

Márcia Lúcia Sousa Dias Alves

O efeito da massagem terapêutica no doente oncológico

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Doutora Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim

Categoria – Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde

Afiliação – Universidade da Madeira.

Coorientador – Doutora Bárbara Pereira Gomes

Categoria – Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

RESUMO

As pessoas com doença oncológica apresentam, para além dos efeitos secundários dos tratamentos, incertezas face ao futuro, ao sofrimento, à dor física, à ansiedade, à depressão, à perda de controlo e à autonomia (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009), tendo esta patologia impacto na autoimagem, no relacionamento interpessoal, nas significações e nos sentidos da vida (Visser, Garssen & Vingerhoets, 2010).

Segundo Meleis (2012) o enfermeiro deve interagir com as pessoas, inseridas no seu contexto sociocultural, que estejam numa situação de transição saúde/doença. A intervenção instituída no presente trabalho foi a massagem terapêutica, devido a esta ajudar a restabelecer o equilíbrio físico e psíquico. A aplicação da massagem terapêutica é realizada aquando a prestação de cuidados de higiene e conforto e deve ser incentivado o uso desta intervenção como estratégia de autocuidado e harmonização.

Desenhámos um estudo quasi-experimental cujo objetivo visa avaliar o efeito da massagem terapêutica, na dor crónica, no sofrimento e na saúde mental a uma amostra de 31 doentes oncológicos, 16 do grupo experimental e 15 do grupo de controlo.

Para a operacionalização da variável independente foi utilizado um protocolo de massagem terapêutica preconizado por Tiffany Field e Hernandez-Reif e para avaliar as variáveis dependentes selecionadas, utilizámos o Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD), o Inventário Breve da Dor (BPI) e o Mental Health Inventory (MHI), que revelaram boa consistência interna.

Este estudo revelou efeito benéfico da massagem terapêutica em todas as variáveis estudadas no grupo experimental em relação ao grupo de controlo. Nomeadamente na dor, podemos constatar melhorias significativas na dimensão da intensidade da dor ($p < 0.001$) e da interferência da dor ($p < 0.001$). No sofrimento constatamos benefício na dimensão psicológica ($p < 0.001$), física ($p = 0.001$), existencial ($p < 0.001$), socio relacional ($p = 0.005$) e no sofrimento global ($p < 0.001$). No que concerne à saúde mental evidenciamos melhorias significativas ($p < 0.001$) na ansiedade, na depressão, nas perdas de controlo emocional, no afeto positivo, nos laços emocionais, no *distress* psicológico e no bem-estar psicológico.

Pretendemos com este estudo não apenas que os profissionais de saúde utilizem esta intervenção, bem como que estes resultados incentivem a comunidade científica, na realização de pesquisas futuras nesta patologia e noutras patologias crónicas.

Palavras-Chave: massagem terapêutica, dor, sofrimento, saúde mental, cancro

ABSTRACT

People with oncological disease feature, in addition to the side effects of treatments, uncertainty for the future, suffering, physical pain, anxiety, depression, loss of control and autonomy (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009), This pathology has a direct impact on self-image, in interpersonal relationships, the meanings and the senses of life (Visser, Garssen & Vingerhoets, 2010).

According to Meleis (2012) the nurse must interact with people, entered in their socio cultural context, they are in a situation of transition between health/disease. The action imposed in this work study was related with the therapeutic massage, taking into account that this helps to restore physical and mental balance. The massage is performed upon with the provision of hygiene and comfort and should be encouraged the use of this complementary practice such as self-care strategy and harmonization.

We design a quasi-experimental study where the main purpose is to evaluate the effect of therapeutic massage, on chronic pain, suffering and mental health to a sample of cancer patients 31, 16 of the experimental group and 15 of the control group.

For the exploitation of the independent variable it was used a protocol of massage therapy advocated by Tiffany Field and Hernandez-Reif and to evaluate the selected dependent variables, we used the Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD), the Inventário Breve da Dor (BPI) and the Mental Health Inventory (MHI), that reveal good internal consistency.

This study turned out to show beneficial with regard to effect of massage therapy on all the variables studied in the experimental group when compared to the control group. In particularly with regard to pain, we can see significant improvement in the dimension of pain intensity ($p < 0.001$) and the interference of pain ($p < 0.001$). In the suffering we ascertained that the benefit in the psychological dimension ($p < 0.001$), physical ($p = 0.001$), existential ($p < 0.001$), relational partner ($p = 0.005$) and suffering ($p < 0.001$). With regard to mental health we have concluded that there were significant improvements ($p < 0.001$) in anxiety, depression, emotional control, losses on positive affection, emotional ties, such as in psychological distress and psychological well-being.

Our main purpose with this study It's not just that health professionals use this intervention, but also that these results encourage the scientific community, in carrying out future researches in this pathology and other chronic diseases.

Keywords: massage, pain, suffering, mental health, cancer

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – American Cancer Society

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BDI - Beck Depression Inventory

BE - Bem-estar

BEP – Bem-estar Positivo

BES – Bem-estar subjetivo

BNI - Brief Nausea Index

BPI – Inventário Breve da dor

BSI - inventário de Sintomas Psicopatológicos

CES-D - Center for Epidemiological Studies Depression

CID - Código Internacional de Doenças

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPPS - Escala Prognóstica da Dor do Cancro

DGS – Direção Geral da Saúde

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais

ECS-EP - Sistema de Classificação de Edmonton para a dor do Cancro

EF – Escala de faces

EN - Escala Numérica

EORTC QLQ-C30 - European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire

EVA – Escala Visual Analógica

FC – Frequência Cardíaca

FR - Frequência Respiratória

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

IAHPC- International Association for Hospice and Palliative Care

IARC – International Agency for Research on Cancer

IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

IESSD - Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPC - Inventário de *Locus* de Controlo

IPQ - Illness Perception Questionare

IPQ-R - Illness Perception Questionnaire – Revised

ISM - Inventário de Saúde Mental

Lista de Abreviaturas técnicas: Símbolos Estatísticos Utilizados

LPCC - Liga Portuguesa Contra o Cancro

MHI - Mental Health Inventory

MSAS - Memorial Sympton Assessment Scale

MSF_MPQ - Short-Form Mc-Grill Pain Questionnaire

n Dimensão da amostra

N Dimensão da população

NCCN - National Comprehensive Cancer Network

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONSA - Observatório Nacional de saúde

PA – Pressão Arterial

PCS - Escala de Catastrofização da Dor

PNCD - Programa Nacional do Controlo da Dor

PNLCD - Plano Nacional da Luta Contra a Dor

POMS - Brief Profile of Mood States

QOL - Quality Of Life

RAM - Região Autónoma da Madeira

RON - Registo Oncológico Nacional

RSCL - Lista de Sintomas Rotterdam

SCL-90-R - Symptom Checklist-90-R

SESARAM - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SPSS - Statistical Package for the Social Science

STAI - State-Trait Anxiety Inventory

T - Temperatura

TA - Tensão Arterial

TENS - Terapia de Electroestimulação Transcutânea

VSH - Verran e Snyder-Halpern

AGRADECIMENTOS

Expressamos o nosso agradecimento a todos os que, de diferentes modos, contribuíram para a realização deste estudo.

Aos participantes deste estudo, pela disponibilidade, generosidade e apoio, apesar da situação clínica em que se encontravam.

À Sr.^a Doutora Helena Gonçalves Jardim, minha orientadora, não só pelo acompanhado no meu trajeto acadêmico, mas pela sua forma única de comunicar, de ouvir, de apoiar e de incentivar. Agradeço-lhe por continuar a motivar-me a pensar e a lutar em prol de uma evolução em termos académicos, vendo em cada detalhe um desafio e, conseqüentemente uma oportunidade. Um Obrigado muito especial pela sua exímia orientação e por toda a sua colaboração, disponibilidade e apoio constante ao longo desta caminhada tumultuosa.

À Sr.^a Doutora Bárbara Gomes, pela coorientação, pela sua imensa generosidade, pelo seu apoio, pela formação da massagem terapêutica e pelas ideologias trocadas em virtude da melhoria da tese.

À Sr.^a Doutora Rita Silva, pela transmissão de conhecimentos, pelo interesse e atenção, mas sobretudo pelo enriquecimento que me trouxe na melhoria da tese. A sua opinião pontuou na reta final na redação desta.

Aos enfermeiros do Hospital Dr. Nélio Mendonça, que, generosamente deram o seu contributo a este estudo, apoio na recolha de dados que constituíram a amostra, pelas horas, semanas, e meses a fio dedicadas a este projeto. Sem os mesmos não o teríamos conseguido!

Ao Sr. Doutor Manuel Marques pela preciosa ajuda prestada aquando do processamento e análise estatística dos dados, bem como pelo seu esclarecimento de dúvidas.

À Inês pelos miminhos trocados, por se tornar um incentivo a que evoluamos cada vez mais a cada dia que passa e pelas surpresas nas noites de direta, referindo “mamã tenho soninho”

À minha cara-metade João Abreu pelas leituras atentas, pela paciência, pela ajuda prestada aquando da elaboração do presente estudo e pelas horas de correções de texto, mas especialmente por aguentar as minhas más-disposições, ansiedades e desorientações, pelas ausências, por simplesmente ser quem é e por me fazer sentir especial.

À Direção do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, pelo apoio proporcionado e pela confiança depositada, bem como pelo esclarecimento de dúvidas que foram surgindo ao longo da realização da tese. Ao seu Conselho Pedagógico e ao seu Conselho Científico, por terem proporcionado condições de trabalho que nos permitiram chegar onde chegámos.

E por fim mas não menos importantes a todos os que, direta ou indiretamente, motivaram e contribuíram para a realização desta investigação, os mais sinceros agradecimentos.

