., quimioterapia, radioterapia, imunoterapia ou cirurgia), é também insensato recorrer exclusivamente a estas abordagens, sendo essencial complementá-las com a adesão a abordagens não farmacológicas que potenciem os benefícios dos tratamentos e que garantam uma melhor gestão das alterações inerentes à doença oncológica (Servan-Schreiber, 2007).

Segundo Horneber e colaboradores (2012), o uso de terapias complementares com os sobreviventes de cancro tem vindo a aumentar significativamente, de 25% entre os anos 1970 e 1980, para 49% desde 2000, o que reflete o interesse crescente em complementar o tratamento médico com outras abordagens não farmacológicas. Especificamente, as terapias corpo-mente (do inglês, *mind-body therapies*), incluindo as intervenções com movimento corporal (e.g., relaxação, *yoga*, *qigong*), têm vindo a ser usadas como medidas complementares ao tratamento do cancro, contribuindo para o controlo dos sintomas, para a melhoria do estado de saúde, da qualidade de vida e do bem-estar (Deng & Cassileth, 2013). O incentivo à participação em intervenções que procurem a consciencialização e a expressão das emoções é cada vez maior, uma vez que está provada a importância destas abordagens, por exemplo, na minimização do *distress*, da sintomatologia ansiosa e depressiva (Runowicz et al., 2015). De facto, aderir a programas de intervenção terapêutica promove uma melhor adaptação ao cancro, uma harmonização em relação ao corpo e às suas novas características e uma sensação de bem-estar generalizado (Servan-Schreiber, 2007).

No que concerne aos métodos de relaxação terapêutica, estes caracterizam-se por ser uma prática de mediação corporal que envolve diferentes técnicas (e.g., respiração, consciencialização corporal, descontração neuromuscular, alongamentos, *body scanning*), “*elaboradas e codificadas que se aplicam especificamente sobre a dimensão tensional e tónica da personalidade e que procuram uma resolução tónica que é a base da descontração física e psíquica*” (Durand De Bousingen, 1992, s/pág.). Importa referir que a relaxação não se trata exclusivamente de atingir a descontração, mas sim de alcançar um estado de relaxamento sob o olhar atento do terapeuta, que deve incentivar a verbalização das sensações experienciadas pelo indivíduo e o entendimento das mesmas, pelo que o terapeuta tem também um processo muito importante no alcance de um estado de relaxamento (Martins, 2001).

Ao longo das últimas décadas e à medida que se vai entendendo a importância dos métodos de relaxação como complemento aos tratamentos farmacológicos, tem-se vindo a recorrer cada vez mais a programas de relaxação terapêutica junto de pacientes com cancro, já que se têm mostrado eficientes na redução de sintomas como as náuseas, os vómitos, a dor e a fadiga (Larios-Jiménez et al., 2018).

Os métodos de relaxação terapêutica fazem parte integrante das competências do psicomotricista (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, n.d.) e, segundo Coly-Layani (2014), envolvem a presença ativa do corpo no mundo exterior e levam os indivíduos a construir uma relação pacífica e harmoniosa com o seu corpo e com o corpo do outro. Em Oncologia, as intervenções psicomotoras devem atender à adaptação ao cancro e posteriormente à fase de sobrevivência ao cancro, definir e seguir uma estrutura (e.g., espaço, duração, ritmo) que tenha a função continente para os participantes, sendo que é cada vez mais comum em Psicomotricidade, o desenvolvimento de programas de relaxação psicomotora (e.g., Coly-Layani, 2014; Oliveira, 2019; Quero, 2019) que vão ao encontro das necessidades dos sujeitos com cancro ou em fase de sobrevivência, caso disso é o trabalho desenvolvido, por Oliveira (2019), com mulheres com diagnóstico ativo de cancro da mama, que envolveu o toque terapêutico e que permitiu a diminuição da fadiga, das concentrações de cortisol e melhorias nas perspetivas de saúde e de qualidade de vida.

De facto, a Psicomotricidade em Oncologia é vista como essencial para dar continuidade aos cuidados vitais, já que é uma terapia que se foca no desenvolvimento pessoal e no autoconhecimento e não apenas nos sintomas associados à doença oncológica, já que tem em conta estes sintomas, mas vai mais além disso. Não os vê de forma isolada, mas sim de acordo com a história de vida pessoal de cada sujeito. Assim, recomenda-se a intervenção psicomotora de modo a promover a eutonia, o esquema e a imagem corporal, a autoestima, o controlo da dor e das angústias, e a facilitar a comunicação e a aceitação do corpo e das suas novas características (Quero, 2019). Em suma, a aplicação dos métodos de relaxação psicomotora resulta numa diminuição da tensão muscular, do *stress*, dos estados de humor negativos (Veiga et al., 2019), da fadiga (Caldwell, Harrison, Adams, Quin & Greeson, 2010) e numa melhoria da consciência interoceptiva (Salvador, Berenguer, Ribeiro & Costa, 2020).

Com o aumento do número de sobreviventes de cancro e tendo em conta que se procura cada vez mais promover a qualidade de vida dos sobreviventes de cancro, têm

sido desenvolvidos alguns programas de relaxação terapêutica com mulheres sobreviventes de cancro da mama que se revelaram eficazes na diminuição dos processos inflamatórios (Bower et al., 2014), na redução da fadiga (Bower et al., 2014) e da dor (Elkins, Fisher & Johnson, 2010), na melhoria da qualidade do sono (Bower et al., 2014; Rabin, Pinto, Dunsinger, Nash & Trask, 2009) e na melhoria dos estados de humor, dos sintomas ansiosos e depressivos (Bower et al., 2014; Carlson et al., 2014; Johnson, Marcus, Hickman, Barton, & Elkins, 2016; Lipschitz, Kuhn, Kinney, Donaldson, & Nakamura, 2013; Rabin, Pinto, Dunsinger, Nash & Trask, 2009). Para além dos efeitos ao nível dos indicadores de saúde física e mental, a relaxação terapêutica destaca-se também pela possibilidade de incrementar o bem-estar social, através da promoção do suporte social (Browning, Kue, Lyons & Overcash, 2017) e de incrementar a vivência afetiva do corpo, através da promoção de momentos de observação e de escuta do corpo, que permitem a sua redescoberta e valorização, processo essencial à elaboração das perdas associadas à doença oncológica (Coly-Layani, 2014).

Nesse sentido e no âmbito da presente dissertação desenvolveu-se um programa de relaxação psicomotora, baseado nas competências fundamentais da intervenção psicomotora e na relaxação terapêutica, nomeadamente nas técnicas que passamos a descrever.

Segundo Quero (2019), o trabalho em Oncologia, requer que o psicomotricista desenvolva competências específicas. Assim, antes de iniciar a intervenção, o psicomotricista deve procurar passar por um processo de auto-preparação, em que deve vivenciar e refletir acerca do seu trabalho com uma população que devido à sua especificidade exige uma presença e entregas totais. Por isso, quando desenvolve a sua prática, o psicomotricista deve ser capaz de deixar de parte as suas próprias necessidades e preocupações e focar-se exclusivamente na relação com o outro, nas necessidades e preocupações do outro. À semelhança do trabalho noutros contextos, o primeiro objetivo do psicomotricista deve ser a construção de uma aliança terapêutica fundamental para desenvolver uma relação de confiança entre o terapeuta e a pessoa, que permita que a pessoa se sinta investida e segura, com tempo e espaço para comunicar livremente os seus afetos e pensamentos, sem receio de julgamentos. Para tal, será também importante a definição do *setting* terapêutico (e.g., um espaço específico para as sessões, rituais e ritmos) que transmita segurança, tranquilidade e confidencialidade (Quero, 2019).

Uma das técnicas aplicadas no programa de intervenção é a respiração. Uma respiração torácica e rápida estimula a atividade do sistema nervoso simpático, o mesmo sistema que é ativado como resposta a reações de *stress*, pelo que através da vivência deste tipo de respiração os indivíduos inconscientemente podem transportar-se para experiências de ansiedade e de tensão. Pelo contrário, a **respiração diafragmática**, mais calma e mais profunda, estimula a atividade do sistema nervoso parassimpático, o mesmo sistema que é associado ao relaxamento. Assim, num programa de relaxação, deve procurar-se demonstrar-se e proporcionar-se a vivência e consciência de ambos os tipos de respiração e levar a pessoa a tomar consciência da maneira como sente cada tipo de respiração no seu corpo, por forma a que a pessoa constate que a respiração deve ser tanto mais profunda e calma quanto seja confortável para cada um. A prática de respiração diafragmática é de carácter simples (Bernstein, Borkovec & Hazlett-Stevens, 2000), e uma das grandes vantagens que lhe está associada, prende-se com o facto de após aprendida ser facilmente transposta para o dia-a-dia dos indivíduos, sendo facilmente posta em prática em qualquer lugar ou em qualquer situação (Larios-Jiménez et al., 2018), ajudando a alcançar o conforto e a calma, uma melhor oxigenação do corpo e funcionando como um excelente mecanismo de *coping* em momentos de grande *stress* ou de tensão física (Dehghan, Shahriari, Pahlavanzadeh & Hazini, 2017).

As atividades de **body scanning** (análise corporal) incentivam os participantes a focarem a sua atenção no corpo, nas diferentes partes do mesmo e nas sensações corporais, como a sensação de tensão, de peso, de dor e/ou de desconforto. A atenção progride da atenção focada no momento presente, para a tomada de consciência e de aceitação das sensações corporais, de maneira a promover a consciência interoceptiva e consequentemente o relaxamento, que resulta do descobrir de novas maneiras de gerir as sensações corporais menos agradáveis. É uma técnica breve que revela efeitos positivos, dos 5 minutos aos 30 minutos de prática (Ussher et al., 2012).

A **imagética guiada** é uma técnica cognitiva muito importante para a evocação de reações afetivas positivas. Já que momentos de ansiedade e de grande nervosismo são por norma acompanhados de imagens negativas/catastróficas que geram ainda mais ansiedade, provocando uma espiral de momentos de ansiedade, sendo por isso necessárias ferramentas capazes de contrariar este mecanismo, por exemplo através da proposta de visualização de imagens que instiguem a calma, a harmonia e o conforto. Através da visualização destas imagens, são libertadas endorfinas que ajudam o corpo a experienciar

uma sensação de calma e a afastar os pensamentos negativos ou de stress, o que leva a uma melhoria da qualidade de vida e à diminuição da fadiga associada ao cancro (Dehghan, Shahriari, Pahlavanzadeh & Hazini, 2017). Contudo, importa referir que é uma técnica que exige a atenção total do participante e a capacidade de acesso ao simbólico, o que limita a sua aplicação em determinados contextos (e.g., condução) e com determinadas pessoas (Bernstein, Borkovec & Hazlett-Stevens, 2000).

Alguns estudos demonstram a eficácia de técnicas de relaxação combinadas de modo a potenciar os efeitos de relaxação, como o caso da imagética guiada em conjunto com a respiração diafragmática em pacientes com cancro (Dehghan, Shahriari, Pahlavanzadeh & Hazini, 2017; Larios-Jiménez et al., 2018). Quando associadas uma à outra, estas técnicas de relaxação são eficazes na redução do stress, dos sintomas ansiosos e depressivos, da tensão muscular, da dor, na ativação do sistema nervoso parassimpático e no aumento da serenidade, das sensações de bem-estar, da capacidade de ter um sono reparador e de se focar conscientemente nas sensações corporais, abstraindo-se de pensamentos potencialmente destrutivos (Larios-Jiménez et al., 2018). Por outro lado, estas técnicas conferem aos indivíduos a sensação de controlo face a diferentes situações (Larios-Jiménez et al., 2018), o que resulta num aumento da qualidade de vida dos pacientes com cancro (Dehghan, Shahriari, Pahlavanzadeh & Hazini, 2017).

Ao viverem uma época conturbada como a vivência do cancro da mama e posteriormente, a fase de sobrevivência ao cancro da mama, pautada por momentos de muito *stress* e alterações corporais ao nível do tronco e dos membros superiores, é comum as sobreviventes de cancro da mama apresentarem alterações posturais, diminuição da amplitude articular, da força muscular e da flexibilidade. Nesse sentido, tem sido cada vez mais recomendado o recurso às **técnicas de alongamento** de modo a diminuir as alterações anteriormente referidas (Kocamaz & Düger, 2020) e melhorar os indicadores de saúde (Pereira, 2012). Através do recurso a variados exercícios que promovem a atividade muscular e postural, de todo o corpo, nomeadamente da coluna, dos membros superiores e inferiores, da região torácica e pélvica, os alongamentos permitem o relaxamento do corpo, a adequação da postura, a melhoria da circulação sanguínea, o aumento da concentração na tarefa e ainda a redução de dores musculares e da sensação de fadiga ou tensão muscular (Pereira, 2012). Em mulheres sobreviventes de cancro da mama, os exercícios de alongamento, mostram ser também bastante importantes na

diminuição da fadiga e na consciência corporal, promovendo uma melhor imagem corporal (Kocamaz & Düger, 2020).

Por fim, importa ainda reforçar a importância das **intervenções em contexto grupal**, estas promovem a redução do isolamento social e da estigmatização social, uma vez que possibilitam o diálogo e a partilha promovendo uma melhor gestão da fase de sobrevivência e garantido uma reabilitação psicossocial das sobreviventes (Cardoso, 2017). Para além de que, o apoio dos outros gera também uma necessidade de estar disponível para apoiar os outros e uma sensação de pertença e de compromisso para com o grupo, que leva a uma maior motivação para a sessão e conseqüentemente a uma melhor capacidade de cumprir um programa de intervenção (Servan-Schreiber, 2007). Sendo o aumento do suporte social e a diminuição do isolamento social referenciados pelas sobreviventes de cancro da mama, como sendo um dos principais incentivos à adesão a programas de intervenção (Elkins, Fisher & Johnson, 2010).

Capítulo 3: Metodologia

3.1 Tipo e Desenho de Estudo

Este estudo da viabilidade é do tipo quantitativo e teve como base um desenho de estudo quase-experimental, com um grupo experimental que participou num programa de relaxação psicomotora (GRP), e um grupo de controlo (GC) que não recebeu qualquer tipo de intervenção e manteve a sua rotina diária ao longo de todo o programa. Tendo sido realizados dois momentos de avaliação formal, a avaliação pré-intervenção e a avaliação pós-intervenção.

3.2 Procedimentos Gerais

Iniciou-se o presente estudo através de um primeiro contacto com o Serviço de Oncologia, do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), onde foram apresentados os objetivos da investigação e onde se solicitou a colaboração e apoio do Serviço de Oncologia para o referido estudo.

Após isto, as participantes foram contactadas pelo Serviço de Oncologia, de modo a serem informadas acerca do estudo e a ser-lhes solicitada a sua participação no mesmo. Foi aplicado um consentimento informado a todas as participantes, onde as mesmas tomaram conhecimento acerca da confidencialidade dos dados recolhidos ao longo de todo o estudo.

Durante o recrutamento das participantes foi aplicado um Questionário Sociodemográfico e avaliada a capacidade cognitiva de cada uma.

Para avaliar a efetividade do programa de relaxação psicomotora foram administrados, antes e após a intervenção, instrumentos de avaliação que permitiram avaliar as variáveis dependentes em estudo, os indicadores de saúde física, os indicadores de saúde mental, o bem-estar social e a vivência afetiva do corpo. Para além disso, ao longo da intervenção recorremos a um processo de monitorização que permitiu a análise da viabilidade do estudo.

Os dois momentos de avaliação seguiram as mesmas diretrizes, tendo sido realizados num gabinete cedido pelo Serviço de Oncologia, onde cada participante foi avaliada individualmente em momentos de, aproximadamente, 40 minutos.

Tanto a aplicação dos instrumentos de avaliação como a dinamização das sessões de relaxação psicomotora foram realizadas pela autora da presente dissertação. De modo a complementar a avaliação formal, ao longo de toda a investigação foram registadas as

observações da terapeuta e as informações e observações partilhadas pelas participantes, nomeadamente no decorrer da intervenção.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora (Anexo I) e pela Comissão de Ética do Hospital do Espírito Santo de Évora (Anexo II), tendo sido realizado de acordo com a Declaração de Helsínquia e de acordo com os procedimentos éticos definidos pelo HESE.

3.3 Caracterização da Amostra

A seleção da amostra foi realizada tendo por base os critérios de inclusão definidos para o estudo: a) ser do sexo feminino com idade entre os 18 e os 65 anos, sobreviventes de cancro da mama; b) ter recebido o diagnóstico de cancro da mama até aos 50 anos; c) ter terminado os tratamentos para o cancro da mama há pelo menos três meses (sendo permitido o recurso concomitante à terapia hormonal); d) não apresentar défice cognitivo; e) não apresentar uma perturbação concorrente com o espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, perturbações aditivas e relacionadas com substâncias, perturbação bipolar ou ideação suicida; f) não usar substâncias psicotrópicas (antipsicóticos); g) não ter uma doença autoimune concorrente; h) não ter uma perturbação neurodegenerativa; i) ter suficiente conhecimento da língua portuguesa; j) estar física e mentalmente capaz de aderir ao programa de intervenção; k) não participar em sessões similares às propostas no programa de intervenção (e.g., *yoga*, pilates, meditação); l) estar disposto a participar.

A amostra do estudo foi não probabilística e de conveniência, uma vez que as participantes foram referenciadas pelo Serviço de Oncologia do HESE.

Inicialmente foram contactadas 76 mulheres (Figura 1), sendo que destas foram excluídas 55: 23 por não cumprirem os critérios de inclusão, 13 por incompatibilidade de horários e 19 por outros motivos. Assim, iniciaram o estudo um total de 21 mulheres, com idades entre os 37 e os 64 anos.

Importa referir que, a formação dos grupos não foi aleatória, tendo as participantes sido distribuídas pelo GRP e pelo GC de acordo com a disponibilidade de cada participante para a realização do programa de intervenção.

No GRP, apenas 9 participantes receberam a intervenção, uma vez que uma das participantes aquando do início da intervenção, retomou as suas atividades profissionais, não tendo disponibilidade para continuar a participar no estudo. No GC, 2 participantes decidiram suspender a participação no estudo.

No que concerne ao estudo optou-se por incluir na análise dos dados apenas as participantes que cumpriram todas as etapas propostas no estudo: a avaliação pré-intervenção, a frequência nas 16 sessões propostas e a avaliação pós-intervenção, para o GRP e a avaliação e reavaliação após 8 semanas para o GC. Assim, para a análise de dados, foram consideradas 18 participantes (Figura 1).

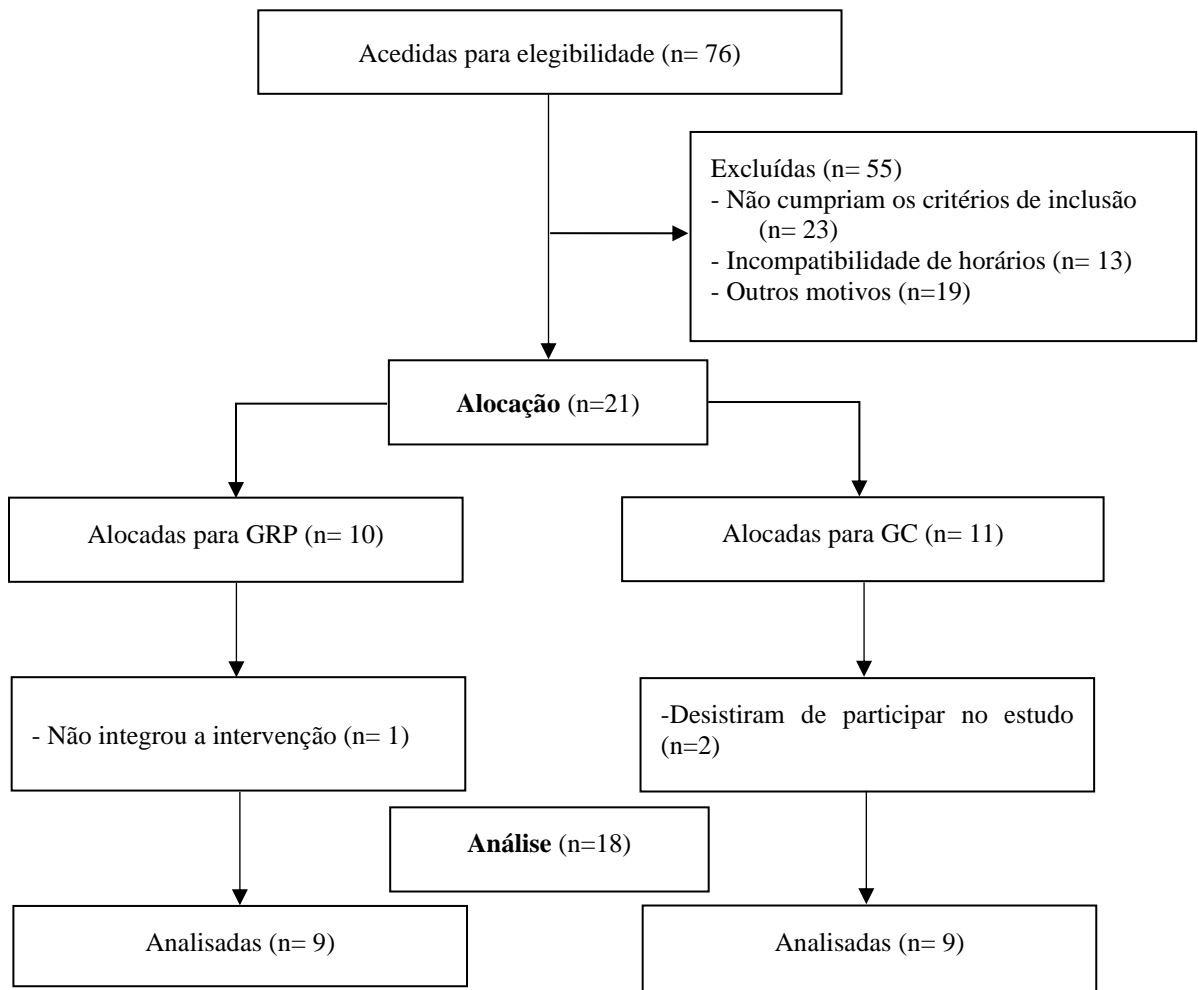


Figura 1. Fluxograma da Amostra

Os dados sociodemográficos, referentes ao GRP e ao GC são apresentados na Tabela 1. De uma forma geral, verificou-se que as participantes têm uma idade média de 51.67 ± 8.20 anos. Ao nível do IMC, cuja fórmula de cálculo é $\text{peso}/\text{altura}^2$ e em que, segundo a Direção Geral da Saúde (2013), valores entre 18.50 e 24.99 dizem respeito a um peso normal, valores entre os 25 e os 29.99 dizem respeito a excesso de peso e valores entre os 30 e os 34.99 dizem respeito a obesidade grau I, 38.9% da amostra apresenta peso normal, 44.4% apresenta excesso de peso e 16.7% apresenta obesidade grau I. Ao nível dos Tipos de Tratamento, 16.7% da amostra foi sujeita a radioterapia e

quimioterapia, 16.7% foi sujeita a radioterapia e cirurgia, 27.8% foi sujeita a quimioterapia e cirurgia e 38.9% foi sujeita a radioterapia, quimioterapia e cirurgia. Ao nível do Tempo de Sobrevida, 33.3% da amostra terminou os tratamentos há menos de 2 anos, 27.8% há cerca de 2 a 4 anos e 38.9% há mais de 4 anos. Ao nível das Habilitações Literárias, 27.8% da amostra tem o ensino básico, 50% o ensino secundário, 16.7% é licenciada e 5.5% é mestre. Ao nível da Situação Profissional, 61.1% da amostra está empregada, 22.2% em baixa médica e 16.7% reformada. Ao nível do Estado Civil, 11.1% da amostra está solteira, 66.7% em união de facto ou casada, 16.7% divorciada e 5.5% viúva.

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

	GRP		GC		Total	
N	9		9		18	
Idade (M ± DP)	52.44 ± 9.03		50.89 ± 7.74		51.67 ± 8.20	
	n	%	n	%	n	%
IMC						
Peso Normal	3	33.3	4	44.4	7	38.9
Excesso de Peso	4	44.4	4	44.4	8	44.4
Obesidade Grau I	2	22.2	1	11.1	3	16.7
Tipos de Tratamento						
Radioterapia + Quimioterapia	1	11.1	2	22.2	3	16.7
Radioterapia + Cirurgia	1	11.1	2	22.2	3	16.7
Quimioterapia + Cirurgia	2	22.2	3	33.3	5	27.8
Radioterapia + Quimioterapia + Cirurgia	5	55.6	2	22.2	7	38.9
Tempo de Sobrevida						
< 2 anos	3	33.3	3	33.3	6	33.3
2 a 4 anos	2	22.2	3	33.3	5	27.8
> 4 anos	4	44.4	3	33.3	7	38.9
Habilitações Literárias						
Ensino Básico	2	22.2	3	33.3	5	27.8
Ensino Secundário	5	55.6	4	44.4	9	50
Licenciatura	2	22.2	1	11.1	3	16.7
Mestrado	--	--	1	11.1	1	5.5
Situação Profissional						
Empregada	6	66.7	5	55.6	11	61.1
Baixa Médica	2	22.2	2	22.2	4	22.2
Reformada	1	11.1	2	22.2	3	16.7
Estado Civil						
Solteira	1	11.1	1	11.1	2	11.1
União de Facto/ Casada	5	55.6	7	77.8	12	66.7
Divorciada	3	33.3	--	--	3	16.7
Viúva	--	--	1	11.1	1	5.5

Legenda: M - Média; DP - Desvio Padrão

3.4 Variáveis e Instrumentos de Avaliação

Nesta investigação foram avaliados os dados sociodemográficos, os indicadores de saúde física, os indicadores de saúde mental, os indicadores de bem-estar social e a vivência afetiva do corpo e a viabilidade do estudo. Os dados sociodemográficos foram avaliados através da aplicação do Questionário Sociodemográfico. As variáveis dependentes em estudo: os indicadores de saúde física, os indicadores de saúde mental, os indicadores de bem-estar social e a vivência afetiva do corpo foram avaliadas através da aplicação dos instrumentos de avaliação apresentados em seguida na Tabela 2. A viabilidade foi acedida através de um processo de monitorização A variável independente em estudo foi o programa de relaxação psicomotora.

Tabela 2. Instrumentos de Avaliação

Instrumento de Avaliação	Dimensão	Variável Dependente
Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Canavarro et al., 2007)	Domínio Físico	Indicador de saúde física
	Domínio Psicológico	Indicador de saúde mental
	Domínio Social	Indicador de bem-estar social
Questionário de Estado de Saúde (Ferreira, 2000)	Função Física	Indicador de saúde física
	Desempenho Físico	Indicador de saúde física
	Dor	Indicador de saúde física
	Perceção do Estado de Saúde	Indicador de saúde física
	Vitalidade	Indicador de saúde física
	Função Social	Indicador de bem-estar social
	Desempenho Emocional	Indicador de saúde mental
	Saúde Mental	Indicador de saúde mental
	Perfil de Estados de Humor (Cruz & Viana, 1993)	Tensão/Ansiedade
Depressão/Melancolia		Indicador de saúde mental
Hostilidade/Ira		Indicador de saúde mental
Fadiga/Inércia		Indicador de saúde mental
Vigor/Atividade		Indicador de saúde mental
Confusão/Desorientação		Indicador de saúde mental
Escala Visual Analógica da Fadiga (Micklewright, et al., 2017)	Fadiga	Indicador de saúde física
Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva (Machorrinho, et al., 2019)	Notar	Vivência afetiva do corpo
	Distrair	Vivência afetiva do corpo
	Não se preocupar	Vivência afetiva do corpo
	Regulação Atencional	Vivência afetiva do corpo
	Consciência Emocional	Vivência afetiva do corpo
	Autorregulação	Vivência afetiva do corpo
	Confiança	Vivência afetiva do corpo
Escala de Apreciação Corporal (Neto, 2011)	Apreciação Corporal	Vivência afetiva do corpo
Concentração de Cortisol Salivar	Regulação do Stress	Indicador de saúde física

3.4.1 Questionário Sociodemográfico

Este instrumento foi desenvolvido com o intuito de recolher os dados sociodemográficos das participantes. Assim, foram recolhidas informações acerca da idade, do IMC, dos tipos de tratamento oncológico, do tempo de sobrevivência, das habilitações literárias, da situação profissional e do estado civil.

3.4.2 Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

O World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL), foi desenvolvido pela World Health Organization Quality of Life Group (1994) e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Canavarro e colaboradores (2007).

O questionário foi desenvolvido com o intuito de avaliar subjetivamente a qualidade de vida quer de indivíduos saudáveis, quer de indivíduos que apresentem problemas de saúde física e mental.

O WHOQOL avalia 4 dimensões que interferem diretamente na qualidade de vida, o domínio físico (e.g., dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades de vida diária, capacidade de trabalho), o domínio psicológico (e.g., memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência), o domínio das relações sociais (e.g., relações pessoais, apoio social, atividade sexual) e o domínio do ambiente (e.g., recursos económicos, transporte, ambiente físico). No presente estudo optou-se por não analisar o domínio do ambiente, visto que a intervenção implementada não teve em vista alterações no ambiente dos indivíduos.

O questionário tem 26 itens pontuados de 0 a 5, sendo que 3 dos itens devem ser invertidos (itens 3, 4, 26) e que uma pontuação mais próxima de 5 indica uma melhor qualidade de vida. O questionário WHOQOL demonstra boas propriedades psicométricas, apresentando níveis adequados de consistência interna quando consideramos o conjunto dos domínios ($\alpha=0.79$) ou o conjunto dos 26 itens ($\alpha=0.92$) (Vaz Serra et al., 2006).

3.4.3 Questionário de Estado de Saúde

O Questionário de Estado de Saúde (SF36) foi desenvolvido por Ware et al. (1993) e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Ferreira (2000).