DEDICATÓRIA

À minha filha Inês,
que sem saber o que se passava,
expressou momentos de amor, carinho e incentivo
para que conseguisse superar os obstáculos...

Ao Gilberto,
pelo seu amor, carinho, compreensão e incentivo nos momentos de desorientação,
bem como pelo apoio incondicional em todos os momentos...

Aos meus pais que,
com o seu amor, acreditaram em
mim, apoiando-me e incentivando-me em todos os momentos...

PUBLICAÇÕES E COMUNICAÇÕES

ARTIGOS EM REVISTAS COM ARBITRAGEM CIENTIFICA

Alves, Márcia; Jardim, Helena; Gomes, Bárbara (2018). The effect of massage therapy on the cancer patient: mental health. *International Journal of Scientific Research*, 7(3), 574-581. ISSN: 2277 - 8179

Impact Factor: 4.758

Alves, Márcia; Jardim, Helena; Gomes, Bárbara (2018). The effect of massage therapy on the pain of cancer patients. *International Journal of Nursing, Midwife and Health Related Cases*, 4(2), 1-15. ISSN: 2395-6429

Impact Factor: 7.09

Alves, Márcia; Jardim, Helena; Gomes, Bárbara (2017). Effect of Massage Therapy in Cancer Patients in Palliative Situation. *Universal Journal of Public Health*, 5(4), 164-71. doi: 10.13189/ujph.2017.050405

Alves, Márcia; Jardim, Helena; Gomes, Bárbara (2016). The Effect of Massage Therapy in Cancer Patient. *International Journal of Nursing*, 3(2), 164-71. ISSN: 2151-1934

Impact Factor: 2.32

Alves, Márcia; Jardim, Helena; Gomes, Bárbara; Feitas, Otília (2015). Efeito da massagem terapêutica na saúde mental das pessoas com patologia oncológica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Esp. 2, 119-122. ISSN: 1647-2160

Fator de impacto: 0,188

APRESENTAÇÃO ORAL

Alves, Márcia; Jardim, Helena; Gomes, Bárbara; Feitas, Otília (2014). Pessoa em situação crônica e paliativa: efeito da massagem terapêutica. *IV Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa*. Coimbra.

Alves, Márcia; Jardim, Helena; Gomes, Bárbara; Feitas, Otília (2014). A saúde mental das pessoas com patologia oncológica e a massagem terapêutica. *V Congresso Internacional d'ASPESM "Consensos em Saúde Mental"*. Braga. (obtenção do 3º prémio)

POSTER

Alves, Márcia; Jardim, Helena; Gomes, Bárbara; Feitas, Otília (2014). Effect of massage therapy in cancer patients in palliative situation. *2nd IPLeiria Internacional Health Congress: Challenges & Innovation in Health*. Leiria

Alves, Márcia; Jardim, Helena; Gomes, Bárbara; Feitas, Otília (2013). Efeito da Massagem Terapêutica nos doentes oncológicos em situação paliativa. *Doente Crítico: Cuidados de Enfermagem Especializados*. Funchal. (obtenção do 1º prémio)

Alves, Márcia; Jardim, Helena; Gomes, Bárbara; Feitas, Otília (2013). Efeito da Massagem Terapêutica no doente oncológico em situação paliativa. *Congresso Insular de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros Açores-Madeira*. Ponta Delgada.

Alves, Márcia; Jardim, Helena; Gomes, Bárbara; Feitas, Otília (2013). Efeito da Massagem Terapêutica nos doentes oncológicos em situação paliativa. *Jornadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Casa de Saúde de São João de Deus "A Qualidade do Cuidar"*. Funchal.

RESUMOS EM EVENTOS COM ARBITRAGEM CIENTIFICA

Alves, Márcia; Jardim, Helena; Gomes, Bárbara; Feitas, Otília (2014). Effect of massage therapy in cancer patients in palliative situation. In: *2nd Ipleiria Internacional Health Congress: Challenges & Innovation In Health, 2014*. Leiria. *Revista Saúde Pública*, 48, 189-189.

Alves, Márcia; Jardim, Helena; Gomes, Bárbara; Feitas, Otília (2014). Pessoa em situação crónica e paliativa: efeito da massagem terapêutica. In: *IV Congresso De Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa*. Referência, 2, 543-543.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	- 1 -
------------------	-------

I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - ESTADO DA ARTE DA DOENÇA ONCOLÓGICA	- 7 -
1.1 - IMPLICAÇÕES DA DOENÇA NA VIDA SOCIO RELACIONAL DO DOENTE ONCOLÓGICO	- 9 -
1.2 - IMPLICAÇÕES FUNCIONAIS DA DOENÇA NO DOENTE ONCOLÓGICO.....	- 12 -
1.3 - IMPLICAÇÕES INDIVIDUAIS DA DOENÇA NO DOENTE ONCOLÓGICO	- 15 -
1.4 - IMPLICAÇÕES EMOCIONAIS DA DOENÇA NO DOENTE ONCOLÓGICO	- 22 -
1.5 - IMPLICAÇÕES SAÚDE MENTAL DA DOENÇA NO DOENTE ONCOLÓGICO	- 36 -
2 - ESTADO DA ARTE EFEITOS DA MASSAGEM TERAPÊUTICA NO DOENTE ONCOLÓGICO	- 52 -
2.1 - MASSAGEM TERAPÊUTICA.....	- 57 -
2.2 - MASSAGEM TERAPÊUTICA INTEGRADA NA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	- 64 -
3 - SOFRIMENTO VERSUS DOR	- 68 -

II PARTE - INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

1 - FUNDAMENTAÇÃO E OBJECTIVOS	- 85 -
1.1 - APRESENTAÇÃO.....	- 85 -
1.2 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	- 86 -
2 - MATERIAL E MÉTODOS	- 87 -
2.1 - TIPO DE ESTUDO	- 87 -
2.2 - AMOSTRAGEM	- 87 -
2.2.1 - Critérios de inclusão	- 87 -
2.2.2 - Critérios de exclusão	- 88 -
2.2.3 - Considerações ético-legais	- 88 -
2.2.4 - Caracterização da amostra	- 89 -
2.3 - VARIÁVEIS DO ESTUDO	- 93 -
2.3.1 - Operacionalização das variáveis.....	- 95 -
2.3.1.1 - Variável independente – massagem terapêutica	- 95 -
2.3.1.2 - Variável dependente - Dor.....	- 97 -
2.3.1.3 - Variável dependente - Sofrimento	- 99 -
2.3.1.4 - Variável dependente – Saúde mental.....	- 101 -

2.3.2 - Fidelidade dos instrumentos de colheita de dados	- 104 -
2.4 - PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS	- 106 -
2.5 - TRATAMENTO DOS DADOS	- 107 -
3 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	- 109 -
3.1 - EFEITO DA MASSAGEM TERAPÊUTICA NA DOR	- 110 -
3.2 - EFEITO DA MASSAGEM TERAPÊUTICA NO SOFRIMENTO	- 114 -
3.3 - EFEITO DA MASSAGEM TERAPÊUTICA NA SAÚDE MENTAL.....	- 129 -
CONCLUSÃO	- 169 -
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	- 169 -

ANEXOS

ANEXO I - Escala Mini Mental State Examination

ANEXO II - Autorização escrita da comissão de ética do Hospital Dr. Nélio Mendonça

ANEXO III - Autorização do Núcleo Regional da Madeira da Liga Portuguesa Contra o Cancro

ANEXO IV - Autorização dos autores das escalas

ANEXO V - Recomendações da autora Tiffany Field no protocolo da massagem terapêutica em estudo

APÊNDICES

APÊNDICE I - Seleção dos doentes participantes

APÊNDICE II – Consentimento informado aos participantes voluntários

APÊNDICE III – Informação do estudo aos doentes selecionados

APÊNDICE IV – Consentimento informado aos doentes selecionados

APÊNDICE V – Questionário com os instrumentos de colheita de dados

APÊNDICE VI – Quadro para o registo dos sinais vitais e de outras observações

APÊNDICE VII - Lista de verificação das manobras executadas pelos enfermeiros durante o protocolo da massagem terapêutica

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1a - Características dos grupos em estudo	- 90 -
Quadro 1b - Características dos grupos em estudo	- 91 -
Quadro 2 - Características inerentes à doença	- 92 -
Quadro 3 – Descrição e cotação dos itens e dimensões do BPI	- 98 -
Quadro 4a – Descrição e cotação dos itens e dimensões do IESSD	- 99 -
Quadro 4b – Descrição e cotação dos itens e dimensões do IESSD (cont.)	- 100 -
Quadro 4c – Descrição e cotação dos itens e dimensões do IESSD (cont.)	- 101 -
Quadro 5a – Descrição e cotação dos itens e dimensões do ISM	- 102 -
Quadro 5b – Descrição e cotação dos itens e dimensões do ISM (cont.)	- 103 -
Quadro 6a - Consistência interna das escalas	- 104 -
Quadro 6b - Consistência interna das escalas (cont.)	- 105 -
Quadro 7a - Zona referida como a que mais dói, nos momentos da avaliação inicial e final	- 110 -
Quadro 7b - Zona referida como a que mais dói, nos momentos da avaliação inicial e final	- 111 -
Quadro 8a - Comparação da dor entre grupos e entre momentos de avaliação	- 114 -
Quadro 8b - Comparação da dor entre grupos e entre momentos de avaliação (cont.)	- 115 -
Quadro 9a- Comparação do sofrimento entre grupos e entre momentos de avaliação	- 128 -
Quadro 9b- Comparação do sofrimento entre grupos e entre momentos de avaliação (cont.)	- 129 -
Quadro 10a - Comparação da saúde mental entre grupos e entre momentos de avaliação	- 147 -
Quadro 10b - Comparação da saúde mental entre grupos e entre momentos de avaliação	- 148 -
Quadro 10c - Comparação da saúde mental entre grupos e entre momentos de avaliação	- 149 -

INTRODUÇÃO

Em Portugal, o cancro é a segunda causa de morte (24.5%), a seguir às doenças cardiovasculares (29.8%), contudo os tumores malignos matam mais cedo e em pessoas mais jovens, com idade inferior aos 70 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2017).