Foi desenvolvido com o intuito de avaliar de forma breve e multifatorial o estado de saúde de todos os indivíduos, saudáveis ou com qualquer condição específica de saúde.

Assim, integra 8 sub-dimensões, sendo elas a função física, o desempenho físico, a dor, a saúde geral, a vitalidade, a função social, o desempenho emocional e a saúde mental, que podem ser agrupadas em 2 dimensões gerais de estado de saúde, a dimensão física e a dimensão mental.

O instrumento tem 36 itens, 10 pontuados de 1 a 3 e os restantes itens pontuados de 1 a 5, sendo que 10 dos itens devem ser invertidos (itens 1, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 30, 34, 36). O questionário SF36 demonstra boas propriedades psicométricas, apresentando níveis adequados de consistência interna, $\alpha=0.82$ para a dimensão física e $\alpha=0.87$ para a dimensão mental (Severo, Santos, Lopes & Barros, 2006).

3.4.4 Perfil de Estados de Humor

O Perfil de Estados de Humor (POMS) foi desenvolvido por McNair, Lorr e Droppleman (1971) e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Cruz e Viana (1993).

Foi desenvolvido com o intuito de avaliar os estados de humor e emocionais em indivíduos com perturbações psíquicas, no entanto rapidamente foi direcionado a indivíduos sem qualquer patologia clínica associada, sendo muito usado em sujeitos com cancro ou sobreviventes de cancro (Carlson et al., 2014), visto tratar-se de um instrumento de auto-resposta, fácil e intuitiva e que revela os estados afetivos dos indivíduos.

O POMS compreende 6 dimensões de estados de humor: tensão/ansiedade, depressão/melancolia, hostilidade/ira, vigor/atividade, fadiga/inércia e confusão/desorientação.

A sua versão original apresenta 65 itens e a versão reduzida, utilizada na presente dissertação, apresenta 42 itens, pontuados de 1 a 5, sendo que 3 dos itens devem ser invertidos (itens 26, 29, 35) e que uma pontuação mais próxima de 5 indica uma maior vivência dos estados de humor negativos, à exceção da dimensão vigor/atividade em que uma pontuação mais próxima de 5 indica uma maior vivência de estado de humor positivo. O questionário POMS demonstra boas propriedades psicométricas, apresentando níveis adequados de consistência interna ($\alpha >.70$) (Viana, Almeida & Santos, 2001).

3.4.5 Escala Visual Analógica da Fadiga

A Escala Visual Analógica da Fadiga (EAVF) foi desenvolvida por Micklewright, St Clair Gibson, Gladwell e Al Salman (2017).

Foi desenvolvida com o intuito de avaliar a intensidade da percepção da fadiga, em variados contextos.

A Escala Visual Analógica da Fadiga, permite aos indivíduos, classificar de 0 a 10 a intensidade de fadiga que têm vindo a sentir, em que “0” significa ausência de fadiga e “10” fadiga/exaustão total (Filho et al., 2010 cit in Azevedo, 2015; Kos, Nagels, D'Hooghe, Duportail & Kerckhofs, 2006).

3.4.6 Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva

O Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva (MAIA) foi desenvolvido por Mehling e colaboradores (2012) e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Machorrinho, Veiga, Fernandes, Mehling e Marmeleira (2019).

A versão portuguesa do instrumento é constituída por 32 itens, pontuados de 0 (nunca) a 5 (sempre), sendo que 6 dos itens devem ser invertidos (itens 4, 5, 6, 7, 8, 11) e avalia as seguintes dimensões: notar, não se distrair, não se preocupar, regulação atencional, consciência emocional, autorregulação e confiar, em que uma pontuação mais próxima de 5, revela uma melhor pontuação nas dimensões da consciência interoceptiva. O questionário MAIA demonstra boas propriedades psicométricas, apresentando níveis adequados de consistência interna ($\alpha > .67$) e de fiabilidade. (Machorrinho, Rosário, Marques & Marmeleira, 2017).

3.4.7 Escala de Apreciação Corporal

A Escala de Apreciação Corporal (EAC) foi desenvolvida por Avalos, Tylka e Wood-Barcalow, em 2005, e traduzida e adaptada para a população portuguesa por Neto (2011) e avalia as componentes positivas da imagem corporal.

A EAC é compreendida por 14 itens pontuados de 1 a 5, que avaliam as seguintes dimensões: opinião favorável sobre o corpo, aceitação do corpo, respeito pelo corpo e pelas suas necessidades, e influência de estereótipos e em que uma pontuação mais elevada revela uma melhor apreciação corporal. A escala EAC demonstra boas propriedades psicométricas, apresentando níveis adequados de consistência interna ($\alpha > .93$) (Avalos, Tylka & Wood-Barcalow, 2005).

3.4.8 Concentração de Cortisol Salivar

O cortisol é considerado um bom indicador de stress (Lipschitz, Kuhn, Kinney, Donaldson & Nakamura, 2013). O conhecimento dos níveis deste analito salivar, permite uma compreensão integrada da regulação do stress, indicando atividades do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal (HPA), sendo por isso considerado um indicador do stress fisiológico, da progressão de variadas patologias (e.g., cancro, depressão), da regulação da energia e dos estados de humor (Lipschitz, Kuhn, Kinney, Donaldson & Nakamura, 2013).

Tem-se verificado um acrescido interesse na análise de substâncias através da saliva, em vez do plasma e da urina, por não se tratar de uma abordagem invasiva para os sujeitos (Papacosta & Nassis, 2011). Este aspeto não invasivo é uma mais valia para as sobreviventes de cancro da mama, já que as análises sanguíneas são vistas como sendo um momento de grande ansiedade. Para realizar a recolha da saliva com vista à análise do cortisol salivar devem ter-se em conta determinados fatores que podem comprometer a amostra de saliva. Assim, antes da recolha, exercício físico intenso e bebidas ou comidas que contenham elevadas doses de açúcar ou acidez, bem como, bebidas alcoólicas, devem ser evitadas, por um período mínimo de duas horas. Por outro lado, pequenas abrasões na cavidade oral, que contaminem a amostra com sangue, podem também afetar negativamente os resultados do cortisol salivar (Papacosta & Nassis, 2011).

A análise da concentração de cortisol salivar foi feita às participantes do GRP e do GC. Com as participantes do GC, no momento de avaliação pré-intervenção foram recolhidas duas amostras de saliva por participante: uma primeira amostra em jejum e uma segunda amostra após trinta minutos. Já na avaliação pós-intervenção foram novamente recolhidas duas amostras por participante, seguindo as mesmas indicações da avaliação pré-intervenção. Com as participantes do GRP, no momento de avaliação pré-intervenção, foram recolhidas quatro amostras de saliva por participante: uma primeira amostra em jejum, uma segunda amostra após trinta minutos, uma terceira amostra antes de se dar início à primeira sessão e uma quarta amostra após o término da primeira sessão. Já na avaliação pós-intervenção, foram novamente recolhidas quatro amostras de saliva por participante, seguindo as mesmas indicações da avaliação pré-intervenção: uma primeira amostra em jejum, uma segunda amostra após trinta minutos, mantendo as mesmas indicações, uma terceira amostra antes de se dar início à décima sexta sessão e uma quarta amostra após o término da décima sexta sessão.

As recolhas de saliva foram feitas em 4 momentos: (1) imediatamente após o acordar e (2) 30 minutos após o acordar, por forma a medir a reatividade do eixo HPA. uma vez que, é ao acordar que se verificam os valores mais baixos do cortisol; (3) antes da sessão e (4) após a sessão. As recolhas foram repetidas no início do programa de intervenção, no dia da 1ª sessão e após o programa, no dia da 16ª e última sessão.

Antes de cada recolha de saliva as participantes eram lembradas sobre a importância de não fumar, tomar chá ou café até duas horas antes da recolha. Após dadas todas as instruções, a recolha era feita pelas próprias participantes, que deviam recolher num tubo toda a saliva produzida durante um período de cerca de 5 minutos e refrigerá-lo de imediato, de maneira a garantir a integridade da amostra até à sua análise.

Posteriormente, e em parceria, com o Departamento de Biologia da Universidade de Évora procedeu-se à análise das concentrações de cortisol, através dos kits ELISA.

3.5 Estudo de Viabilidade

Segundo o quadro conceptual de Abbott (2014), um estudo da viabilidade (*feasibility study*) é um estudo preliminar que visa perceber se um ensaio clínico randomizado (ECR) será viável e que permite um adequado planeamento para um ECR. Ou seja, é um estudo mais pequeno, com uma amostra menor que deve preceder um ECR de grande escala, cujo principal objetivo é perceber a viabilidade de uma determinada intervenção.

Deste modo, com o entender da importância de um estudo da viabilidade foram desenvolvidas guias que procuram orientar o mesmo. Assim, num estudo da viabilidade devem ser tidos em conta os seguintes aspetos (Abbott, 2014):

- O acesso aos participantes (e.g., disponibilidade dos médicos ou assistentes médicos em recrutar participantes, proporção de participantes que cumprem os critérios de inclusão);
- As barreiras à participação (e.g., deslocação até ao espaço da intervenção, horários da intervenção);
- Os procedimentos de avaliação (e.g., tempo de aplicação, capacidade de avaliar as variáveis em estudo);
- A disponibilidade dos participantes para a randomização em grupos de intervenção;
- Possibilidade de implementação do programa no contexto hospitalar;

- Necessidades e competências na formação do terapeuta;
- Barreiras à implementação da intervenção no sistema de cuidados de saúde;
- Aceitação por parte dos participantes ao programa de intervenção;
- Adesão ao programa pelas participantes;
- Adequabilidade da intervenção ao grupo alvo.

De modo a aceder à viabilidade do estudo realizou-se a um processo de monitorização ao longo da intervenção e após a intervenção, recorrendo a grelhas de observação e de registo.

3.6 Programa de Intervenção

O GRP participou num programa de relaxação psicomotora que teve a duração de oito semanas, numa frequência bissemanal, com sessões grupais de cerca de 50 minutos. O programa de intervenção foi desenvolvido pela psicomotricista, e também autora desta dissertação, e pela sua orientadora. Considerando a literatura existente, bem como os ensinamentos do Professor Marc Guiose (Universidade de Paris VI), no âmbito da Unidade Curricular de Relaxação Terapêutica, do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora, e a reflexão conjunta, foram definidos para este programa de intervenção os seguintes objetivos terapêuticos:

- Melhorar a consciência corporal e interocetiva;
- Promover a autorregulação corporal, cognitiva e emocional;
- Favorecer a elaboração das perdas;
- Promover a comunicação.

Neste programa de intervenção recorreremos a estratégias específicas de intervenção que visavam alcançar os objetivos terapêuticos definidos, das quais se destacam:

- Estabelecimento de uma relação terapêutica de empatia e de escuta ativa;
- Desenvolvimento de estratégias comunicativas de reforço positivo e de proximidade;
- Adequação das condições de temperatura, luminosidade e conforto necessárias para o relaxamento.

As sessões seguiram sempre um plano previamente definido que incluía o momento do **Diálogo Inicial**, em que as participantes se preparavam para a sessão e onde havia espaço para a partilha de informações acerca do estado anímico de cada uma.

Seguia-se então o momento de **Recentração Corporal** e de **Adequação da Respiração**, em que eram propostos exercícios de escuta do corpo, descontração muscular e de consciencialização respiratória (e.g., exercícios de *body scanning* e de respiração diafragmática), que, por sua vez, preparavam as participantes para o momento de **Imagética Guiada**, seguindo as seguintes diretrizes: indução da noção de preenchimento/volume/espaco interno, redescobrimto do corpo interno e das sensações prazerosas de calma, conforto e satisfação. De seguida, eram propostos **Alongamentos** de ativação corporal e atencional. Por fim, era solicitada a **Representação** das sensações experienciadas, a partir da qual se desenvolvia o **Diálogo Final**, incentivando a partilha de emoções, dificuldades e experiências.

Em suma e recorrendo a Fernandes e Veiga (*in press*, s/pág.), aquilo que se procurou com este programa de relaxação psicomotora para as mulheres sobreviventes de cancro da mama foi “*solicitar a função e a relação, as partes e o todo a um só tempo, para (...) ajudar a pessoa a habitar o seu corpo, entendido como o ato psíquico de processar as informações neuro-sensório-cognitivo-motora e tónico-emocional-afetiva, que permitem formar a identidade corporal e psíquica (psicomotora) do ser humano, e adquirir o sentimento de estar no interior do seu corpo de forma permanente*” (Potel, 2012 cit in Fernandes & Veiga, *in press*).

3.6 Análise Estatística

Os resultados das avaliações foram registados em formato papel nas folhas de registo correspondentes a cada instrumento de avaliação, sendo os dados de seguida inseridos no programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24, através do qual foi efetuada a análise estatística. O valor de inferência definido para o nível de significância foi 95% ($p \leq 0.05$).

Primeiramente procedeu-se à análise exploratória dos dados ao nível de distribuições, frequências, parâmetros de tendência central e parâmetros de dispersão (médias e desvios padrão). Em seguida, foi analisada a normalidade das distribuições dos dados através do teste *Shapiro-Wilk*, utilizado para amostras pequenas (menos de 30 pessoas). Dado que a maioria das variáveis não seguiam uma distribuição normal, decidiu-se recorrer às técnicas de comparação não paramétrica para avaliar o efeito da intervenção.

Assim, para determinar o efeito de intervenção utilizaram-se técnicas comparativas considerando o grupo de intervenção (GRP) e o grupo de controlo (GC), e os dois momentos de avaliação (pré-intervenção ou *baseline* e pós-intervenção). Para fazer a comparação entre os grupos utilizou-se o teste *Mann-Whitney* e para realizar a comparação entre a *baseline* e a pós-intervenção utilizou-se o teste de *Wilcoxon*.

Capítulo 4: Resultados

Este estudo piloto mostrou que o programa de relaxação psicomotora é viável de ser concretizado com mulheres sobreviventes de cancro da mama. Seguindo os indicadores de viabilidade de Abbott (2014), relativamente ao acesso aos participantes, este foi feito através do Serviço de Oncologia e foi considerado relativamente fácil. As principais barreiras à participação no estudo identificadas pelas potenciais participantes foram a incompatibilidade de horários, a distância entre a zona de residência e o local de intervenção (neste caso o HESE) e a dificuldade em assumir o compromisso de participar em 16 sessões.

No que diz respeito à viabilidade dos procedimentos de avaliação, os procedimentos de avaliação foram ao encontro das variáveis em estudo e todos os procedimentos inicialmente previstos foram realizados. A aplicação do protocolo de avaliação teve uma duração de cerca de 40 minutos por participante, o que permite avaliar diariamente cerca de 6 potenciais participantes. O tempo de aplicação foi considerado adequado pelas próprias sobreviventes, que demonstraram bons níveis atencionais e motivacionais, fazendo vários comentários durante o preenchimento dos questionários. Relativamente à avaliação do cortisol, as participantes manifestaram contentamento quando souberam que a recolha seria não invasiva, mas sim através da saliva. Na recolha das amostras salivares as participantes sempre se mostraram disponíveis e curiosas com os resultados. Apesar de não terem manifestado qualquer incómodo relativamente à recolha das amostras salivares, foi observado algum retraimento nas recolhas efetuadas no contexto da intervenção.

No que diz respeito à aplicação dos critérios de inclusão, 72.36% das potenciais participantes foi excluída, 30.26% por não cumprir os critérios de inclusão (9.21% apresentava uma idade superior a 65 anos, 11.84% teve o diagnóstico de cancro da mama após os 50 anos e 9.21% participava em sessões similares ao programa de intervenção como a *yoga* ou o pilates), 17.10% devido a incompatibilidade de horários e 25% devido a indisponibilidade para assumir o compromisso, o que resultou num total de 27.63% de participantes elegíveis, contudo à data do início da intervenção, contou-se apenas com 23.68% de participantes, ou seja, 18 participantes. Todavia, como 9 participantes não estavam disponíveis para participar nas sessões, a randomização dos grupos não foi possível, resultando assim numa amostra por conveniência.

Relativamente à taxa de assiduidade, a taxa de assiduidade das participantes foi de 100% (16 em 16 sessões). Apenas uma das participantes teve necessidade de faltar a duas sessões (devido a cirurgia), que foram repostas na semana seguinte. Já no que diz respeito à adesão ao programa, as participantes mostraram-se sempre recetivas aos exercícios propostos, realizando-os independentemente e demonstrando interesse na correta realização dos mesmos. Com o avançar das sessões mostraram-se cada vez mais capazes de focar a atenção no seu corpo e nas suas sensações corporais e de regular eventuais momentos de *arousal*, bem como de transpor os conhecimentos adquiridos para a sua vida diária (e.g., momentos de maior ansiedade, dificuldades no sono). O que, em concordância com a análise dos efeitos do programa de relaxação psicomotora em estudo, revela que a intervenção foi adequada ao grupo-alvo.

A intervenção foi bem aceite pela comunidade hospitalar que, com facilidade, disponibilizou uma sala com as condições necessárias (espaço, luminosidade e temperatura) para o normal funcionamento das sessões. Apesar de haver materiais disponíveis no hospital, as participantes preferiram levar os seus próprios colchões.

No que toca às necessidades e às competências na formação do/a terapeuta, tratando-se de uma intervenção de mediação corporal focada no conhecimento e na vivência afetiva do corpo em relação, a intervenção foi desenvolvida por uma psicomotricista, com licenciatura em Reabilitação Psicomotora e mestranda em Psicomotricidade. A terapeuta fez formação prévia (30 horas) sobre o programa de intervenção e teve supervisão regular.

Seguidamente, e de maneira a determinar os efeitos do programa de relaxação psicomotora implementado, apresentam-se os resultados da análise estatística dos instrumentos de avaliação aplicados, que advêm da análise da comparação intra-grupo e inter-grupo.

Na Tabela 3 apresentam-se os resultados do instrumento Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL). No que concerne à comparação intra-grupo verificaram-se melhorias no GRP, evidenciadas pela diferença entre a avaliação pré-intervenção e a avaliação pós-intervenção. O GRP teve uma melhoria de cerca de 0.4 pontos ($p=0.024$) na dimensão Domínio Físico. Pelo contrário, no GC verificou-se uma diminuição de cerca de 0.14 pontos ($p=0.046$) na dimensão Domínio Psicológico.

No que toca à comparação inter-grupo verificou-se que para todas as dimensões da qualidade de vida não existiam diferenças significativas entre o GRP e o GC antes da intervenção. No entanto, na avaliação pós-intervenção, observaram-se diferenças significativas entre o GRP e o GC na dimensão Domínio Físico, em que o GRP revelou uma pontuação mais elevada cerca de 0.86 pontos que o GC (GRP: 4.14 ± 0.51 ; GC: 3.28 ± 0.57 ; $p=0.005$) e na dimensão Domínio Psicológico, em que o GRP revelou uma pontuação mais elevada em cerca de 0.53 pontos do que o GC (GRP: 3.90 ± 0.33 ; GC: 3.37 ± 0.62 ; $p=0.019$).

Tabela 3. Resultados do instrumento WHOQOL

Dimensão	Grupo	Pré-intervenção	Pós-intervenção	<i>p</i>
		M ± DP	M ± DP	
Domínio Físico [1-5]	GRP	3.74 ± 0.49	$4.14 \pm 0.51^*$	0.024
	GC	3.55 ± 0.70	3.28 ± 0.57	0.024
Domínio Psicológico [1-5]	GRP	3.66 ± 0.23	$3.90 \pm 0.33^*$	0.095
	GC	3.51 ± 0.56	3.37 ± 0.62	0.046
Relações Sociais [1-5]	GRP	3.77 ± 0.60	4.00 ± 0.47	0.098
	GC	3.92 ± 0.61	3.81 ± 0.71	0.083

Legenda: [] – valor mínimo e máximo de cada dimensão; M - Média; DP - Desvio Padrão; * - Diferenças significativas entre grupos, $p \leq 0.05$; *p* - valor de *p* da comparação intra-grupo

Na Tabela 4 apresentam-se os resultados do instrumento Questionário de Estado de Saúde (SF36). No que concerne à comparação intra-grupo verificaram-se melhorias no GRP, evidenciadas pela diferença entre a avaliação pré-intervenção e a avaliação pós-intervenção. O GRP teve uma melhoria de cerca de 0.29 pontos ($p=0.026$) na dimensão Saúde, de cerca de 0.55 pontos ($p=0.034$) na dimensão Vitalidade, de cerca de 0.45 pontos ($p=0.034$) na dimensão Função Social e de cerca de 0.55 pontos ($p=0.043$) na dimensão Desempenho Emocional. Pelo contrário, no GC verificou-se uma diminuição de cerca de 0.20 pontos ($p=0.030$) na dimensão Desempenho Físico, de cerca de 0.53 pontos ($p=0.017$) na dimensão Vitalidade, de cerca de 0.34 pontos ($p=0.034$) na dimensão Função Social e de cerca de 0.33 pontos ($p=0.027$) na dimensão Saúde Mental.

No que toca à comparação inter-grupo verificou-se que para todas as dimensões não existiam diferenças significativas entre o GRP e o GC antes da intervenção. No entanto, na avaliação pós-intervenção, observaram-se diferenças significativas entre o GRP e o GC, na dimensão Vitalidade, em que o GRP revelou uma pontuação mais elevada cerca de 1.08 pontos que o GC (GRP: 4.02 ± 0.44 ; GC: 2.94 ± 0.37 ; $p<.001$), na dimensão

Função Social, em que o GRP revelou uma pontuação mais elevada cerca de 1.06 pontos que o GC (GRP: 4.72 ± 1.03 ; GC: 3.66 ± 0.90 ; $p=0.028$), na dimensão Desempenho Emocional, em que o GRP revelou uma pontuação mais elevada cerca de 0.96 pontos que o GC (GRP: 4.14 ± 0.74 ; GC: 3.18 ± 1.01 ; $p=0.032$) e na dimensão Saúde Mental, em que o GRP revelou uma pontuação mais elevada cerca de 0.97 pontos que o GC (GRP: 4.28 ± 0.55 ; GC: 3.31 ± 0.58 ; $p=0.004$).

Tabela 4. Resultados do instrumento SF36

Dimensão	Grupo	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	<i>p</i>
		M ± DP	M ± DP	
Função Física [1-5]	GRP	2.44 ± 0.22	2.51 ± 0.22	0.234
	GC	2.48 ± 0.34	2.45 ± 0.35	0.180
Desempenho Físico [1-5]	GRP	3.50 ± 0.92	3.75 ± 0.68	0.105
	GC	3.50 ± 1.27	3.30 ± 1.20	0.030
Dor [1-5]	GRP	1.83 ± 0.16	1.84 ± 0.15	0.739
	GC	1.68 ± 0.31	1.66 ± 0.34	0.317
Saúde [1-5]	GRP	3.75 ± 0.54	4.04 ± 0.53	0.026
	GC	3.71 ± 0.30	3.60 ± 0.24	0.102
Vitalidade [1-5]	GRP	3.47 ± 0.38	$4.02 \pm 0.44^*$	0.034
	GC	3.47 ± 0.53	2.94 ± 0.37	0.017
Função Social [1-5]	GRP	4.27 ± 0.61	$4.72 \pm 1.03^*$	0.034
	GC	4.00 ± 0.96	3.66 ± 0.90	0.034
Desempenho Emocional [1-5]	GRP	3.59 ± 1.11	$4.14 \pm 0.74^*$	0.043
	GC	3.33 ± 1.11	3.18 ± 1.01	0.102
Saúde Mental [1-5]	GRP	3.95 ± 0.53	$4.28 \pm 0.55^*$	0.206
	GC	3.86 ± 0.89	3.31 ± 0.58	0.027

Legenda: [] – valor mínimo e máximo de cada dimensão; M - Média; DP - Desvio Padrão; * - Diferenças significativas entre grupos, $p \leq 0.05$; *p* - valor de *p* da comparação intra-grupo

Na Tabela 5 apresentam-se os resultados do instrumento Perfil de Estados de Humor (POMS). No que concerne à comparação intra-grupo verificaram-se melhorias no GRP, evidenciadas pela diferença entre a avaliação pré-intervenção e a avaliação pós-intervenção. O GRP teve uma melhoria de cerca de 0.43 pontos ($p=0.030$) na dimensão Tensão/Ansiedade, de cerca de 0.29 pontos ($p=0.041$) na dimensão Depressão/Melancolia, de cerca de 0.30 pontos ($p=0.007$) na dimensão Hostilidade/Ira, de cerca de 0.24 pontos ($p=0.031$) na dimensão Vigor/Atividade e de cerca de 0.26 pontos ($p=0.017$)

na dimensão Confusão/Desorientação. Pelo contrário, no GC verificou-se uma diminuição de cerca de 0.37 pontos ($p=0.027$) na dimensão Tensão/Ansiedade, de cerca de 0.28 pontos ($p=0.031$) na dimensão Fadiga/Inércia e de cerca de 0.22 pontos ($p=0.039$) na dimensão Vigor/Atividade.

No que toca à comparação inter-grupo verificou-se que para todas as dimensões não existiam diferenças significativas entre o GRP e o GC antes da intervenção. No entanto, na avaliação pós-intervenção, observaram-se diferenças significativas entre o GRP e o GC na dimensão Tensão/Ansiedade, em que o GRP revelou uma pontuação mais baixa cerca de 1.08 pontos que o GC (GRP: 1.64 ± 0.41 ; GC: 2.72 ± 0.68 ; $p<.001$), na dimensão Hostilidade/Ira, em que o GRP revelou uma pontuação mais baixa cerca de 0.89 pontos que o GC (GRP: 1.44 ± 0.44 ; GC: 2.33 ± 0.57 ; $p=0.004$), na dimensão Fadiga/Inércia, em que o GRP revelou uma pontuação mais baixa cerca de 0.62 pontos que o GC (GRP: 2.01 ± 0.69 ; GC: 2.63 ± 0.47 ; $p=0.004$) e na dimensão Vigor/Atividade, em que o GRP revelou uma pontuação mais baixa cerca de 0.53 pontos que o GC (GRP: 3.51 ± 0.58 ; GC: 2.98 ± 0.61 ; $p=0.05$).

Tabela 5. Resultados do instrumento POMS

Dimensão	Grupo	Pré-intervenção	Pós-intervenção	<i>p</i>
		M ± DP	M ± DP	
Tensão/Ansiedade [1-5]	GRP	2.07 ± 0.44	1.64 ± 0.41*	0.030
	GC	2.35 ± 0.92	2.72 ± 0.68	0.027
Depressão/Melancolia [1-5]	GRP	1.66 ± 0.65	1.37 ± 0.44	0.041
	GC	1.90 ± 0.91	2.00 ± 0.93	0.059
Hostilidade/Ira [1-5]	GRP	1.74 ± 0.38	1.44 ± 0.44*	0.007
	GC	2.22 ± 0.65	2.33 ± 0.57	0.096
Fadiga/Inércia [1-5]	GRP	2.44 ± 0.44	2.01 ± 0.69*	0.051
	GC	2.35 ± 0.65	2.63 ± 0.47	0.031
Vigor/Atividade [1-5]	GRP	3.27 ± 0.64	3.51 ± 0.58*	0.031
	GC	3.20 ± 0.62	2.98 ± 0.61	0.039
Confusão/Desorientação [1-5]	GRP	1.50 ± 0.54	1.24 ± 0.43	0.017
	GC	1.40 ± 0.54	1.46 ± 0.53	0.334

Legenda: [] – valor mínimo e máximo de cada dimensão; M - Média; DP - Desvio Padrão; * - Diferenças significativas entre grupos, $p \leq 0.05$; *p* - valor de *p* da comparação intra-grupo

Na Tabela 6 apresentam-se os resultados do instrumento Escala Visual Analógica da Fadiga (EAVF). No que concerne à comparação intra-grupo verificaram-se melhorias

no GRP, evidenciadas pela diferença entre a avaliação pré-intervenção e a avaliação pós-intervenção. O GRP teve uma melhoria de cerca de 2.78 pontos ($p=0.020$).

No que toca à comparação inter-grupo verificou-se que para todas as dimensões não existiam diferenças significativas entre o GRP e o GC antes da intervenção. No entanto, na avaliação pós-intervenção, observaram-se diferenças significativas entre o GRP e o GC na dimensão Fadiga, em que o GRP revelou uma pontuação mais baixa cerca de 2.78 pontos do que o GC (GRP: 3.88 ± 1.96 ; GC: 6.66 ± 0.86 ; $p=0.002$).

Tabela 6. Resultados do instrumento EAVF

Dimensão	Grupo	Pré-intervenção	Pós-intervenção	<i>p</i>
		M ± DP	M ± DP	
Fadiga [0-10]	GRP	6.11 ± 0.60	3.88 ± 1.96	0.020
	GC	6.22 ± 1.39	6.66 ± 0.86	0.157

Legenda: [] – valor mínimo e máximo de cada dimensão; M - Média; DP - Desvio Padrão; * - Diferenças significativas entre grupos, $p \leq 0.05$; *p* - valor de *p* da comparação intra-grupo

Na Tabela 7 apresentam-se os resultados do instrumento Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva (MAIA). No que concerne à comparação intra-grupo verificaram-se melhorias no GRP, evidenciadas pela diferença entre a avaliação pré-intervenção e a avaliação pós-intervenção. O GRP teve uma melhoria de cerca de 0.71 pontos ($p=0.016$) na dimensão Notar, de cerca de 1.10 pontos ($p=0.008$) na dimensão Regulação Atencional, de cerca de 0.20 pontos ($p=0.015$) na dimensão Autorregulação e de cerca de 0.74 pontos ($p=0.016$) na dimensão Confiar. Pelo contrário, no GC verificou-se uma diminuição de cerca de 0.37 pontos ($p=0.015$) na dimensão Notar, de cerca de 0.27 pontos ($p=0.040$) na dimensão Não se Preocupar, de cerca de 0.46 pontos ($p=0.011$) na dimensão Regulação Atencional e de cerca de 0.74 pontos ($p=0.015$) na dimensão Autorregulação.