Após o conhecimento do diagnóstico, 10% adquirem perturbações mentais como *stress*, ansiedade, depressão, exaustão, raiva, protesto, desconforto físico e a culpabilização que, de acordo com Pereira e Lopes (2002), podem ser identificadas e cuidadas. Durante a realização dos tratamentos ocorrem alterações não só no estilo de vida, bem como modificações físicas, psicológicas e sociais (Raminhos, 2005). A forma como as pessoas encaram a doença depende, segundo Fernandes (2009), das experiências passadas e da sua personalidade sendo o apoio da família fundamental para facilitar a aceitação da doença e, conseqüentemente, a adesão aos tratamentos.

Parafraseando Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), o significado atribuído a esta patologia é subjetiva, pois depende da personalidade de cada pessoa podendo ser influenciada pelo momento da vida em que soube do diagnóstico, das características sociodemográficas, das experiências passadas e pelos preconceitos socioculturais.

Este tipo de doença tem um grande potencial evolutivo, devendo-se falar em remissão e não em cura (Queiroz, 2010; Ramos, 2013). Cada pessoa com este diagnóstico tem de integrar a nova identidade com preocupação e sentimentos de angústia, de inquietude e de denegação da doença até ao fim-de-vida ou de vulnerabilidade (Queiroz, 2010).

Os autores Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira e Reis (2009) mencionam que as pessoas com doença oncológica apresentam, para além dos efeitos secundários dos tratamentos, incertezas face ao futuro, sofrimento, dor física e perda de controlo e de autonomia. Contudo, outros autores como Visser, Garssen e Vingerhoets (2010) complementam referindo o impacto gerado pela doença na autoimagem, no relacionamento interpessoal e nas significações e sentidos da vida, ameaçando a integridade da pessoa e afetando-a na sua vulnerabilidade e existência (Pinto & Pais-Ribeiro, 2010).

Assim, é relevante que os cuidados de enfermagem assentem e/ou sejam direcionados a estes focos de atenção. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012) os cuidados de enfermagem requerem sensibilidade para lidar com estas diferenças, promovendo elevados níveis de satisfação dos clientes.

Ao longo da vida, a pessoa experimenta mudanças no estado de saúde que originam transições, neste caso a pessoa vive uma transição de saúde-doença, o que a expõe a riscos acrescidos (Meleis, 2013). Segundo Meleis (2012), o enfermeiro interage (interação) com a pessoa, no seu contexto sociocultural (ambiente), numa situação de saúde/doença (cliente de enfermagem) e antecipando ou vivenciando um processo de transição. Segundo a mesma, as interações enfermeiro-doente são organizadas em torno de um propósito (processo de enfermagem) e o enfermeiro utiliza algumas ações terapêuticas (terapias de enfermagem, que no presente estudo é a massagem terapêutica) para melhorar, trazer ou facilitar a saúde.

A massagem terapêutica pode ser considerada uma das mais antigas práticas terapêuticas na enfermagem, e esta ajuda a restabelecer o equilíbrio físico e psíquico. Esta técnica proporciona relaxamento, oxigenação, nutrição das células, desintoxicação do organismo e estimula a circulação sanguínea e linfática. A aplicação da massagem terapêutica é realizada aquando a prestação de cuidados de higiene e conforto e deve ser incentivado o uso destas práticas como estratégia de autocuidado e harmonização.

Parafrazeando Cassileth e Vickers (2004) a massagem terapêutica melhora os sentimentos de bem-estar geral, de autoestima e é utilizada para promover a comunicação e as relações. Almeida e Duarte (2000) referem que esta intervenção pode ser preventiva, curativa, de reabilitação, de relaxamento, de conforto e de alívio da tensão muscular local. Lewis, Vedia, Reuer, Schwan e Tourin (2003) acrescentam que a massagem terapêutica pode aliviar a dor, melhorar a circulação, os padrões de sono e aumenta o relaxamento, sendo um cuidado de enfermagem eficaz para minimizar a ansiedade e a percepção da dor. Runnig, Shreffler-Grant e Andrews (2008) reforçam que os doentes que utilizam estas intervenções apresentam níveis de ansiedade e de dor mais baixos, tendo mais controle sobre as decisões de tratamento.

De acordo com uma análise da prestação de cuidados de enfermagem, Santos (2008) refere que os enfermeiros para aliviar a dor, utilizam quer medidas farmacológicas, quer não farmacológicas, das quais destacaram a massagem terapêutica e os posicionamentos antiálgicos.

A massagem terapêutica deve ser considerada como uma parte fundamental na prestação de cuidados dos profissionais de saúde (Domenico & Wood, 1998), pois como refere Downey et al. (2009), a massagem terapêutica tem benefícios sobre o alívio do sistema nervoso, permite a recuperação física e psíquica em simultâneo, ajuda a tomar consciência das tensões e a melhorar a comunicação.

A meta principal de enfermagem é melhorar a prestação dos seus cuidados, minimizando a dor, o sofrimento e a saúde mental, sendo muito importante a aquisição de conhecimentos para que os cuidados prestados aos doentes sejam de qualidade.

Tendo por base estes pressupostos, este estudo incidirá em avaliar “O Efeito da massagem terapêutica no doente oncológico” e reflete um trabalho de campo inserido no programa de Doutoramento de Ciências de Enfermagem ministrado no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

A questão de investigação que orienta este estudo é - Qual o efeito da massagem terapêutica na dor crónica, no sofrimento e na saúde mental no doente oncológico?

É através da resposta a esta questão que se atinge o objetivo primordial:

- Avaliar os efeitos da massagem terapêutica no doente oncológico. Tendo como objetivos específicos:
 - Avaliar o efeito da intervenção massagem terapêutica na dor crónica no doente oncológico;
 - Avaliar o efeito da intervenção massagem terapêutica no sofrimento no doente oncológico;
 - Avaliar o efeito da intervenção massagem terapêutica na saúde mental no doente oncológico.

Num primeiro momento da investigação procedeu-se à recolha e análise bibliográfica/documental, contextualizando o estado da arte da doença oncológica e suas implicações biopsicossociais. Posteriormente relatar-se-á o estado da arte dos efeitos da massagem terapêutica, finalizando com a fundamentação do sofrimento *versus* dor. Numa segunda parte, inclui-se a investigação empírica propriamente dita, onde se abordará a metodologia e discutir-se-ão os resultados obtidos e sua conclusão.

I PARTE
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - ESTADO DA ARTE DA DOENÇA ONCOLÓGICA

O foco no assunto alusivo à doença oncológica tem a sua predominância historiográfica no contexto internacional. Em Portugal só recentemente começaram a emergir estudos orientados para esta temática. Historicamente a doença oncológica veio tomar o lugar da tuberculose em meados do século XX, assumindo assim, de forma relevante e dominante, o lugar de uma das principais doenças do mundo ocidental.

O dilema vida/morte, a incerteza, a evolução do cancro, a preocupação do reaparecimento de novos tumores, as transformações corporais, por vezes a nível funcional, os tratamentos invasivos (que podem ser prolongados) tais como cirurgia, quimioterapia ou radioterapia, limita, assim, a sua capacidade de atividade laboral, acarretando em si, um elevar de inquietações de índole económico/profissional, o incremento das limitações da sua interatividade social dificultando a adaptação psicossocial (Patrão, 2007).

Esta patologia era, por sua vez, vista como uma doença condenatória, desencorajadora e diferenciadora, resultando na destruição ou comprometimento dos direitos fundamentais do ser humano. Se aludirmos à patologia associada e ao significado emblemático adjacente, esta, por sua vez, expressa-se muito mais além do que a colocação em causa da vida de uma pessoa e é transcendente a toda a sua envolvente, seja em termos familiares e/ou sociais.

A elevada complexidade e os múltiplos fatores adjacentes à patologia oncológica gera uma vulnerabilidade que pode afetar qualquer pessoa em qualquer idade, sendo que os comportamentos estão relacionados com a personalidade do sujeito e muitos são os estudos desenvolvidos que tentam compreender a relação entre o cancro e a personalidade. Segundo a American Cancer Society (ACS, 2011) a evolução associada a esta patologia encontra-se concomitantemente dependente de um conjunto de fatores inerentes às particularidades individuais do ser e à sua envolvente, abarcando itens como: o género, a idade, a etnia, a herança genética, o estilo de vida, o País onde vive, a profissão, entre outros. Todavia, as pessoas que têm um ou mais fatores de risco não terão obrigatoriamente de desenvolver esta doença, na certeza, porém, de que uma pessoa que não tenha qualquer fator de risco pode, do mesmo modo, vir a desenvolver cancro.

Em Portugal, e segundo a Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015), o cancro é a segunda causa de morte (23.5%), sendo a primeira as doenças cardiovasculares (31.8%). O INE veio, em 2017, corroborar estas informações, mencionando que em 2015 houve uma taxa de morte de doentes oncológicos de 24.5% e para as doenças cardiovasculares de 29.8%. Também relatou um aumento de 1.6% relativamente ao ano 2014. As estatísticas referentes ao ano 2015 relatam que a Região Autónoma da Madeira (RAM) apresentou uma

taxa de mortalidade para esta patologia de 2.0% e com uma idade média de 71 anos. A nível Nacional a idade média do óbito foi de 72.8 anos, sendo 72.0 para o sexo masculino e 74.0 para o sexo feminino. A taxa de mortalidade, devido ao cancro, atingiu 27,5% dos homens e 19,3% das mulheres em 2010 (Direção Geral da Saúde (DGS), 2013; INE, 2015) e 29,8% e 20.2% respetivamente em 2015 (INE, 2017). O cancro mais mortal no sexo masculino, em 2013, foi o do pulmão e no sexo feminino foi na mama (INE, 2015).