No que toca à comparação inter-grupo verificou-se que para todas as dimensões não existiam diferenças significativas entre o GRP e o GC antes da intervenção. No entanto, na avaliação pós-intervenção, observaram-se diferenças significativas entre o GRP e o GC na dimensão Notar, em que o GRP revelou uma pontuação mais elevada cerca de 1.15 pontos que o GC (GRP: 4.26 ± 0.43 ; GC: 3.11 ± 0.94 ; $p=0.003$), na dimensão Regulação Atencional, em que o GRP revelou uma pontuação mais elevada cerca de 1.43 pontos que o GC (GRP: 3.49 ± 0.41 ; GC: 2.06 ± 0.74 ; $p<.001$), na dimensão Consciência Emocional, em que o GRP revelou uma pontuação mais elevada cerca de 0.78 pontos que o GC (GRP: 4.22 ± 0.62 ; GC: 3.44 ± 0.51 ; $p=0.02$), na dimensão

Autorregulação, em que o GRP revelou uma pontuação mais elevada cerca de 1.34 pontos que o GC (GRP: 3.91 ± 0.66 ; GC: 2.57 ± 0.70 ; $p=0.002$ e na dimensão Confiar em que o GRP revelou uma pontuação mais elevada cerca de 0.63 pontos que o GC (GRP: 3.74 ± 0.99 ; GC: 3.11 ± 0.50 ; $p=0.042$).

Tabela 7. Resultados do instrumento MAIA

Dimensão	Grupo	Pré-intervenção	Pós-intervenção	<i>p</i>
		M ± DP	M ± DP	
Notar [0-5]	GRP	3.55 ± 0.70	$4.26 \pm 0.43^*$	0.016
	GC	3.48 ± 1.00	3.11 ± 0.94	0.015
Não se Distrair [0-5]	GRP	1.36 ± 0.63	1.13 ± 0.66	0.272
	GC	1.66 ± 0.80	1.69 ± 0.75	0.564
Não se Preocupar [0-5]	GRP	2.47 ± 0.98	2.52 ± 0.87	0.340
	GC	2.77 ± 0.45	2.50 ± 0.58	0.040
Regulação Atencional [0-5]	GRP	2.39 ± 0.59	$3.49 \pm 0.41^*$	0.008
	GC	2.52 ± 0.90	2.06 ± 0.74	0.011
Consciência Emocional [0-5]	GRP	3.84 ± 0.64	$4.22 \pm 0.62^*$	0.051
	GC	3.64 ± 0.66	3.44 ± 0.54	0.071
Autorregulação [0-5]	GRP	3.71 ± 0.68	$3.91 \pm 0.66^*$	0.015
	GC	2.73 ± 0.71	2.57 ± 0.70	0.015
Confiar [0-5]	GRP	3.00 ± 1.24	$3.74 \pm 0.99^*$	0.016
	GC	3.33 ± 0.62	3.11 ± 0.50	0.109

Legenda: [] – valor mínimo e máximo de cada dimensão; M - Média; DP - Desvio Padrão; * - Diferenças significativas entre grupos, $p \leq 0.05$; *p* - valor de *p* da comparação intra-grupo

Na Tabela 8 apresentam-se os resultados do instrumento Escala de Apreciação Corporal (EAC). No que concerne à comparação intra-grupo não se verificaram melhorias no GRP. Pelo contrário, no GC verificou-se uma diminuição de cerca de 0.09 pontos ($p=0.040$) na dimensão Apreciação Corporal, evidenciada pela diferença entre a avaliação pré-intervenção e a avaliação pós-intervenção.

No que toca à comparação inter-grupo verificou-se que para todas as dimensões não existiam diferenças significativas entre o GRP e o GC antes da intervenção. No entanto, na avaliação pós-intervenção, observaram-se diferenças significativas entre o GRP e o GC na dimensão Apreciação Corporal, em que o GRP revelou uma pontuação mais elevada cerca de 0.52 pontos que o GC (GRP: 3.92 ± 0.47 ; GC: 3.40 ± 0.52 ; $p=0.042$).

Tabela 8. Resultados do instrumento EAC

Dimensão	Grupo	Pré-intervenção	Pós-intervenção	<i>p</i>
		M ± DP	M ± DP	
Apreciação Corporal [1-5]	GRP	3.53 ± 0.70	3.92 ± 0.47*	0.063
	GC	3.49 ± 0.55	3.40 ± 0.52	0.040

Legenda: [] – valor mínimo e máximo de cada dimensão; M - Média; DP - Desvio Padrão; * - Diferenças significativas entre grupos, $p \leq 0.05$; *p* - valor de *p* da comparação intra-grupo

Em seguida, apresentam-se os resultados das concentrações de cortisol salivar. Uma vez que, ao analisar a existência de *outliers*, se verificou a existência de um *outlier*, optou-se por não incluir esta participante na análise dos valores da reatividade do eixo HPA e dos efeitos da relaxação psicomotora nos valores do cortisol agudo.

Na Tabela 9 apresentam-se os resultados da Reatividade do Eixo HPA, que corresponde ao cortisol basal (valor do cortisol 30 minutos após acordar – valor do cortisol ao acordar). No que concerne à comparação intra-grupo, os valores do cortisol basal, aumentaram ligeiramente, no GRP (pré-intervenção: 0.036 ± 0.118 ; pós-intervenção 0.039 ± 0.240) e no GC (pré-intervenção: 0.098 ± 0.156 ; pós-intervenção 0.107 ± 0.224), não se verificando alterações significativas.

No que toca à comparação inter-grupo verificou-se que para todas as dimensões não existiam diferenças significativas entre o GRP e o GC antes da intervenção, o que se manteve inalterado após a intervenção.

Tabela 9. Resultados da Reatividade do Eixo HPA

Dimensão	Grupo	Pré Intervenção	Pós-intervenção	<i>p</i>
		M ± DP	M ± DP	
Reatividade do Eixo HPA	GRP	0.036 ± 0.118	0.039 ± 0.240	0.889
	GC	0.098 ± 0.156	0.107 ± 0.224	0.678

Legenda: HPA: Hipotálamo-Pituitário-Adrenal; M - Média; DP - Desvio Padrão; *p* - valor de *p* da comparação intra-grupo

Na Tabela 10 e na Figura 3 apresentam-se os valores do cortisol agudo, avaliado apenas no GRP, antes e após a primeira e a última sessão. Para avaliar a hipótese de a sessão ter efeitos de curto prazo (agudos), (numa população não intervencionada), compararam-se os valores do cortisol antes e após a primeira sessão (cortisol pré sessão: 0.145 ± 0.139 ; cortisol pós sessão: 0.111 ± 0.631). Não se tendo verificado variações significativas entre o período pré e pós sessão. O mesmo tipo de comparação foi feito na última sessão, de modo a perceber se, após 8 semanas de intervenção, esta tem efeitos

agudos no cortisol. Neste caso, observou-se uma diminuição significativa dos níveis de cortisol (cortisol pré sessão: 0.169 ± 0.140 ; cortisol pós sessão: 0.068 ± 0.065). Tendo o GRP evidenciado uma diminuição de $0.511 \mu\text{g/mL}$ nos níveis de cortisol e um valor de $p=0.008$.

Tabela 10. Valores do Cortisol Agudo

Dimensão	Grupo	Pré Sessão	Pós Sessão	<i>p</i>
		M ± DP	M ± DP	
Sessão 1	GRP	0.145 ± 0.139	0.111 ± 0.631	0.349
Sessão 16	GRP	0.169 ± 0.140	0.068 ± 0.065	0.008

Legenda: M - Média; DP - Desvio Padrão; *p* - valor de *p* da comparação intra-grupo

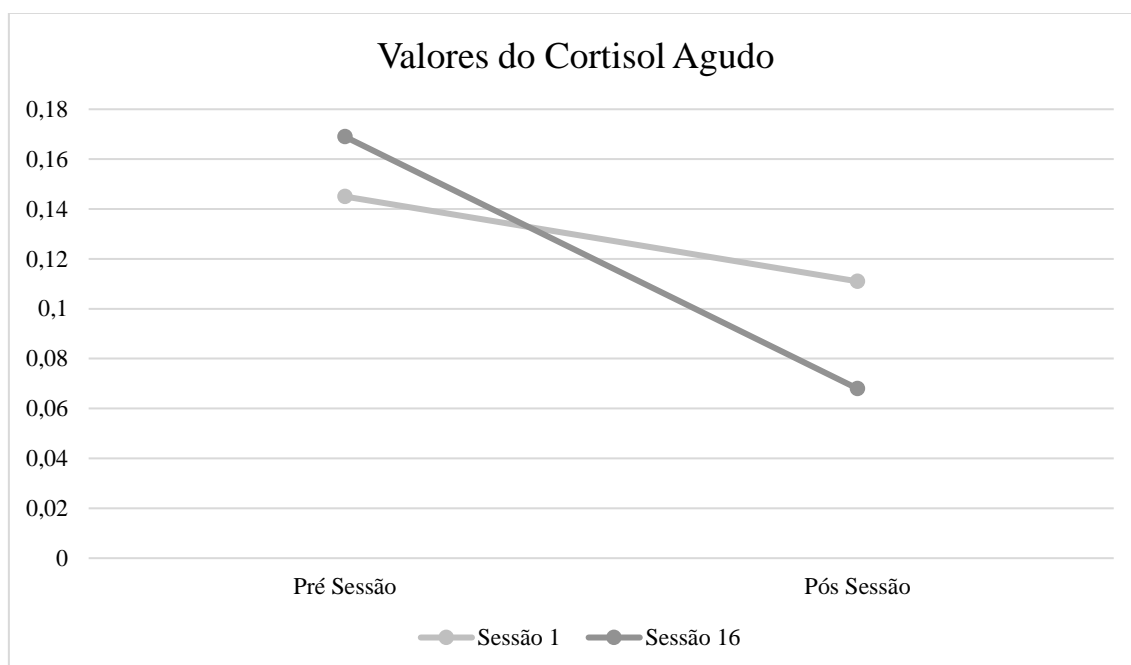


Figura 2. Valores do Cortisol Agudo

Capítulo 5: Discussão dos Resultados

Que seja do nosso conhecimento, ainda não havia sido estudada a viabilidade nem os efeitos de um programa de relaxação psicomotora especificamente desenhado para mulheres sobreviventes de cancro da mama. Os principais objetivos da dissertação foram então estudar a viabilidade do programa de relaxação psicomotora, bem como examinar os seus efeitos nos indicadores de saúde física, saúde mental, no bem-estar social e na vivência afetiva do corpo de mulheres sobreviventes de cancro da mama. Tendo em conta a literatura existente e os estudos realizados anteriormente, eram expectáveis melhorias ao nível das dimensões referidas anteriormente, tal como havia sido formulado nas hipóteses deste estudo.

De um modo geral, após a realização do programa de relaxação psicomotora baseado na relaxação com mulheres sobreviventes de cancro da mama, foi possível verificar a viabilidade do programa, bem como os seus efeitos positivos ao nível dos indicadores tanto de saúde física, como de saúde mental, ao nível dos indicadores de bem-estar social e ao nível da vivência afetiva do corpo, o que vem salientar o potencial do referido programa numa melhor gestão da fase de sobrevivência ao cancro da mama. Tendencialmente, verificou-se que, após a intervenção, os valores das dimensões se aproximaram da pontuação máxima no GRP após a intervenção, ao contrário do que se verificou no GC, onde tendencialmente se verificou que os valores das dimensões se aproximaram da pontuação mínima.

Estudo da Viabilidade

O estudo da viabilidade seguiu as orientações de Abbott (2014). O programa de relaxação psicomotora demonstrou que é viável e bem tolerado pelas mulheres sobreviventes de cancro da mama, tendo sido encontradas poucas ou nenhuma fragilidades, o que segundo Abbott (2014), indica que o programa desenhado no âmbito da presente dissertação pode ser novamente replicado num estudo de maiores dimensões, sem proceder a grandes modificações, uma vez que se garantiu que todas as etapas do estudo são seguras e adequadas às participantes.

Considera-se que o facto de o acesso às participantes ter sido feito pelo Serviço de Oncologia do HESE, foi uma mais valia tendo contribuído para a aceitação e para a adesão, uma vez que as participantes mantêm uma relação de confiança para com o serviço e os seus funcionários. Houve mesmo participantes que referiram apenas aceitar

a participação, por terem sido abordadas por pessoas de referência do Serviço de Oncologia do HESE (e.g., *“à partida nunca iria participar num grupo como “vencedora do cancro da mama” se não fosse a minha simpatia pela Maria* e depois por simpatia com a Ana* que expôs o seu projeto de forma acolhedora”*; *“confesso que inicialmente só aceitei participar por respeito à Maria*”*), o que vai ao encontro do estudo de Ussher e colaboradores (2012), que assumiu o facto de os participantes terem sido referenciados por elementos da equipa clínica de referência levou a que, fossem recrutados 64% dos participantes. Por outro lado, o facto de se tratar de uma terapia não farmacológica, sem exames invasivos e sem que lhes estejam associados efeitos secundários, também pode ter contribuído para uma maior aceitação, já que os indivíduos, dão preferência a este tipo de intervenções, não só com base na informação que já têm acerca das terapias corpóreas (*mind-body*), cada vez mais faladas pelo seu contributo na diminuição dos sintomas e na promoção do bem-estar generalizado, como também pelo facto de serem propostas por pessoas de referência em quem confiam, levando assim a um maior comprometimento por parte dos participantes (Elkins, Fisher & Johnson, 2010). Tal como, se verificou nas mulheres sobreviventes de cancro da mama, que neste estudo da viabilidade, mostraram desde sempre uma grande disponibilidade para aderir e participar no programa de intervenção, proposto pelo Serviço de Oncologia e às atividades propostas, tendo inclusivamente referido estar motivadas pela esperança de ver as suas fragilidades diminuídas e assistir a um alívio generalizado dos sintomas associados à fase de sobrevivência. Ao longo do programa as sobreviventes de cancro da mama mostraram-se cada vez mais empenhadas e comprometidas e cada vez mais capazes de focar a atenção no seu próprio corpo e nas suas sensações corporais, regulando os momentos de *arousal*, bem como transpondo os conhecimentos adquiridos para a sua vida diária. Por outro lado, as próprias sobreviventes de cancro da mama foram capazes de reconhecer a importância de terem aderido ao programa de intervenção (e.g., *“agora consigo relaxar melhor e valorizar mais aquilo que já apreciava, mas não considerava como tão importante para reavivar, para estar mais tranquila comigo mesma”*; *“aprendi muito sobre mim e a conhecer-me melhor, foi muito bom”*; *“gostei muitíssimo de todas as sessões, vão fazer-me falta”*; *“hoje saberei reagir ao stress que se instala no meu corpo”*).

* Nome Fictício

O estudo desenvolvido revelou que, tal como já havia sido evidenciado em estudos anteriores (Fitzsimmons et al., 2019; Lengacher et al., 2017), a principal barreira à participação no programa de intervenção, foi a distância entre a residência e o local de intervenção (e.g., o hospital), bem como a dificuldade ao acesso aos transportes para o referido local. De facto, o acesso dos sobreviventes aos cuidados de saúde não só é influenciado pela sua zona residencial, por vezes em zonas geograficamente afastadas dos centros hospitalares, bem como pelo horário de trabalho e pelas responsabilidades familiares, o que muita das vezes os impossibilita de participar em programas de intervenção terapêutica (Freeman et al., 2014). Por conseguinte, é importante oferecer estas respostas terapêuticas nas comunidades locais e em diferentes horários, por forma a facilitar a adesão e a recetividade a estes programas de intervenção (Browning, Kue, Lyons & Overcash, 2017).

Também a formação da terapeuta, seguindo as recomendações de Quero (2019), mostrou ter sido adequada, não só porque procurou vivenciar com regularidade experiências semelhantes às que iria propor ao longo da intervenção, como pelo facto de ter feito formação prévia e ter tido supervisão regular e de proximidade. Esta preparação e supervisão foram essenciais para as sobreviventes de cancro da mama desenvolverem uma grande confiança na terapeuta, em quem confiavam para serem espontâneas e para se permitirem relaxar (e.g., *“ela estabeleceu uma boa relação com todas as pessoas de quem “cuidou”, tem uma postura empática e transmite conforto e tranquilidade”*; *“a Ana* é uma pessoa que me transmite muitíssima calma, uma pessoa muito explícita que me ensinou muita coisa”*; *“tornou-se a nossa guia e confidente, mostrou ser uma grande mulher, profissional, sabe o que faz e diz, ela cativa-nos”*).

Estudo dos Efeitos

Quanto aos efeitos deste programa de intervenção ao nível dos **indicadores de saúde física**, a comparação intra-grupo, do início para o fim do programa, revelou melhorias no domínio físico, na saúde, na vitalidade, na fadiga e nas concentrações de cortisol agudo no GRP. Em contrapartida, verificaram-se piorias no domínio físico, especificamente no desempenho físico e na vitalidade no GC. No que concerne à comparação inter-grupo, após as 8 semanas de intervenção foram identificadas diferenças

* Nome Fictício

entre o GRP e o GC no domínio físico, na vitalidade e na fadiga, em que o GRP revelou melhores indicadores de saúde física do que o GC.

Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores que revelaram os efeitos positivos de programas de intervenção com base nas terapias corpo-mente na saúde física e na gestão do stress (Elkins Fisher, & Johnson; Giacobbi et al, 2018). Os resultados do presente estudo juntam-se a uma revisão integrativa (Elkins, Fisher & Jonhson, 2010) que evidenciou que as terapias corpo-mente são coadjuvantes no tratamento do cancro contribuindo para uma melhor gestão da fase de sobrevivência, nomeadamente para a diminuição dos sintomas associados ao cancro, como as náuseas, a fadiga e as dificuldades no sono (Elkins, Fisher & Jonhson, 2010), não aportando efeitos secundários negativos (Correia et al., 2016; Elkins, Fisher & Jonhson, 2010). É importante notar que a participação no programa de relaxação psicomotora mostrou ser mais vantajosa para a gestão da fase de sobrevivência ao cancro da mama, do que a não adesão a qualquer tipo de intervenção, que contribuiu até para uma diminuição dos indicadores de saúde física.

O facto de não terem sido verificados efeitos ao nível da função física e do desempenho físico pode dever-se às características do programa de intervenção e das variáveis. Enquanto a primeira avalia atividades violentas como correr ou subir vários lances de escadas, a segunda avalia a capacidade de trabalho. Ora, o programa de intervenção não envolveu atividade física moderada a vigorosa, fundamental para os efeitos ao nível da função física. Relativamente ao desempenho físico, focado na capacidade de trabalho, possivelmente, a duração do programa de intervenção não foi suficientemente longa para que os efeitos ao nível da saúde física fossem transferidos para a capacidade de trabalho. A curta duração do programa de intervenção pode também explicar a ausência de efeitos ao nível das concentrações de cortisol, sugerindo que seria necessário mais tempo de intervenção para que as concentrações de cortisol basal diminuíssem, tal como já evidenciado em estudos com tempos de intervenção semelhantes ao presente estudo (Lipschitz, Kuhn, Kinney, Donaldson & Nakamura, 2013; Veiga et al., 2019). De facto, programas com durações superiores (12 semanas; Carlson et al., 2014) evidenciaram efeitos ao nível das concentrações de cortisol. Apesar do cuidado metodológico do presente estudo, há ainda que considerar que o cortisol é uma hormona cujas concentrações são influenciadas por uma série de fatores (Matousek, Dobkin & Pruessner, 2010), podendo não ser o indicador bioquímico mais fiável para comparações longitudinais. Em futuros estudos será importante analisar outros

indicadores bioquímicos como as imunoglobulinas. Não obstante a ausência de efeitos agudos na 1ª sessão, em termos de concentrações de cortisol salivar, foram verificados efeitos agudos na 16ª, e última, sessão evidenciando uma diminuição do início para o final (50 minutos) da sessão. Estes resultados sugerem o efeito da aprendizagem proporcionada pela relaxação psicomotora, o qual permite maiores efeitos em termos de bem-estar, e vão ao encontro de estudos anteriores (Veiga et al., 2019), sugerindo também a importância de dar continuidade às intervenções e permitir que os programas de intervenção perdurem no tempo, de modo a ser possível alcançar ainda melhores resultados ao nível da gestão do stress (Lipschitz, Kuhn, Kinney, Donaldson & Nakamura, 2013).

Quanto aos efeitos deste programa de intervenção ao nível dos **indicadores de saúde mental**, a comparação intra-grupo, do início para o fim do programa, revelou melhorias no domínio psicológico, no desempenho emocional, na saúde mental, na tensão/ansiedade, na depressão/melancolia, na hostilidade/ira, no vigor/atividade e na confusão/desorientação no GRP. Em contrapartida, verificaram-se piorias no domínio psicológico, na saúde mental, na tensão/ansiedade, na fadiga/inércia e no vigor/atividade no GC. No que concerne às diferenças inter-grupo, após as 8 semanas de intervenção foram identificadas diferenças entre o GRP e o GC no domínio psicológico, no desempenho emocional, na saúde mental, na tensão/ansiedade, na hostilidade/ira, na fadiga/inércia e no vigor/atividade, em que o GRP revelou melhores indicadores de saúde mental que o GC.

Estes resultados vão ao encontro de resultados já observados noutros estudos como é o caso de uma intervenção de 6 semanas baseada no *mindfulness* (Bower et al, 2014), que se revelou eficaz na diminuição dos sintomas depressivos de mulheres sobreviventes de cancro da mama ou de uma intervenção que conjugou momentos de exercício físico moderado com exercícios de imagética (Rabin, Pinto & Fava, 2015) que se revelou eficaz na melhoria dos estados de humor de sobreviventes de cancro. Por outro lado, os resultados do presente estudo ao nível dos indicadores de saúde mental também vão ao encontro da ideia de que por serem mais bem aceites e tolerados, os programas de relaxação comparativamente a outras terapias corpo-mente (e.g. hipnoterapia; *tai chi*) são mais eficazes ao nível da melhoria da perceção do estado de saúde e do aumento da sensação de bem-estar na fase de sobrevivência ao cancro, tal como evidenciado pela revisão integrativa de Campo e colaboradores (2016).

Os resultados do presente estudo sugerem que uma abordagem corpo-mente baseada nas técnicas de relaxação psicomotora, envolvendo momentos de recentração corporal, de imagética guiada e de representação das sensações vivenciadas é eficaz na melhoria nos indicadores de saúde mental de mulheres sobreviventes de cancro da mama. À semelhança do que também seria esperado, aderir a um programa de relaxação psicomotora mostrou ser mais vantajoso para a gestão da fase de sobrevivência ao cancro da mama e dos indicadores de saúde mental do que não aderir a qualquer tipo de intervenção e manter as rotinas habituais, que inclusivamente contribui para uma pioria de alguns dos indicadores de saúde mental (e.g., domínio psicológico, saúde mental, tensão/ansiedade, fadiga/inércia e vigor/atividade).

Quanto aos efeitos deste programa de intervenção ao nível dos **indicadores de bem-estar social**, a comparação intra-grupo, do início para o fim do programa, revelou aumentos na função social no GRP. Em contrapartida, verificaram-se piorias na função social no GC. No que concerne às diferenças inter-grupo, após as 8 semanas de intervenção foram identificadas diferenças entre o GRP e o GC ao nível da função social, em que o GRP revelou melhores indicadores de bem-estar social do que o GC. O que denota que aderir a um programa de relaxação psicomotora é mais vantajoso para a gestão dos indicadores de bem-estar-social e da fase de sobrevivência ao cancro da mama, do que não aderir a qualquer tipo de intervenção. Possivelmente, o carácter grupal da intervenção desenvolvida, bem como os momentos de diálogo, de expressão e de partilha de emoções, sentimentos e pensamentos poderão ter contribuído para uma sensação de pertença e de identificação com o outro, ilustrados no aumento do bem-estar social. De facto, uma recente revisão integrativa (Browning, Kue, Lyons, & Overcash, 2017) evidenciou que um dos motivos que leva os participantes a aderir a programas de intervenção corpo-mente, prende-se com a procura de suporte social e de contactos sociais. Por outro lado, as terapias corpo-mente procuram contribuir para uma nova maneira de comunicar com os outros, bem como aumentar o bem-estar social (Lee et al., 2014)

Quanto aos efeitos deste programa de intervenção ao nível da **vivência afetiva do corpo**, a comparação intra-grupo, do início para o fim do programa, revelou melhorias no notar, na regulação atencional, na autorregulação e no confiar no GRP. Em contrapartida, verificaram-se piorias no notar, no não se preocupar, na regulação atencional, na autorregulação e na apreciação corporal no GC. No que concerne às

diferenças inter-grupo, após as 8 semanas de intervenção foram identificadas diferenças entre o GRP e o GC no notar, na regulação atencional, na consciência emocional, na autorregulação, no confiar e na apreciação corporal, em que o GRP revelou melhores resultados na vivência afetiva do corpo do que o GC.

Estes resultados sugerem que o programa de relaxação psicomotora promoveu uma escuta efetiva e securizante do corpo, permitindo o seu conhecimento e domínio e promovendo com eficácia a consciência interoceptiva das mulheres sobreviventes de cancro da mama. Este resultado junta-se a estudos anteriores (Coly-Layani, 2014) e corrobora a ideia de que estes programas são importantes para promover a capacidade de melhor entender as sensações corporais, de gerir as sensações corporais desconfortáveis ou dolorosas, de gerir e responder eficazmente às alterações emocionais, bem como aumentar a capacidade de recorrer a estratégias de *coping* quando os indivíduos são confrontados com stressores, de origem interna ou externa (Salvador, Berenguer, Ribeiro & Costa, 2020). Por outro lado, os resultados do presente estudo sugerem que, à semelhança de estudos anteriores (Esplen, Wong, Warner & Toner, 2018), o programa de relaxação psicomotora contribuiu para uma vivência afetiva do corpo mais positiva e de maior aceitação, o que é particularmente significativo no cancro da mama e na fase de sobrevivência. É importante notar que aderir a um programa de relaxação psicomotora mostrou ser mais vantajoso para a vivência afetiva do corpo na fase de sobrevivência ao cancro da mama, do que não aderir a qualquer tipo de intervenção, que levou a uma vivência afetiva do corpo menos positiva.

O presente estudo traz então vários contributos significativos para a literatura e para o conhecimento acerca da intervenção psicomotora, baseada nas técnicas de relaxação. Já que nos traz uma visão mais clara sobre as necessidades das sobreviventes de cancro da mama, nomeadamente ao nível da saúde física, da saúde mental, do bem-estar social e da vivência afetiva do corpo e, em como estes fatores podem ser melhorados através deste programa específico de relaxação psicomotora. Por outro lado, o presente estudo contribui também para a solidificação da importância de integrar a relaxação psicomotora como forma a promover uma melhor adaptação da pessoa à fase de sobrevivência ao cancro da mama.

De modo a terminar a presente discussão é de extrema relevância abordar algumas limitações com que nos deparamos ao longo deste estudo, nomeadamente o tamanho reduzido da amostra, a impossibilidade de alocar aleatoriamente a amostra, o tempo de

intervenção e o avaliador não ser cego, o que pode ter contribuído para a não obtenção de resultados estatisticamente significativos. Apesar de os resultados evidenciados pelo programa de relaxação psicomotora desenvolvido serem deveras encorajadores, a sua generalização é limitada, dado que o tamanho da amostra limita a representatividade estatística. Por conseguinte, dada a viabilidade demonstrada, será de extrema importância replicar o estudo, considerando as seguintes recomendações que devem ser tidas em conta numa nova investigação: (1) O programa de intervenção deve ser implementado quer no hospital, quer na comunidade, de modo a ser possível incluir um maior número de participantes; (2) Deve optar-se pela alocação aleatória das participantes ao grupo de controlo e ao grupo de intervenção; (3) o período de intervenção deverá ser mais longo; (4) deve considerar-se o recurso a outro avaliador que não o dinamizador da intervenção.

Capítulo 6: Conclusões

De um modo geral, após a análise e a discussão dos resultados, pode concluir-se que a intervenção psicomotora, baseada nas técnicas de relaxação terapêutica e levada a cabo durante oito semanas, numa frequência bissemanal foi benéfica para as sobreviventes de cancro da mama.

A análise da viabilidade do programa de relaxação psicomotora, revelou também que este tipo de intervenção é viável e bem tolerado por mulheres sobreviventes de cancro da mama.

De entre os indicadores avaliados (saúde física, saúde mental, bem-estar social e vivência afetiva do corpo), foi possível notar alterações significativas positivas em quase todas as dimensões em estudo no GRP, mais especificamente nas dimensões domínio físico; saúde; vitalidade; fadiga; concentrações de cortisol agudo; domínio psicológico; desempenho emocional; saúde mental; tensão/ansiedade; depressão/melancolia; hostilidade/ira, vigor/atividade; confusão/desorientação; função social; notar; regulação atencional, autorregulação e confiar, não se tendo verificado retrocessos no GRP. Contudo, no GC verificaram-se retrocessos significativos, o que sugere que aderir a um programa de relaxação psicomotora é mais benéfico do que não aderir a qualquer programa de intervenção terapêutica.

Concluindo, estes resultados demonstram que este programa de relaxação psicomotora é uma abordagem terapêutica não farmacológica benéfica às mulheres sobreviventes de cancro da mama, devendo ser considerada aquando do planeamento da fase de gestão da sobrevivência ao cancro da mama.