As localizações de tumor maligno que apresentam taxas de mortalidade mais elevadas são os tumores malignos da laringe, da traqueia, dos brônquios e do pulmão (4 326 óbitos), do cólon (2 621), do estômago (2 340) e do tecido linfático/hematopoético (2 303) (INE, 2017).

Em 2010 a incidência de cancro, em Portugal, era superior a 40 mil novos casos e a previsão para 2030 será superior a 50 mil (DGS, 2013).

O International Agency for Research on Cancer (IARC, 2011), tendo como referencia a pirâmide e o envelhecimento populacional, pondera um aumento de 12,6% de novos casos de cancro em Portugal. De 2009 a 2010, verificou-se, em Portugal, um aumento de 4,5% no número de casos registados, com uma taxa de incidência de 441,9/100000, sendo 507,7/100000 nos homens (25658 casos) e de 381,7/100000 nas mulheres (21066 casos) (Registo Oncológico Nacional, 2010; DGS, 2016).

De acordo a DGS (2016), a taxa de incidência mais elevada de tumores malignos em Portugal em 2010 foi a do cancro da próstata (120.3), seguindo-se o cancro da mama (62.5), do cólon (47.6), da traqueia, dos brônquios e pulmão (35.8), do estomago (27.8), do reto (22.7), do útero (17.8), da bexiga (17.3), do linfoma não hodgkin (17.1) e da tiroide (15.3). Estas localizações são similares às taxas de incidência de cancro na RAM, que segundo o Registo Oncológico Regional (2015) a maior taxa é referente ao cancro da próstata (72.15), depois da mama (44.77), posteriormente o do pulmão (29.52), do colon (22.03), da cavidade oral e faringe (17.14), do reto (16.24), do estomago (14.69), da bexiga (8.14) e da localização primária desconhecida (7.58). Segundo o Registo Oncológico Nacional (RON, 2010), a incidência de cancro mais comum no sexo masculino foi o da próstata (23.7%), pulmão/brônquios (11.4%) e o do cólon /11.3%), e no que concerne ao sexo feminino foram o da mama (31.1%), do cólon (10.2%) e da tiroide (6.2%).

A estrutura da pirâmide populacional em Portugal, referenciada pela DGS (2016), refere que as médias de idades mais elevadas tanto dos homens como das mulheres, com doença oncológica em 2015, foram entre os 40 a 44 anos de idade. Entre os anos 2009-2014, constatamos que as faixas etárias com maior frequência foram nomeadamente dos [51-60] anos de idade (631 caso), depois a dos [61-70] (598), dos [41-50] (562), dos [71-80] (441), dos [81-90] (193), dos [31-40] (189) superior aos 90 anos (18) e dos [25-30] (23). Contudo,

estimam que em 2030 a faixa etária predominante, também em ambos os sexos, será entre os 55 e 59 anos. Na RAM, a faixa etária com maior frequência de cancro nos anos 1998-2008 foi a dos [51-60] anos de idade (301 casos), posteriormente dos [61-70] (289), dos [41-50] (243), dos [71-80] (208), dos [81-90] (80), dos [31-40] (86), superior a 90 anos (18) e dos [25-30] (8).

Todo o doente oncológico passa pelo processo de adaptação à doença, processo esse que envolve questões clínicas e psicossociais, tais como, o estado físico geral, o prognóstico e a representação da doença, os antecedentes, a relação com os prestadores de cuidado, o estado emocional, a capacidade de lidar eficazmente com o *stress* (estratégias de *coping*), a personalidade, a espiritualidade, o suporte social percebido (isolamento versus bom suporte), os acontecimentos de vida negativos, a dor, a agressividade, as reações e a resposta aos tratamentos. São estes os fatores impulsionadores de um estado de melhoria ou não do ajustamento psicossocial à doença e seus tratamentos (adesão e resultados), refletindo-se nos sintomas e sobrevivência do doente (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2016)

1.1 - IMPLICAÇÕES DA DOENÇA NA VIDA SOCIO RELACIONAL DO DOENTE ONCOLÓGICO

A doença oncológica engloba uma elevada carga emocional com representação social e familiar. O impacto da doença e dos sintomas provoca ao doente mal-estar físico, confronta-o com a sua fragilidade, com ameaças de perda a nível físico, afetivo-relacional e socioprofissional, sendo por vezes necessário uma reorganização de papéis e funções, gerando insegurança, medo, ansiedade e *stress*.

O impacto socio relacional, na opinião de Béfécadu (1993), abrange as relações interpessoais na vertente sociocultural e no ser-com-outros, pois como menciona Carqueja (2009), a pessoa é um ser único e original pela sua personalidade, cultura, modo de vida social, crenças e só se realiza, como pessoa, na sua relação com os outros, pois “*ninguém é sozinho*” (p.10). Este autor e Dinis (2008) referem que o ser humano é um ser-de-relação, sendo através desta que a pessoa adota a sua identidade.

A pessoa assume papéis sociais, definindo uma posição social e constituindo uma identidade pessoal. Desta forma, o sofrimento está associado à perda de papéis, estatutos e objetivos sociais, impedindo o desempenho na sociedade (Béfécadu, 1993), no reconhecimento, na complementaridade, na confiança, na amizade, no amor, entre outros (Gameiro, 1999).

As relações interpessoais são constitutivas e não adjudicadas pela sociedade, como algo que se autodefine e autojustifica. Neste sentido, o modelo relacional aplica-se no contexto familiar, social e na vida no global (Dinis, 2008).

O sofrimento socio relacional gera rivalidade, inveja e rejeição (Teixeira, 1993), provocando o afastamento, a perda de alguém e/ou de um cargo e/ou de algo que lhe pertencia (Béfécadu, 1993).

Existem diversos estudos da literatura sobre a experiência de viver com a doença, incluindo o impacto sobre a identidade social. Estes estudos basearam-se no facto de que as doenças como o cancro interrompem histórias de vida. A doença constitui por isso, uma ameaça à manutenção do Eu coerente (George, 2009; Riessman, 2008).

Existe uma deterioração progressiva do corpo do doente oncológico e este apercebe-se que algo não está correto no seu funcionamento (Pessini & Bertachini, 2004). O doente sente falta de vigor e de desconforto extremos que impedem a sua relação com o exterior (McIntyre, 2004).

Desta feita, o doente oncológico recebe a deterioração física, a perda de capacidade funcional indispensável para a realização das suas funções pessoais, familiares e laborais, o que pode implicar uma perturbação na dignidade pessoal (Sales, 2003). Nestes doentes, durante a realização de tratamentos, surge sintomas e efeitos secundários como as náuseas, vômitos e diarreia, alopecia, fadiga, entre outros, sendo estes sintomas limitativos nas atividades de vida diárias (Mota e Pimenta, 2002; Byar, 2006).

Neste tipo de doença existem perdas de objetivos fundamentais, papéis e estatutos, separação de pessoas significativas, perda da identidade pessoal, de reconhecimento, de alegria e de tranquilidade (Gameiro, 1999; Carqueja, 2009), provocando sentimentos de solidão, muitas vezes com um desligar de si próprio, e de isolamento (Gameiro, 1999; Pessini et al., 2004; Carqueja, 2009), ou seja, para além da componente pessoal, social e familiar, no processo de doença também emerge apreensões laborais, financeiras e religiosas (Dias & Durá, 2014).

Estas perdas se forem sentidas como definitivas podem desencadear um processo de luto com sentimentos de raiva e de desespero (Béfécadu, 1993; Gameiro, 1999). O doente por vezes está em negação e quando esta fase persiste por muito tempo pode provocar sentimentos de ira, fúria e ressentimento, exteriorizando toda essa raiva para a família, visitas e para os profissionais de saúde (Kübler-Ross, 2008). Estes comportamentos afetam não só o cuidador informal, mas toda a dinâmica familiar (Dias & Durá, 2014).

Como podemos constatar para além da vertente social (perdas económicas, laborais, problemas familiares, isolamento social, comunitário e problemas com os profissionais de saúde), estes sentimentos acarretam problemas no meio familiar devido à culpabilização pela sua dependência, problemas sexuais, preocupações com o futuro e com a comunicação no seio familiar (Barbosa & Neto, 2006).

Esta dimensão familiar pode ser concetualizada como *distress* empático devido por um lado ao afastamento relacional pela falta de afeto e de reconhecimento do seu sofrimento (Gameiro, 1999) e/ou, por outro lado, devido ao aumento do seu sofrimento em prol da sua perceção, evidenciando aos seus familiares, preocupações com o futuro e com a sexualidade, pela observação da disfunção na comunicação, na auto culpabilização pela dependência e de ser uma sobrecarga para eles. Esta situação é comum nos doentes oncológicos e está interligado ao conceito da perda da sua dignidade no que concerne à sua honra, respeito e estima (Gameiro, 1999; Chochinov, 2006; Barbosa, 2010).

Atualmente os doentes são isolados num ambiente hospitalar, com restrição de horário de visitas, rodeados de tecnologia sofisticada e, por vezes, no fim-de-vida sem a possibilidade de morrer em casa ou junto dos seus familiares, provocando assim, antes da morte biológica, a morte social (Floriani & Schramm, 2008; Kübler-Ross, 2008).

Deste modo, a família é um suporte social eficaz que contribui para o bem-estar psicossocial do doente e promove a consciência, a esperança e o significado da vida perante a sua situação clínica (Chochinov, 2006).