Referências Bibliográficas

- Abalasei, B., & Radu, I. (2020). Considerations on psychomotor education: perceptual-motor behaviors. *Young Scientist*, 3(1), 313-316.
- Abbott, J. (2014). The distinction between randomized clinical trials (rcts) and preliminary feasibility and pilot studies: what they are and are not. *Journal Of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 44(8), 555-558. doi: 10.2519/jospt.2014.0110
- Abrahams, H., Gielissen, M., Verhagen, C., & Knoop, H. (2018). The relationship of fatigue in breast cancer survivors with quality of life and factors to address in psychological interventions: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 63, 1-11. doi: 10.1016/j.cpr.2018.05.004
- Afrisham, R., Sadegh-Nejadi, S., SoliemaniFar, O., Kooti, W., Ashtary-Larky, D., & Alamiri, F. et al. (2016). Salivary testosterone levels under psychological stress and its relationship with rumination and five personality traits in medical students. *Psychiatry Investigation*, 13(6), 637. doi: 10.4306/pi.2016.13.6.637
- American Cancer Society (2019a). Cancer treatment & survivorship facts & figures 2019-2021. American Cancer Society journal, *CA: A Cancer Journal for Clinicians*.
- American Cancer Society (2019b). Cancer facts & figures 2019. american cancer society journal, *CA: A Cancer Journal for Clinicians*.
- Annunziata, M., Muzzatti, B., Flaiban, C., Giovannini, L., & Carlucci, M. (2016). Mood states in long-term cancer survivors: an Italian descriptive survey. *Supportive Care In Cancer*. doi: 10.1007/s00520-016-3134-1
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (n.d.). *Psicomotricidade*. [online] Available at: <https://www.appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/>
- Associação Portuguesa do Sono (2020). *Sono*. [online] Available at: <http://apsono.com/pt/>
- Avalos, L., Tylka, T., & Wood-Barcalow, N. (2005). The body appreciation scale: development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2(3), 285-297. doi: 10.1016/j.bodyim.2005.06.002
- Avillez, A. (2010). *34 Copa B* (1st ed.). Academia do Livro. ISBN: 9789898194213

- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C., & Castro-Lopes, J. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal Of Pain, 13*(8), 773-783. doi: 10.1016/j.jpain.2012.05.012
- Baldaia, A. (2013). A atividade física e o seu contributo para o envelhecimento. *Actas de Gerontologia, 1*, 1-8.
- Bernstein, D. A., Borkovec, T. D., & Hazlett-Stevens, H. (2000). *New directions in progressive relaxation training: A guidebook for helping professionals*. Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Bower, J., Crosswell, A., Stanton, A., Crespi, C., Winston, D., & Arevalo, J. et al. (2014). Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Cancer, 121*(8), 1231-1240. doi: 10.1002/cncr.29194
- Branch, L., Feuz, C., & McQuestion, M. (2017). An investigation into body image concerns in the head and neck cancer population receiving radiation or chemoradiation using the body image scale: a pilot study. *Journal Of Medical Imaging And Radiation Sciences, 48*(2), 159-165. doi: 10.1016/j.jmir.2016.10.002
- Browning, K., Kue, J., Lyons, F., & Overcash, J. (2017). Feasibility of mind-body movement programs for cancer survivors. *Oncology Nursing Forum, 44*(4), 446-456. doi: 10.1188/17.onf.446-456
- Caldwell, K., Harrison, M., Adams, M., Quin, R., & Greeson, J. (2010). Developing mindfulness in college students through movement-based courses: effects on self-regulatory self-efficacy, mood, stress, and sleep quality. *Journal Of American College Health, 58*(5), 433-442. doi: 10.1080/07448480903540481
- Campo, R., Leniek, K., Gaylord-Scott, N., Faurot, K., Smith, S., & Asher, G. et al. (2016). Weathering the seasons of cancer survivorship: mind-body therapy use and reported reasons and outcomes by stages of cancer survivorship. *Supportive Care In Cancer, 24*(9), 3783-3791. doi: 10.1007/s00520-016-3200-8
- Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2012). Factor structure and psychometric properties of the European Portuguese version of a questionnaire to assess quality of life in HIV-infected adults: The WHOQOL-HIV-Bref. *AIDS Care, 24*(6), 799-807.

URL:http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540121.2011.630362?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed&

- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., ... Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, F. (2017). *100 perguntas chave no cancro da mama*. 2nd ed. Lisboa: Permyer
- Carlson, L. E., Tamagawa, R., Stephen, J., Doll, R., Faris, P., Dirkse, D., & Speca, M. (2014). Tailoring mind-body therapies to individual needs: patients' program preference and psychological traits as moderators of the effects of mindfulness-based cancer recovery and supportive-expressive therapy in distressed breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 2014(50), 308-314. doi: 10.1093/jncimonographs/lgu034
- Chang, Y., Tseng, T., & Chiu, S. (2017). The effect of nature therapy for stress, anxiety, depression and demoralization on breast cancer patients. *GSTF Journal Of Nursing And Health Care (JNHC)*, 5(1). doi: 10.5176/2345-718X_5.1.155
- Coly-Layani, S. (2014). Une approche psychomotrice en service d'oncologie: expérience de la relaxation auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein. *Médecine humaine et pathologie*. [\(dumas-01017546\)](#)
- Conley, C., Bishop, B., & Andersen, B. (2016). Emotions and emotion regulation in breast cancer survivorship. *Healthcare*, 4(3), 56. doi: 10.3390/healthcare4030056
- Correia, T., Monteiro, S., Torres, A., Pereira, A., Caetano, T., & Silva, R. (2016). Eficácia da intervenção multidisciplinar em sobreviventes de cancro de mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(3), 483-502.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança, Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Cruz, J. F., & Viana, M. F. (1993). *Competências psicológicas dos atletas de elite (Relatório Técnico)*. Braga-Lisboa: Projecto de Investigação e Intervenção Psicológica na Alta Competição. [10.1038/nrclinonc.2013.125](https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2013.125)

- Dehghan, M., Shahriari, M., Pahlavanzadeh, S., & Hazini, A. (2017). Effects of progressive muscle relaxation, guided imagery and deep diaphragmatic breathing on quality of life in elderly with breast or prostate cancer. *Journal Of Education And Health Promotion*, 6(1), 1. doi: 10.4103/jehp.jehp_147_14
- Deng, G., & Cassileth, B. (2013). Complementary or alternative medicine in cancer care—myths and realities. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 10(11), 656-664. doi: 10.1038/nrclinonc.2013.125
- Dias, C., Cruz, J. F., & Fonseca, A. M. (2008). Emoções: passado, presente e futuro. *Psicologia*, 22(2), 11-31.
- Direção Geral da Saúde (2013). Avaliação antropométrica no adulto. Em Orientação nº 017/2013 de 05/12/2013
- Direção Geral da Saúde (2020). *Dor*. [online] Available at: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/dor.aspx>
- Durand de Bousingen, R. (1992). *La relaxation*. Paris: Presses universitaires de France. ISBN: 2130444512.
- Elkins, G., Fisher, W., & Johnson, A. (2010). Mind–body therapies in integrative oncology. *Current Treatment Options In Oncology*, 11(3-4), 128-140. doi: 10.1007/s11864-010-0129-x
- Esplen, M., Wong, J., Warner, E., & Toner, B. (2018). Restoring body image after cancer (rebiic): results of a randomized controlled trial. *Journal Of Clinical Oncology*, 36(8), 749-756. doi: 10.1200/jco.2017.74.8244
- Fernandes, J., & Veiga, G. (submetido). Psicomotricidade e paradigma da complexidade: uma reflexão.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Med Port*. 2000 Jan-Abr; 13(1-2): 55-66.
- Fitzsimmons, A., Dahlke, D., Bergeron, C., Smith, K., Patel, A., Ory, M., & Smith, M. (2019). Impact of complementary and alternative medicine offerings on cancer patients' emotional health and ability to self-manage health conditions. *Complementary Therapies In Medicine*, 43, 102-108. doi: 10.1016/j.ctim.2019.01.011

- Freeman, L., White, R., Ratcliff, C., Sutton, S., Stewart, M., & Palmer, J. et al. (2014). A randomized trial comparing live and telemedicine deliveries of an imagery-based behavioral intervention for breast cancer survivors: reducing symptoms and barriers to care. *Psycho-Oncology*, 24(8), 910-918. doi: 10.1002/pon.3656
- Giacobbi, P., Stewart, J., Chaffee, K., Jaeschke, A., Stabler, M., & Kelley, G. (2017). A scoping review of health outcomes examined in randomized controlled trials using guided imagery. *Progress In Preventive Medicine*, 2(7), e0010. doi: 10.1097/pp9.0000000000000010
- Guiose, M. (2015). *Comunicação não-verbal na intervenção psicomotora*. Em Fernandes, J., & Filho, P., (Edits.), *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 81-90). Rio de Janeiro: Wak Editora. 9788578543099
- Horneber, M., Bueschel, G., Dennert, G., Less, D., Ritter, E., & Zwahlen, M. (2011). How many cancer patients use complementary and alternative medicine. *Integrative Cancer Therapies*, 11(3), 187-203. doi: 10.1177/1534735411423920
- Johnson, A. J., Marcus, J., Hickman, K., Barton, D., & Elkins, G. (2016). Anxiety reduction among breast-cancer survivors receiving hypnotic relaxation therapy for hot flashes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 64(4), 377-390. doi: 10.1080/00207144.2016.1209042
- Jones, J., Olson, K., Catton, P., Catton, C., Fleshner, N., & Krzyzanowska, M. et al. (2015). Cancer-related fatigue and associated disability in post-treatment cancer survivors. *Journal Of Cancer Survivorship*, 10(1), 51-61. doi: 10.1007/s11764-015-0450-2
- Kocamaz, D., & Düger, T. (2020). Breast cancer and exercise. *Breast Cancer Biology*. doi: 10.5772/intechopen.85077
- Larios-Jiménez, F., González-Ramírez, L., Montes-Delgado, R., González-Betanzos, F., Morán-Mendoza, A., & Solano-Murillo, P. et al. (2019). Efficacy of relaxation techniques in the reduction of tension, anxiety and stress perceived by patients with cancer under chemotherapy treatment. *Gaceta Mexicana De Oncología*, 17(2). doi: 10.24875/j.gamo.m19000168
- Lee, T., Mitchell, G., Liaw, J., Ho, G., Cheng, T., Ki, P., & Wong, W. (2014). Art therapy for chinese canadian breast cancer survivors in toronto. *Journal Of Scientific Research And Reports*, 4(5), 421-429. doi: 10.9734/jsrr/2015/13946

- Lengacher, C., Reich, R., Ramesar, S., Alinat, C., Moscoso, M., & Cousin, L. et al. (2017). Feasibility of the mobile mindfulness-based stress reduction for breast cancer (mMBSR(BC)) program for symptom improvement among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 27(2), 524-531. doi: 10.1002/pon.4491
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2019). *Métodos de tratamento*. [online] Available at: <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama-metodos-de-tratamento/> [Accessed Sep. 2019].
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2019). *O cancro da mama*. [online] Available at: <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama/> [Accessed Sep. 2019].
- Lipschitz, D. L., Kuhn, R., Kinney, A. Y., Donaldson, G. W., & Nakamura, Y. (2013). Reduction in salivary α -amylase levels following a mind–body intervention in cancer survivors—an exploratory study. *Psychoneuroendocrinology*, 38(9), 1521-1531. doi: 10.1016/j.psyneuen.2012.12.021
- Lipschitz, D., Kuhn, R., Kinney, A., Grewen, K., Donaldson, G., & Nakamura, Y. (2015). An exploratory study of the effects of mind–body interventions targeting sleep on salivary oxytocin levels in cancer survivors. *Integrative Cancer Therapies*, 14(4), 366-380. doi: 10.1177/1534735415580675
- Lowery-Allison, A., Passik, S., Cribbet, M., Reinsel, R., O'Sullivan, B., & Norton, L. et al. (2017). Sleep problems in breast cancer survivors 1–10 years posttreatment. *Palliative And Supportive Care*, 16(3), 325-334. doi: 10.1017/s1478951517000311
- Machorrinho, J., Rosário, I., Marques, M. D. C. M., & Marmeleira, J. (2017). Aplicações do multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA): revisão sistemática. *riase*.3(1).902 <http://hdl.handle.net/10174/24885>
- Machorrinho, J., Veiga, G., Fernandes, J., Mehling, W., & Marmeleira, J. (2019). Multidimensional assessment of interoceptive awareness: psychometric properties of the portuguese version. *Perceptual and Motor Skills*. doi: 10.1177/0031512518813231.
- Marmeleira, J. & Veiga, G. (2018). Interoceptividade e consciência corporal na resposta ao stress. In Candeias, A., Portelada, A., Vaz Velho, C., Galindo, E., Pires, E., Borralho, L., Grácio, L., Costa, N., Reschke, K., & Witruk, E. (Eds). Multiple approaches to the study and intervention in stress. Proceedings of the International Seminar. Évora, Portugal

- Martins, R. (2001). A relaxação terapêutica no contexto da saúde mental – o corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. Fonseca & M. Martins (Eds.), *Progressos em psicomotricidade* (pp. 95-108). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Matousek, R., Dobkin, P., & Pruessner, J. (2010). Cortisol as a marker for improvement in mindfulness-based stress reduction. *Complementary Therapies In Clinical Practice*, 16(1), 13-19. doi: 10.1016/j.ctcp.2009.06.004
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Services.
- Mehling WE, Price C, Daubenmier JJ, Acree M, Bartmess E, Stewart A. (2012) The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *PLoS ONE* 7(11): e48230. doi:10.1371/journal.pone.0048230
- Mehling, W., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C., Hecht, F., & Stewart, A. (2009). Body awareness: construct and self-report measures. *Plos ONE*, 4(5), e5614. doi: 10.1371/journal.pone.0005614
- Micklewright, D., St Clair Gibson, A., Gladwell, V., & Al Salman, A. (2017). Development and validity of the rating-of-fatigue scale. *Sports Medicine*, 47(11), 2375-2393. doi: 10.1007/s40279-017-0711-5
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184. Retrieved from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862008000100014&lng=pt&tlng=pt.
- Ness, S., Kokal, J., Fee-Schroeder, K., Novotny, P., Satele, D., & Barton, D. (2012). Concerns across the survivorship trajectory: results from a survey of cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), 35-42. doi: 10.1188/13.onf.35-42
- Neto, F. (2011). *Avaliação psicométrica da escala de apreciação corporal, comunicação apresentada no viii congresso iberoamericano de avaliação/xv conferência internacional avaliação psicológica: formas e contextos*, Lisboa: Faculdade de Psicologia.