A família ou os cuidadores informais têm funções cruciais no que concerne à complementaridade nas estratégias adaptativas e na trajetória da doença. O conjugue ainda tem o papel da gestão das funções e papéis, na mediação dos filhos e na comunicação com os profissionais de saúde. Para a execução destas funções são necessárias estratégias de *coping* nomeadamente incidindo na negação e ilusão em que a crença religiosa dá suporte espiritual e emocional. Logo, a perceção da realidade em que as famílias agem em função das circunstâncias, reconhece a doença como mortal e através da rede de suporte social expõem as suas necessidades, sentimentos e procuram informação, havendo assim maior satisfação pessoal e alívio da angústia, promovendo-se a esperança (Dias & Durá, 2014).

Assim, a família tem um papel fundamental e com responsabilidade acrescida no contexto sociocultural, sendo caracterizado como uma teia de interações, em que é nesta que o doente procura apoio para ultrapassar todas as situações de crise. Como fundamento destas interações são as relações entre o doente e os amigos, colegas de trabalho e profissionais de saúde (Pereira & Lopes, 2002). Contudo, existe o isolamento social, já

anteriormente mencionado, que acaba por desencadear mudança de estilos de vida, medo e vergonha das reações das outras pessoas.

Relativamente às implicações socioculturais, estas reportam-se às relações e interações com a família (culpa pela dependência, problemas sexuais, preocupações com o futuro e com a comunicação entre doente e família) e com uma vertente social (perdas económicas, laborais e familiares, dando-se o isolamento social e comunitário). O cancro pode alterar a identidade familiar, papéis socioprofissionais e familiares, bem como o seu funcionamento diário, podendo levar à dependência do cuidador informal.

1.2 - IMPLICAÇÕES FUNCIONAIS DA DOENÇA NO DOENTE ONCOLÓGICO

Uma das implicações mais preocupantes para o doente oncológico refere-se ao medo da dor, da morte, de sintomas e da ansiedade, da angústia face ao futuro, da manutenção da autonomia funcional, de acuidade cognitiva e das tomadas de decisão.

Existem seis indicadores de saúde e que são uma atitude positiva do próprio (aceitação dos pontos fortes e das limitações, forte sentido de identidade pessoal e segurança ambiental), crescimento, desenvolvimento e capacidade de realização pessoal (alcance ou não com sucesso das tarefas, motivacional), integração (manter o equilíbrio entre os diferentes processos vitais, controlo do *stress*), autonomia (capacidade individual de ser independente e autodirigido), perceção da realidade (realista, sem distorções e respeito e preocupação pelos desejos e necessidades dos outros) e domínio do ambiente (alcance de uma função satisfatório num grupo, sociedade ou ambiente) (Towsend, 2002).

Esta identificação coincide com o que proclamava Maslow na pirâmide da hierarquia das necessidades, em que a pessoa está numa busca contínua da sua realização pessoal, mas para tal as necessidades têm de ser alcançadas desde os níveis mais baixos para os mais altos. Referia que primeiro teremos de alcançar com sucesso as necessidades fisiológicas (eliminação, alimentação, sono e repouso, entre outras), depois a segurança e certeza (evitar danos, manter conforto, ordem, estrutura, segurança física, ausência de medo e proteção), amar e pertencer (dar e receber afeição, companhia, relações interpessoais satisfatórias), auto estima e estima dos outros (busca respeito próprio e dos outros, reconhecimento profissional) e culmina na realização pessoal (mais alto potencial) (Towsend, 2002).

No entanto, um problema de saúde, como é o cancro, pode desencadear distúrbios de humor, como a depressão, a ansiedade e a desordem bipolar, distúrbios psicóticos, alimentares e transtornos de personalidade. Também interfere com a capacidade cognitiva,

emocional ou social de uma pessoa, ou com as suas habilidades (Keyes, Dhingra e Simões, 2010).

Outra implicação funcional do doente é relatada pela interferência da dor, esta é utilizada como o ato de interpor de uma determinada maneira, o que dificulta ou impede a continuação da dor (Merriam-Webster, 2017). Termos com igual significado, são utilizados como impacto da dor, limitações e interrupções no sono ou no funcionamento diário da dor (van Herk et al., 2009), ou barreiras relacionadas com a gestão da dor no doente (Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin, 2000).

A interferência da dor inclui aspetos que a influenciam como a angústia e o desagrado. Alguns autores envolvem a interferência da dor com a excitação emocional, susto, desconforto e sofrimento (McGuire, 2006).

Esta interferência é comumente observada em artigos de pesquisa para a descrição de medidas de resultado, não surgindo como um conceito bem desenvolvido na prática de enfermagem (Canobbio, 2006; McGuire, 2006).

Conjuntos de ferramentas não validadas têm sido utilizados como medidas de dor, que incluem elementos relacionados com a interferência da dor, tais como a qualidade de vida, capacidade de mudança e satisfação (Mason, Skevington & Osborn, 2010); dor e depressão (Turk & Wilson, 2010); qualidade de vida e saúde (Schim & Stang, 2004); incapacidade funcional (Dunn, 2004) e angústia (Lenz, Pugh, Milligan, Gift & Suppe, 1997).

A interferência da dor foi medida pela incapacidade de efetuar as tarefas de rotina, como dormir, participar no relacionamento com os outros e apreciar a vida e em relação com as questões sociais (Leegard, Rustøen, & Fagermoen, 2010).

Foi Cicely Saunders a primeira pessoa que falou de dor total, para descrever todos os aspetos que rodeiam o doente com dor, sobretudo os que apresentavam doença oncológica. Reconheceu que os doentes com doença crônica não lidavam apenas com a dor física, mas também com questões emocionais, sociais e espirituais que causavam grande medo e angústia. A autora chamou a este sofrimento multifacetado, a dor total. Refere que a dor física está 65% relacionada com a doença, 5% com o tratamento, 5% com outros problemas (náuseas, vômitos, insónias, anorexia, diarreia, flebites) e com a debilidade geral. A dor emocional relaciona-se com o isolamento, solidão, medo/ temor, ansiedade e depressão. No que concerne à dor social relata a crise nos laços familiares, tensão ou rutura, problemas financeiros e profissionais. Na dor espiritual fala em sentimentos de vazio, culpabilização, arrependimento, incapacidade de comunicar e receber ajuda. Relata que a busca por significado, reconciliação e conexão era individual e que toda a experiência de vida se refletia na forma de morrer (Richmond, 2005).

A autora Sapeta (2007) refere que a dor resulta de uma interação complexa e dinâmica de sensações, cognições, condutas e emoções e que são diversos os fatores que modulam a intensidade da percepção dolorosa. Ocorre o aumento do limiar de dor ao potenciar condutas de repouso, simpatia, compreensão, solidariedade, redução da ansiedade e atividades de distração. Em contrapartida, ocorre a diminuição do limiar durante a existência de insónias, cansaço, ansiedade, medo, tristeza, raiva, depressão, isolamento, introversão e abandono social.

A maior parte das definições sobre interferência da dor, atribuídas nos estudos de investigação, incluem as atividades diárias, com a inclusão de fatores físicos, psicológicos e sociais (Varni et al., 2010).

Segundo Lenz et al. (1997), utilizaram os termos intensidade, qualidade, duração e sofrimento para a descrição de sintomas que interferem na dor. De acordo com os mesmos autores, é a angústia que mais se relaciona com a interferência da dor, ou seja, os doentes apresentam um baixo nível de percepção e angústia, e níveis altos de dor, medida pela incapacidade de dormir, de socialização ou de outros efeitos.

No caso do cancro da mama, é bem conhecido que o período de tempo em torno do diagnóstico é particularmente *stressante*, embora as mulheres apresentem sequelas psicológicas e físicas durante todo o tratamento. É comum que as mulheres com cancro de mama tenham fortes sintomas de depressão durante o tratamento à medida que se ajustam ao diagnóstico, à perda de tecido mamário e aos efeitos terapêuticos adjuvantes. Além de que no decorrer do tratamento é geralmente caracterizado através de dor considerável, em que 25 a 60% das mulheres desenvolvem dor significativa após a cirurgia e tratamentos (Fecho et al., 2009). A solidão no momento do diagnóstico e após a conclusão dos tratamentos prevê igualmente sintomas depressivos (Kehlet, Jensen & Woolf, 2006; DeSantis, Bryan & Jemal, 2014).

A pesquisa científica observou igualmente, fatores relacionados com as diferenças individuais nos sintomas de sobrevivência ao cancro da mama. A fadiga relacionada com o cancro é um dos sintomas mais relatados por mulheres com o supracitado diagnóstico (Curt et al., 2000; Vargas et al., 2010), embora este sintoma possa estar relacionado com qualquer fase do tratamento.

Numa grande amostra de sobreviventes de cancro da mama que foram analisadas, após-tratamento, mais de 30% das mulheres tiveram uma fadiga crónica significativa (Bower et al., 2000).

Num outro estudo de sobreviventes do cancro da mama, verificou-se que 37% tiveram fadiga relacionada com o pós-tratamento do cancro (Cella, Davis, Breitbart, Curt & Coalition, 2001). Assim, poder-se-á concluir que a depressão, a dor e a fadiga são sintomas associados a doenças crónicas como o cancro da mama (Jaremka et al., 2013).

A dor é comum e angústia em doentes com metástases ósseas. Neste caso, a dor descontrolada pode interferir com o funcionamento. A avaliação da dor é válida em ferramentas clínicas que avaliem adequadamente a intensidade da dor e eficácia das intervenções terapêuticas para o tratamento da dor. Estas ferramentas comumente utilizadas, como o Inventário Breve da Dor (BPI) utilizam frequentemente uma escala numérica de 0 a 10 ou uma escala analógica visual através de uma linha com 10 cm.

No entanto, por simplicidade, os doentes podem utilizar categorias leves, moderadas e graves para se comunicarem com os profissionais de saúde (Williamson & Hoggart, 2005). As diretrizes atuais da prática clínica como a escala de analgesia da dor da DGS (2008) baseiam-se na categorização da dor como leve, moderada e grave.

Tendo em conta o supracitado e para resolver o problema de saúde pública de dor de cancro mal controlada em todo o mundo, a DGS (2008) salienta que devemos acreditar nas queixas dos doentes, avaliar as características da dor, monitorizar periodicamente a dor, adotar estratégias terapêuticas mistas (farmacológicas e não-farmacológicas) e registar todas as ocorrências relativas à avaliação, medidas implementadas, reações, dúvidas dos doentes e dos familiares e resultados.

Assim sendo, é de extrema relevância controlar e monitorizar os sintomas, promovendo conforto, autonomia e funcionalidade ao doente dentro das suas capacidades, realizando ações focadas no interesse da pessoa, ajudando a manter o seu orgulho e dignidade, promovendo significações e sentido à vida.

1.3 - IMPLICAÇÕES INDIVIDUAIS DA DOENÇA NO DOENTE ONCOLÓGICO

Durante o processo da doença oncológica, constatamos alterações na identidade pessoal (dependência de terceiros, incapaz de realizar tarefas), no controlo emocional (explosões emocionais, agressividades), nas limitações existenciais (dificuldade de encontrar um sentido para a vida) e nos projetos futuros (incapacidade de realizar projetos importantes).

Meleis (2013) conceptualiza que a experiência de sofrimento é díspar na sua intensidade, profundidade e duração, tendo uma expressão fenomenológica intrínseca à pessoa, observando-se algumas respostas como confusão, não-aceitação, culpa de si e dos outros, angústia e auto compaixão. A autora afirma que “sofrer é sentir-se submerso num oceano negro de dor” (p. 357).

Este tipo de sofrimento está associado às crenças religiosas, em que o doente sofre devido a uma punição ou castigo divino (Béfécadu, 1993), mas também está relacionado com o passado, presente e futuro, ou seja, a existência de sofrimento está interligada com a discrepância entre o presente e o idealizado (Gameiro, 1999). A perda de sentido com desvio dos princípios morais gera sentimentos de vergonha, remorso, culpa, desapontamento, desgraça, futilidade, desesperança e de perda de integridade pessoal (Cherny, Coyle & Foley, 1994). Pode provocar sensação de regressão ao passado (sentimentos de culpa, vergonha e remorso), avaliação negativa do presente (sentimentos de desarmonia com o próprio, desapontamento, desgraça), desmotivação para investir no futuro (sentimentos de futilidade, falta de sentido para a vida, desesperança, alienação da transcendência) (Gameiro, 1999; Barbosa, 2010). Em contrapartida, Neto, Aitken e Paldrón (2004) referem que o que destrói o homem não é o sofrimento, mas o sofrimento sem sentido.

Os doentes apresentam respostas vivenciais à situação de doença, designando-as por desespero existencial. Este agrupa-se em 16 reações vivenciais, que por um lado encaram ou evitam a incerteza, o medo, o terror e a insegurança como ameaça e, por outro lado, ocorre a desmoralização e a resignação perante a perda (Barbosa & Neto, 2006).

O medo, o terror, a incerteza e a insegurança apresentam duas polaridades:

- A descrença (recusa, fuga), caracterizada pelas vivências de despreocupação (minimização), de denegação (evitamento), de descrença (negação);
- O desagrado (acusa), com as vivências de desassossego (desinquietação, preocupação, ansiedade), de desapontamento (frustração e irritabilidade), de descontrolo (desorganização, tensão e agitação) e de desconfiança (desengano, amargura, raiva e vitimização).

Por outro lado, a desmoralização também apresenta duas polaridades:

- O desânimo (retrai-se, desgosta-se) caracterizado pelas vivências de depressão (anedonia), a desesperança (pessimismo), a desvitalização (apatia) e de desvalorização (culpa);
- O desapego (retira-se, desliga-se) com as vivências de desamparo (rejeição), de desencanto (inutilidade), de desistência (impotência) e de desinvestimento (repúdio de apoio).

Se a vivência predominante do doente for de desânimo, a nossa intervenção deverá centrar-se na autoestima. Se for de desapego, deverá focar-se na construção de uma aliança de trabalho. Se for de desagrado, deverá ser um serviço de contenção e acomodação construtiva e, se for de descrença a intervenção deverá realizar o confronto progressivo com a situação (Barbosa & Neto, 2006).

No que concerne aos medos, Kübler-Ross (2008) refere o medo da morte devido aos problemas emocionais que este desencadeia e, conseqüentemente, a influência deste no processo de aceitação. A morte tem conotação negativa sendo terrível, assustadora, insuportável, sendo uma realidade para todos os seres humanos. No entanto, poderá ser encarada como um reencontro com as pessoas perdidas ou, numa perspectiva religiosa, na transcendência (Eizirik, Kapczinski & Bassols, 2001). Por vezes o bem-estar espiritual no sofrimento e a existência de crenças sobre a vida após a morte leva as pessoas a estarem menos deprimidas e menos ansiosas (Chochinov, 2006).

Com a evolução da doença, o doente pode entrar na fase de depressão por sentir impotência perante a situação, perdendo a esperança de viver, de conhecer e de sentir e, em situações extremas, pode surgir sentimentos de autodestruição chegando a apelar ao suicídio assistido (Kübler-Ross, 2008; Chochinov, Hassard & McClement, 2009).

Este tipo de sofrimento desencadeia sentimentos de vergonha, culpa, remorsos, futilidade e desesperança, sendo relevante dar sentido ao seu trajeto existencial (Carqueja, 2009). Segundo o mesmo autor, os doentes com cancro devem gerir todos os seus recursos e capacidades para enfrentar a doença, promover a aceitação e evitamentos na fase de negação.

O distúrbio existencial tem sido visto como uma ameaça ao bem-estar dos doentes com cancro e uma consequência do significado da vida. A desesperança está geralmente associada ao sofrimento, ao desejo de apressar a morte e a uma ideologia suicida, que está relacionada à perda de propósito ou valor da vida.

Baseados nestes pressupostos, a síndrome de desmoralização é uma condição caracterizada pela existência de sentimentos de angústia, perda de significado, desesperança, desamparo e dificuldade em lidar com a doença. A perda de dignidade pode ter origem no sofrimento e no desejo de morte acelerada, embora, recentemente tenha sido estudado o sentido de dignidade (Ellis et al., 2015).

A angústia espiritual, para Anandarajah e Hight (2001), a ocorre quando a pessoa é “incapaz de encontrar fontes de significado, esperança, amor e paz, conforto e conexão na vida ou quando ocorre conflito entre as suas crenças e o que ocorre na vida” (p.83).

Num estudo com doentes internados num hospital psiquiátrico, Morita, Tsunoda, Inuo e Chihara (2000), identificaram três fatores que estão relacionados com a angústia existencial e espiritual, que foram a perda de autonomia, a baixa autoestima e a desesperança. Neste contexto, a desesperança pode contribuir para a deterioração do bem-estar dos doentes com cancro. Na mesma linha de pensamento Chochinov (2006) identificou, através de uma amostra de 196 doentes com cancro, que a desesperança estava mais relacionada com a ideologia de suicídio do que os sintomas de depressão.

Os autores Caldeira, Carvalho e Vieira (2014) validaram o diagnóstico de sofrimento espiritual numa amostra de 45 doentes com cancro. Neste estudo, a prevalência do sofrimento espiritual era bastante alta (42%). Assim, a desesperança é considerada como um sinal indicativo de angústia espiritual.

Segundo Duggleby, Williams, Popkin e Holtslander (2007), referem que manter a esperança será uma forma dos doentes suportarem e lidarem com o seu próprio sofrimento. A falta de esperança, tem o poder de contribuir para que estes percam o valor da vida (Chochinov, 2006).

As crenças espirituais podem promover um mecanismo de *coping* ajudando a pessoa, nomeadamente aquela que vive uma doença oncológica grave, a encontrar o bem-estar espiritual, ou seja, a criar uma atitude mental positiva que a pode ajudar a sentir-se melhor (National Cancer Institute, 2015).

O autor Béfécadu (1993) relaciona este tipo de sofrimento com o da vontade, ou seja, no dar sentido à vida, através da vontade de prosseguir uma meta tendo em conta as suas crenças e valores.

O confronto das emoções visa mudar o significado pessoal de situação causadora de *stress* e de emoções desagradáveis. No confronto focado no problema, ocorrerá mudanças de comportamento. Estes dois confrontos referem-se à apreciação da situação em si - avaliação primária, dos recursos internos e externos que a pessoa dispõe - avaliação secundária e da reavaliação da situação (Gameiro, 1999). Quando ocorre uma situação de crise na avaliação primária é porque a pessoa considera existir danos ou prejuízos passados e na avaliação secundária a pessoa utiliza os recursos existentes para saber lidar com as emoções e alterar o seu comportamento (Gameiro, 1999).

Segundo Noronha, Martins, Campos e Mansão (2015), os doentes que aceitam a sua perda através de sentimentos de otimismo e de esperança sofrem menos nas suas relações interpessoais.

O alívio do sofrimento depende da aceitação do estado de doença e da procura de cuidados de saúde, pois, para além da doença desencadear mal-estar físico, provoca perdas a nível afetivo-relacional e socioprofissional, gerando fragilidade, culpabilidade, insegurança, medo e vergonha (Marques, 1991). Gameiro (1999) acrescenta a este processo os fatores cognitivos e culturais e a necessidade de mobilização de estratégias de *coping*.

Para Kahn e Steeves (1996) referem que não é a dor, a perda, o sintoma ou o diagnóstico que promove o sofrimento, mas o significado que a pessoa lhe dá, ou seja, a mesma situação pode desencadear experiências de sofrimento diferentes, em pessoas distintas ou até mesmo na própria pessoa em fases da vida convergentes. A experiência do sofrimento proporciona mecanismos adaptativos de *coping* e de autocuidado.