- Noone, A., Cronin, K., Altekruse, S., Howlader, N., Lewis, D., Petkov, V., & Penberthy, L. (2016). Cancer Incidence and Survival Trends by Subtype Using Data from the Surveillance Epidemiology and End Results Program, 1992–2013. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 26(4), 632-641. doi: 10.1158/1055-9965.epi-16-0520
- Oliveira, J. (2019). *Relaxação e toque terapêutico em mulheres com cancro da mama: impacto de uma intervenção psicomotora na ansiedade, dor e qualidade de vida* (Tese de Mestrado). Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/25601>.
- Papacosta, E., & Nassis, G. P. (2011). Saliva as a tool for monitoring steroid, peptide and immune markers in sport and exercise science. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 14(5), 424-434.
- Paterson, C., Lengacher, C., Donovan, K., Kip, K., & Tofthagen, C. (2016). body image in younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 39(1), E39-E58. doi: 10.1097/ncc.0000000000000251
- Pedro S. & Lavado S. (2017). Papel crucial da psico-oncologia e da enfermagem oncológica. In F. Cardoso, *100 Perguntas Chave no Cancro da Mama*. 2nd ed. Lisboa: Permyer
- Pereira, L. (2012). Benefícios da prática de alongamentos e de sessões de relaxamento durante o trabalho. Redução do estresse e aumento da produtividade no ambiente de trabalho. *Efdeportes.Com - Revista Digital.*, 174.
- Pergher, G., Grassi-Oliveira, R., Ávila, L., & Stein, L. (2006). Memória, humor e emoção. *Revista De Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 28(1), 61-68. doi: 10.1590/s0101-81082006000100008
- Quero, A. (2019). Quand la rencontre fait sens : l'essence du psychomotricien ". Intérêt et spécificité de la relation thérapeutique en psychomotricité dans le cadre de la prise en soin de personnes atteintes de maladies graves. *Psychologie*. dumas-02185283.
- Rabin, C., Pinto, B., Dunsiger, S., Nash, J., & Trask, P. (2009). Exercise and relaxation intervention for breast cancer survivors: feasibility, acceptability and effects. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(3), 258-266. doi: 10.1002/pon.1341.
- Rabin, C., Pinto, B., & Fava, J. (2015). Randomized trial of a physical activity and meditation intervention for young adult cancer survivors. *Journal Of Adolescent And Young Adult Oncology*, 5(1), 41-47. doi: 10.1089/jayao.2015.0033

- Rebello, 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. Recuperado em 03 de julho de 2020. de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862007000100002&lng=pt&tlng=es.
- Runowicz, C., Leach, C., Henry, N., Henry, K., Mackey, H., & Cowens-Alvarado, R. et al. (2015). American cancer society/american society of clinical oncology breast cancer survivorship care guideline. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 66(1), 43-73. doi: 10.3322/caac.21319
- Salvador, V., Berenguer, C., Ribeiro, C., & Costa, R. (2020). Validação portuguesa do multidimensional assessment of interoceptive awareness (maia). *Psychology, Community & Health*, 8(1), 111-125. doi: 10.5964/pch.v8i1.298
- Schreier, A., Johnson, L., Vohra, N., Muzaffar, M., & Kyle, B. (2019). Post-treatment symptoms of pain, anxiety, sleep disturbance, and fatigue in breast cancer survivors. *Pain Management Nursing*, 20(2), 146-151. doi: 10.1016/j.pmn.2018.09.005
- Servan-Schreiber, D. (2008). *Anticancro: Uma nova maneira de viver*. Alfragide: Lua de Papel. ISBN: 978-989-23-1744-1
- Severo, M., Santos, A. C., Lopes, C., & Barros, M. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Med Port*, 19(4), 281-7.
- Street, W. (2019). Cancer facts & figures 2019. *American Cancer Society: Atlanta, GA, USA*.
- Sun, L., Ang, E., Ang, W., & Lopez, V. (2017). Losing the breast: A meta-synthesis of the impact in women breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 27(2), 376-385. doi: 10.1002/pon.4460
- The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Ussher, M., Spatz, A., Copland, C., Nicolaou, A., Cargill, A., Amini-Tabrizi, N., & McCracken, L. (2012). Immediate effects of a brief mindfulness-based body scan on patients with chronic pain. *Journal Of Behavioral Medicine*, 37(1), 127-134. doi: 10.1007/s10865-012-9466-5

- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., & Quartilho, M. et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. Retrieved 24 June 2020. from <http://hdl.handle.net/10316/21539>
- Veiga, G., Dias Rodrigues, A., Lamy, E., Guiose, M., Pereira, C., & Marmeleira, J. (2019). The effects of a relaxation intervention on nurses' psychological and physiological stress indicators: A pilot study. *Complementary Therapies In Clinical Practice*, 35, 265-271. doi: 10.1016/j.ctcp.2019.03.008
- Viana, M. F., Almeida, P. L. D., & Santos, R. C. (2001). Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor: POMS. *Análise Psicológica*, 19(1), 77-92.
- Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey: manual & interpretation guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
- World Health Organization. (1948). Preamble to the constitution of the world health organization as adopted by the international health conference, new york, 19-22 june, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- World Health Organization. (2019). *Breast cancer*. [online] Available at: <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/> [Accessed Aug. 2019].
- Yi, J., & Syrjala, K. (2017). Anxiety and depression in cancer survivors. *Medical Clinics Of North America*, 101(6), 1099-1113. doi: 10.1016/j.mcna.2017.06.005

Anexos

Anexo I - Declaração da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento 1 8 1 6 3

Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar Universidade de Évora

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros,

Prof.ª Doutora Margarida Amoedo,
Prof. Doutor Paulo Infante,
e Prof.ª Doutora Maria de Fátima Jorge,

deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto:

"Os efeitos de dois programas de terapia psicomotora nos indicadores de saúde e bem-estar de sobreviventes de cancro da mama." pela investigadora **Daniela Sofia Morgado Guerreiro** (Mestranda) sob a supervisão da Prof.ª Doutora Guida Filipa Veiga Moulinho (responsável académica).

Universidade de Évora, 12 de Dezembro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Janeiro de 2019

5

Anexo II - Declaração da Comissão de Ética do HESE

À Comissão de Ética
João Jacarou
Isabel Pita
24/1/2019

10 de Janeiro de 2019
 O Conselho de Administração
 Universidade de Évora
 Mestrado em Psicomotricidade

Francisco Chalapa
 Vogal
 João Carlos
 Vogal
 Isabel Pita
 Presidente

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Naide a opor
À Comissão de Ética do HESE
19/01/19
Rui Faustino

Projeto de Investigação para obtenção do grau de Mestre em Psicomotricidade

Exmos Membros do Conselho de Administração do Hospital do Espírito Santo de Évora.

Isabel Pita
Isabel Pita
4/02/2019

Diretora Clínica Sou aluna de Mestrado em Psicomotricidade, lecionado na Universidade de Évora e gostaria de desenvolver a minha dissertação em parceria com o Serviço de Oncologia do Hospital do Espírito Santo de Évora. Assim, proponho-vos aqui, aquele que será o meu projeto de dissertação, que tem como **título** "Os efeitos de dois programas de terapia psicomotora nos indicadores de saúde e bem-estar de sobreviventes de cancro da mama."

Isabel Pita A pertinência do estudo prende-se com o facto de que, com os avanços médicos, científicos e tecnológicos, tem-se assistido a um aumento de sobreviventes de cancro imediatos (primeiros meses após o término do tratamento) e a longo prazo (anos após o término do tratamento). Não obstante, a comunidade médica, bem com o a comunidade científica apontam para a falta de respostas terapêuticas não farmacológicas que procurem ajudar os sobreviventes de cancro, nas fases pós tratamento (American Cancer Society, 2016).

Quer devido a problemas de saúde pré-existentes, quer devido ao cancro em si, ou ao tratamento, os sobreviventes manifestam frequentemente dificuldades emocionais e sociais que influenciam negativamente a sua qualidade de vida (American Cancer Society, 2016). Por outro lado, a passagem da fase de tratamento para a sobrevivência é um processo muito delicado pautado por momentos de dor, fadiga, falta de qualidade do sono, ansiedade e depressão, dificuldades na concentração e no retorno às funções anteriormente desempenhadas (e.g., profissão), bem como pela diminuição do suporte prestado pelos pares. Estas mudanças exigem que, a pessoa sobrevivente de cancro tenha de redescobrir a sua identidade, acomodando as suas novas características, e de perir a felicidade de ter superado o cancro com a possibilidade de reincidência (American Cancer Society, 2016). Por estes motivos a Sociedade Americana do Cancro (2016) reconhece a importância de respostas terapêuticas que procurem dar resposta às necessidades das pessoas sobreviventes de cancro, numa perspetiva holística, ou seja, considerando o seu bem-estar físico e mental. É neste âmbito que se enquadra o projeto que pretendemos desenvolver no Hospital do Espírito Santo de Évora.

Janeiro de 2019

HESE-EPE
 1 10.01.19
 109

Ainda que escassos, alguns estudos (e.g., Lipschitz, Kuhn, Kirmey, Donaldson, & Nakamura, 2013; Carlson et al., 2014) têm demonstrado a eficácia das terapias mente-corpo nos indicadores de saúde e na qualidade de vida de pessoas sobreviventes de cancro. Particularmente, alguns estudos (e.g. Bower et al., 2014; Johnson, Marcus, Hickman, Barton, & Elkirs, 2015; Rabin, Pinto, Dutsinger, Nash, Trask, 2009) revelaram que as técnicas de relaxação são eficazes no nível da melhoria dos estados de humor, nomeadamente da ansiedade e da depressão, da qualidade do sono, da redução da fadiga, do stress e dos processos inflamatórios de mulheres sobreviventes de cancro da mama. Estes estudos recorreram quer a programas de relaxação centrados na descontração neuromuscular (e.g., Bower et al., 2014), quer a programas baseados na autoconcentração (e.g., Johnson et al., 2015), ambas abordagens integrantes da terapia psicomotora como definida pelo Fórum Europeu de Psicomotricidade. Se por um lado, a descontração neuromuscular permite um melhor conhecimento e controlo do corpo e uma redução da dor, da fadiga e dos estados de humor negativos, por outro lado, as técnicas de autoconcentração permitem uma escuta e um redescobrimto corporal marcado pela valorização e por conseguinte pela vivência afetiva do corpo, necessária no processo de elaboração das perdas (físicas, funcionais e emocionais) associadas à doença oncológica. Não obstante a literatura sugerir os efeitos positivos da terapia psicomotora no âmbito da sobrevivência ao cancro, que seja do nosso conhecimento, ainda não foram estudados os efeitos da terapia psicomotora em sobreviventes de cancro da mama. Pelo que, o objetivo do presente estudo é o de conhecer os efeitos de dois programas de terapia psicomotora nos indicadores de saúde e bem-estar de mulheres sobreviventes de cancro da mama.

Importa ainda referir que o presente projeto de dissertação será orientado pela Pro^{fa} Dr^a Guida Veiga, docente do Departamento de Desporto e Saúde, foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética de Saúde e Bem-estar da Universidade de Évora, bem como apresentado ao Dr. Rui Dinis, diretor do Serviço de Oncologia do Hospital do Espírito Santo de Évora, que demonstrou interesse no estudo e disponibilidade para colaborar no mesmo.

Será realizado um **ensaio clínico randomizado** em que a amostra será dividida aleatoriamente em três grupos, dois grupos experimentais (GE) que irão receber uma intervenção terapêutica baseada na relaxação neuromuscular (GERN), e uma intervenção baseada na autoconcentração (GERA), e um grupo de controlo, que à semelhança de estudos anteriores (e.g. Carlson et al., 2014; Lipschitz, Kuhn, Kirmey, Donaldson, & Nakamura, 2013) irá participar num seminário de gestão de stress. Os resultados do

estudo advém da comparação entre o GERN, o GERA e o GC, após a intervenção que terá a duração de oito semanas, com sessões bissemanais.

Antes de se iniciar este estudo será aplicado um consentimento informado a todas as participantes, onde as mesmas tomarão conhecimento acerca da confidencialidade dos dados recolhidos ao longo de todo o estudo, que estes não serão divulgados, sendo apenas utilizados para fins de investigação. Será enfatizado o carácter voluntário dos participantes. Os registos serão de acesso restrito aos investigadores e a identificação dos participantes será feita por codificação numérica, para que os dados, após analisados, possam ser publicados em estudos e publicações científicas.

Os **indicadores de saúde** serão avaliados através da aplicação dos seguintes questionários: Questionário de Estado de Saúde (Ferreira & Santana, 2003) e do Perfil de Saúde de Nottingham (Hunt et al., 1980). Nos indicadores de saúde serão também contemplados os indicadores inflamatórios (Velocidade de Hemossedimentação (VHS), Proteína C Reativa (PCR), Leucócitos, Lactato Desidrogenase (LDH) e Neutrófilos recolhidos através de análises sanguíneas, realizadas pelos técnicos de análises clínicas, no âmbito da consulta de seguimento no Serviço de Oncologia do Hospital do Espírito Santo de Évora.

O **bem-estar** será avaliado através do questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) (Canavarro et al., 2007), e do Perfil de Estados de Humor (Viana, Almeida & Santos, 2001).

No que diz respeito às **variáveis complementares** serão utilizados dois questionários sobre a consciência corporal: Escala de Apreciação Corporal (Baldaia, 2013) e o Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) (Mehling et al., 2012).

Espero ter-vos esclarecido em relação ao estudo que pretendo desenvolver em colaboração com a entidade hospitalar que vossas excelências representam. Porém, caso surja alguma dúvida aquando da análise desta proposta de colaboração não hesitem em contactar-me.

Atentamente,

Daniela Guerreiro, Psicomotricista, Licenciada em Reabilitação Psicomotora,
Mestranda em Psicomotricidade, Universidade de Évora (968 607 128;
dstg Guerreiro@gmail.com)

Guilma Veiga, PhD, Professora Auxiliar, Departamento de Desporto e Saúde,
Escola de Ciências e Tecnologia da Universidade de Évora (963921557;
gveiga@uevora.pt)

Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

- American Cancer Society. (2017). *Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures 2016-2017*. American Cancer Society journal, CA: A Cancer Journal for Clinicians.
- Bakula, A. (2013). A atividade física e o seu contributo para o envelhecimento. *Actas de Gerontologia*, 1, 1-8.
- Bower, J. E., Crosswell, A. D., Stanton, A. L., Ciespi, C. M., Winson, D., Arevalo, R., ... & Garu, P. A. (2015). Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: a randomised controlled trial. *Cancer*, 127(8), 1231-1240. doi: 10.1092/000729194
- Canavaro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quamilho, M. J., ... Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Análise psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III), pp. 77-100. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carlson, et al. (2014). Mindfulness-based cancer recovery and supportive-expressive therapy maintain telomere length relative to controls in dismissed breast cancer survivors. *Cancer*, 121(3), doi:476-484. 10.1002/ncr.29063
- Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população ativa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista portuguesa de saúde pública*, 21, 15-30.
- Hart, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Baekett, E. M., Williams, J., & Papp, E. (1980). A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 34(4), 281-286.
- Johnson, A. J., Marcus, J., Hickman, K., Barton, D., & Elkins, G. (2016). Anxiety reduction among breast cancer survivors receiving hypoxic relaxation therapy for hot flashes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 64(4), 377-390. doi: 10.1080/00207144.2016.1209042
- Lipschitz, D. L., Kuhn, R., Kinney, A. Y., Green, K., Donaldson, G. W., & Nakamura, Y. (2015). An exploratory study of the effects of mind-body interventions targeting sleep on salivary oxytocin levels in cancer survivors. *Integrative cancer therapies*, 14(4), 366-380. doi:10.1177/1524735415580075
- Mehling, W. E., Pyle, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *PLoS one*, 7(11), e48230.
- Rabin, C., Pinto, B., Dunsiger, S., Nash, J., & Taak, P. (2009). Exercise and relaxation intervention for breast cancer survivors: feasibility, acceptability and effects. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(3), 238-266. doi: 10.1002/pon.1341
- Viana, M. F., Almeida, P. L. D., & Santos, R. C. (2001). Adaptação portuguesa do versão reduzida do Perfil de Estados de Humor: POMS. *Análise Psicológica*, 19(1), 77-92.