A pessoa inicia o seu percurso de sofrimento através do experienciar de emoções e sentimentos de mal-estar e de tristeza, posteriormente evolui para a consciencialização da perda e após para a aceitação do facto de ter uma doença crónica e irreversível (Gameiro, 1999; Chochinov, 2006).

De acordo com Gameiro (2004), o doente deverá desenvolver, para enfrentar esta situação de crise, cinco tarefas:

- Definir e compreender o significado pessoal da situação;
- Confrontar a realidade e responder às exigências da situação;
- Garantir as relações com os familiares, amigos e outros próximos que podem ajudar a resolução da crise;
- Manter um balanço emocional razoável através da elaboração das preocupações despoletadas pela situação;
- Preservar uma autoimagem satisfatória e manter um sentido de competência e domínio sobre a situação.

Face ao exposto, o mesmo autor acrescenta que quando a pessoa se foca na avaliação do problema, poderá negar a situação, se recorrer ao problema em si a pessoa adotará estratégias de *coping* e se der atenção aos aspetos emocionais poderá ter uma aceitação da doença.

Desta feita, Magalhães (2013a) propõe estratégias pessoais de superação e de alívio do sofrimento, que são:

- Admitir - Confronto e consciencialização dos danos e perdas, evitando a negação;
- Relacionar - Comparar a situação e experiências de sofrimento do próprio com o dos outros, reconhecendo modos de lidar com as situações;

- Relativizar - Encontrar um significado e pesar o seu valor positivo;
- Comunicar a outro - A ajuda do próximo, busca de apoio e clarificação realista da situação, através de informação adequada;
- Tirar proveito - Procurar sentido positivo da experiência.

A compreensão do sofrimento como experiência humana exige uma atitude de atenção fenomenológica e um envolvimento existencial - estar-com e atuar-com. Como refere Cardoso (1989, p.168) *apud* Gameiro (1999, p.82) o “(...) simples facto de serem reconhecidos permite ao doente reencontro de certa harmonia e transformar a queixa em qualquer coisa mais diferenciada e mais criativa”.

Estas significações podem ser facilitadas se fornecermos ao doente informação sobre a etiologia da situação, se explicarmos os sintomas e efeitos secundários das intervenções terapêuticas. Isto também diminuirá o sofrimento antecipatório do doente. Outro fator de extrema importância são as intervenções psicológicas, devido às alterações da autoimagem provocadas pela doença (Mcintyre & Vila Chã, 1995).

Segundo Gameiro (1999), a pessoa inicia o seu percurso de sofrimento através do experienciar de emoções e sentimentos de mal-estar e de tristeza, posteriormente evolui para a consciencialização da perda e após para a aceitação do facto de ter uma doença crónica e irreversível. Kübler-Ross (2008) acrescenta que estas emoções podem ser de negação, raiva/revolta, negociação, depressão e aceitação. Assim sendo, estes doentes apresentam problemas e necessidades de difícil resolução, exigindo apoio específico, organizado e interdisciplinar (DGS, 2008).

A fase de aceitação surge após sentimentos de inveja pelos saudáveis, pelas suas perdas com a expressão dos sentimentos, facilitando a sua recuperação ou o seu fim-de-vida (Kübler-Ross, 2008), fixando objetivos, significado e justificando a continuidade da sua existência (Chochinov, 2006).

Desta feita, a pessoa necessita de um *locus* de controlo interno e externo para estabelecer um sentido para a vida, com esperança, de forma a atingir as suas metas (Gameiro, 1999), o perdão, a transcendência, a reconciliação, a satisfação e a serenidade nos momentos mais complexos (Martinez & Barreto, 2002). Santos et al. (1994) mencionam que os doentes com *locus* de controlo externos são mais ansiosos, agressivos, desconfiados, menos intuitivos, mais conformistas e influenciáveis, e que os com *locus* de controlo interno apresentam uma autoestima mais elevada, sendo mais resistentes à frustração, tornando-se, no entanto, mais ansiosos em situações de insucesso, pois atribuem o fracasso a si próprios.

De acordo Santos e Santos (1994), existem cinco tipos de controlo de doença:

- Controlo comportamental - Neste existe uma minimização do acontecimento *stressante*, bem como da sua intensidade e duração. Adesão do regime terapêutico, acreditando na prevenção e alívio dos efeitos da doença;
- Controlo cognitivo - Processos de pensamentos que visam diminuir os efeitos emocionais negativos da doença. Neste existe a valorização benéfica dos tratamentos e conservação de esperança;
- Controlo decisional - Opções de decisão terapêutica e de intervenções médicas;
- Controlo informacional - Estar informado sobre a situação, nomeadamente sobre condutas, consequências e sucessos de situações;
- Controlo retrospectivo - Está relacionado com as atribuições causais e com o significado de doença.

Por conseguinte, a compreensão das significações dos doentes poderá minimizar conceitos e distorções geradoras de ansiedade e de irrealidade da situação, dado a experiência do sofrimento não ser uma condição principal para encontrar o sentido da vida, mas essencial para encontrar um sentido no sofrimento e evitar que este seja destrutivo, mas sim estruturante (Neto, 2010)

Para resumir a experiência do sofrimento, muitos estudos demonstraram dimensões semelhantes a este fenómeno, como uma experiência subjetiva e única do doente. A maior parte destes, até à data, são quantitativos e concentram-se essencialmente nos tipos de sofrimento em vez de experiências vividas pelos doentes com cancro (Ellis et al., 2015; Beng et al., 2014).

Tendo em conta a escassa abordagem qualitativa neste campo, um estudo recente de Ellis et al. (2015) envolveu-se com a verdadeira questão do sofrimento e a sua cura. Realizaram um estudo com 49 doentes, através de entrevistas narrativas com o intuito de explorar as suas opiniões sobre a natureza e significado do sofrimento para estes doentes. Demonstraram que, embora os doentes falem na morte, o seu sofrimento era pouco visível. Para a maior parte dos doentes do estudo, o inevitável sofrimento físico e emocional está relacionado com as emoções sentidas e com a vontade de melhorar. É como uma parte normal da vida quotidiana e inevitável como a dor, que faz parte da vida de todos. Esta visão de sofrimento, reflete as crenças religiosas das pessoas.

O equilíbrio entre a esperança e a desesperança desempenha um papel importante na forma de como os doentes com cancro relatam a vida e a resiliência pessoal no que diz respeito à esperança no final da vida.

1.4. IMPLICAÇÕES EMOCIONAIS DA DOENÇA NO DOENTE ONCOLÓGICO

As reações emocionais estão relacionadas não só com a doença oncológica e suas significações, mas também com o contexto sociocultural e com a sua evolução, sintomas e tratamentos.

A noção de bem-estar inclui a presença de emoções positivas e humores como a felicidade, satisfação e a ausência de emoções negativas como a ansiedade e a depressão. A presença de saúde mental positiva é um dos aspetos do bem-estar emocional e, refere-se a percepções positivas do “eu”, no mundo e no futuro, conduzindo ao humor positivo e a lidar com as boas habilidades sociais (Ryff & Keyes, 1995; Vaingankar et al., 2012).

A adaptação à situação de doença é facilitada em caso de haver a capacidade de realização de atividades com o intuito de melhorar a sua evolução. Os doentes oncológicos cada vez mais aderem a métodos psicológicos, como por exemplo a atividades de relaxamento ou de grupos de autoajuda. Estes doentes que promovem a sua adaptação e proporcionam estratégias de melhoria da doença de uma forma construtivas tendem a apresentar melhor controlo emocional e comportamental. Por outro lado, os doentes que desistem e que se entregam à doença apresentam risco de desenvolver perturbações mentais e comportamentais (Trancas et al., 2010).

Existem poucas experiências de vida que podem ser a fonte de maior pavor, angústia e pânico do que receber o diagnóstico de cancro, com as ameaças existenciais que isso acarreta e o conjunto de decisões, tratamentos e desafios que coloca. Emoções negativas podem complicar o tratamento, levando os doentes a não aderir às recomendações de tratamento (Kvale, Selecky & Prakash 2007).

A OMS (2003), no Código Internacional de Doenças (CID-10) aborda os transtornos mentais e do comportamento, mencionando os transtornos de humor, esquizofrenia, transtornos delirantes, transtornos relacionados com o *stress*, síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos, distorções da personalidade e do comportamento, retardo mental, transtornos do desenvolvimento psicológico, transtorno mental não especificado e transtornos emocionais.

No Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM) a maioria destes transtornos estão inseridos nos transtornos neuro cognitivos. Os critérios destes últimos baseiam-se em domínios neuro cognitivos e que podem ser classificados em maior ou leve de acordo a dificuldade no domínio cognitivo inserido.

Estes domínios são a atenção complexa (atenção sustentada, dividida, seletiva e a velocidade de processamento), a função executiva (planeamento da tomada de decisão, memória de trabalho, resposta a correção de erros, substituição de hábitos, inibição ou flexibilidade mental), a aprendizagem e memória (memória imediata e recente, incluindo recordação livre, por pistas e de reconhecimento), memória a longo prazo, aprendizagem implícita), a linguagem (nomeação, fluência, gramática, sintaxe e linguagem receptiva), o percepto motor (habilidades como percepção visual, percepto motora, práxis e gnosia), a cognição social (reconhecimento de emoções, teoria da mente) (American Psychiatric Association, 2013).

No confronto focado na emoção e regulação afetiva, ocorrerão mecanismos que visam diminuir a ansiedade, o *stress* e a perda de controlo emocional, que segundo Gameiro (2004) são a negação da realidade (doente elimina as significações, considerando os sintomas transitórios), a racionalização (explicações lógicas para os sintomas), a limitação da consciência (defende-se de significações penosas e de sintomas menores) e a regressão (opta comportamentos infantis, refugia-se no sono e em dependências etílicas).

Averiguamos que os doentes revelam perturbações de adaptação (Li, Hales & Rodin, 2010), de depressão (Miller & Massie, 2010), de ansiedade (Levin & Alici, 2010) e apresentam *delirium* (Breitbart & Alici, 2010) e utilizam por vezes consumo de substâncias (Rogak, Starr & Passik, 2010).

Existem vários autores que expõem as alterações emocionais decorrentes da falta de controlo da mesma, designadamente Sousa (2014) relata o nervosismo, a tristeza, o choro, a hostilidade, a euforia, a raiva, a auto compaixão, a culpa, a desesperança, o aborrecimento, o cansaço emocional, as perturbações no sono com presença de pesadelos, o desejo da morte, a sensação de perda de controlo, o sentimento de inutilidade, a incompreensão, a dificuldade em pensar, o desinteresse, a atenção centrada nos sintomas e doença, as queixas, as valorizações negativas atuais e da vida, a crise de crenças, a aflição, o medo, a desesperança, os pensamentos catastróficos relacionados com ideias que desencadeiem o dramatismo e os problemas de autoestima. Odgen (2004) corrobora referindo que até 20%, os doentes oncológicos, apresentam depressão grave, luto, falta de controlo, mudanças de personalidade, raiva e ansiedade. Similarmente Joyce-Moniz e Barros (2005) mencionam a presença de ansiedade e de depressão, o medo da morte e de perdas significativas como a da dignidade, da capacidade funcional, das relações sociais e familiares e dos bens até ao momento alcançados. Cardoso et al. (2009) complementam as alterações supracitadas aludindo às preocupações, ao estado de pânico e o isolamento.

Conforme ocorre evolução da doença, presença de sintomas descontrolados e realização de tratamentos consecutivos, a sensação de perda de controlo pode aumentar, podendo comprometer a capacidade funcional, o status social, a autoestima, a autovalorização e a autoimagem (Trancas et al., 2010). Outras alterações emocionais ocorrem e que são o *stress*, a confusão mental, a desorientação, a alucinação, o delírio, a demência, a agitação, o isolamento e o medo (Pereira, 2010; Emanuel, Ferris & Von Gunten, 2002; Pereira, 2010; Lima et al., 2012).

O estudo de Sousa (2014) revela a existência de várias emoções expressas como por exemplo a tristeza, a raiva, a culpa, a injustiça, o desespero, a preocupação, o medo, a apatia, a baixa autoestima, a angústia, a solidão, o abandonado, os pensamentos ruminativos na doença, a derrota, a ameaça, a perda de interesse e a incerteza.

De uma forma geral, a angústia em doentes com cancro é frequentemente relatada acima de 30% (Jacobsen, 2008), sendo a prevalência dos sintomas depressivos entre os 10 e os 25% (Dalton, Kolshus & McLoughlin, 2014). A angústia psicológica não existe de forma independente das circunstâncias sociais, o que sugere a necessidade de modelos conceituais e de tratamento que colocam maior ênfase na interação entre fatores psicológicos e sociais (Dunn et al., 2011). A família / cuidadores apresentam, igualmente, sentimentos de culpa por não conseguirem fazer mais ou por se sentirem responsáveis se o doente está infeliz ou irritado. De acordo com Mitchell et al. (2011) em todos os diagnósticos, os doentes com cancro estão em risco significativamente aumentado de sintomas psicológicos. A angústia inclui um amplo espectro de emoções relacionadas com sintomas de depressão, de ansiedade e de desordem de ajustamento (Carlson, Groff, Maciejewski & Bultz, 2010).

Os sintomas psicológicos experimentados pelos doentes com cancro não são estáticos, mas sim suscetíveis de se alterarem ao longo do tempo. Assim, para melhorar a qualidade e a eficácia das intervenções, é necessário compreender melhor a história das alterações emocionais e comportamentais, os fatores de risco e os métodos envolvidos no processo de recuperação (Hui et al., 2013).

A falta de controlo face à perceção da evolução da doença, à gravidade e à vulnerabilidade pode desencadear perda da capacidade e o declínio (Sousa, 2014).

Parafraseando Cardoso et al. (2009), os fatores que influenciam as supracitadas vivências emocionais centram-se na vulnerabilidade psicossocial devido a modificações da autoimagem, na perda de autonomia/capacidade para alcançar metas futuras ou de manter as presentes, nos significados atribuídos ao impacto da doença tanto em si como os planos de vida, no descontrolo sintomático e na sensação de perda de controlo devido à sua deterioração.

Estes doentes, por vezes, utilizam estratégias comportamentais adaptativas para depreciar as reações vivenciais e que são a agressividade (vitimização, rebelião para com os outros), a minimização (considera-se seguro e a situação como não ameaçadora), a negação (recusa falar da situação, da ameaça ou da perda), o evitamento/denegação (considera-se alvo de ameaça, mas evita o confronto), a dependência (mãos dos outros), a resignação (impotência, sem reação perante os acontecimentos), a atuação (comportamentos exagerados com ingestão de substância e com uso de violência física) e a focalização hipervigilante (procura informação sobre sinais e sintomas) (Barbosa & Neto, 2006).

No modelo de autorregulação do comportamento de doença, o autor Odgen (2004) explica que os doentes utilizam uma premissa, perante uma situação oncológica, para a resolução de problemas e conseqüentemente restabelecer o estado de saúde na normalidade. Este modelo abrange componentes que se relacionam entre si de forma a manter o equilíbrio (estratégias de *coping* bem sucedidas), que são a representação cognitiva da ameaça à saúde ou interpretação (perceção cognitiva da doença, seus sintomas, duração, consequência, possibilidade de cura e controlo da doença) e o desenvolvimento e implementação do plano de ação ou *coping* (identificação de estratégias de *coping* de aproximação-resolução dos problemas e apoio social e estratégias de *coping* de evitamento-negação).

Nos últimos tempos observamos uma crescente taxa de incidência de cancro, e como tal, os profissionais de saúde tentam melhorar as alterações emocionais que irradiam o doente com o intuito de restabelecer a satisfação com a vida e o bem-estar psicológico.

O bem-estar é um conceito complementar ao prolongamento de vida, ou seja, o importante é como é que irá ser esse viver, e não apenas uma maior longevidade. Não é possível subestimar as sequelas físicas, emocionais e estéticas que irão provocar alterações na vida do doente. Segundo Queirós (2013) a busca do bem-estar é movimentador do desenvolvimento humano.

A autora Meleis (2013) centraliza o bem-estar na missão de enfermagem, pois esta profissão é facilitadora de processos de transição no sentido de alcançar a maior sensação desta variável. Esta teórica defende a existência de quatro tipos de transição, nomeadamente na transição de desenvolvimento durante o ciclo vital, transição situacionais onde ocorre mudança de papéis em diversos contextos onde a pessoa está inserida, transição na saúde-doença onde existe alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica ou, de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar e transições organizacionais onde pode desencadear alterações em contexto social, político e económico.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2016) conceptualiza o bem-estar como um autoconhecimento particular, em que a pessoa se percebe como bem, equilibrada e confortável. Estas características expressam-se na abertura aos outros e na capacidade de relaxar ou de estar satisfeito.

Na visão sobre o bem-estar (BE), Queirós (2013), baseando-se em vários autores, subdivide este em social (aceitação, atualização, contribuição social, coerência e integração social, relação satisfatória com a família, os amigos, no trabalho e na comunidade, apoiado em Snyder e Lopes (2007)), físico (satisfação com o controlo sintomático e com sensação individual de estar em condições físicas para sentir conforto, baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) no ICN (2016), espiritual (BE em relação a Deus, baseado em Volcan et al. (2009)), subjetivo (satisfação com a vida, afeto positivo e negativo, baseado em Galinha (2008)) e psicológico (autoaceitação, autonomia, controlo sobre o meio, relações positivas, propósito na vida, desenvolvimento pessoal baseado em Ryff e Keyes (1995)).

Tendo em conta a pretensão de felicidade, atualmente existe um modelo relacionado com o bem-estar e que abrange a perspetiva hedónica e eudaimónica. A primeira está associada com a satisfação com a vida, com as suas condições e circunstâncias (Novo, 2003), com a dimensão emocional, constituída por afeto positivo e reduzido afeto negativo (Diener, Lucas, & Oishi, 2002). A segunda refere-se aos sentimentos que ocorrem em direção à autorrealização, para desenvolver as suas potencialidades e conferir propósito à sua vida (Delle Fave, Wissing, Brdar, Vella-Broderick, & Freire, 2013). Assim, a perspetiva hedónica está associada ao bem-estar subjetivo e a perspetiva eudaimónica ao bem-estar psicológico (Ryan & Deci, 2001).

O bem-estar subjetivo (BES) é um conceito complexo, obtendo uma visão pluridimensional. Como o próprio nome indica é subjetivo, ou seja, depende da maneira de como o doente encara a vida. Para compreender este conceito é pertinente perceber que este está associado a componentes cognitivas e emocionais, nomeadamente a qualidade de vida ou a afetividade (Diener et al., 2002; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Galinha (2008) relata que o bem-estar subjetivo se subdivide na dimensão cognitiva onde visa a satisfação com a vida e na dimensão afetiva que promove o afeto positivo e negativo e a felicidade.

A nível espiritual, Queirós (2013) relata o BE religioso e o existencial com base em Volcan et al. (2009) e Fisher (2010) e relata que esta dimensão revela um sistema de relações consigo, com os outros, com o ambiente, com algo ou com alguém que transcende o humano. É percebida segundo princípios que transcendem a sua natureza biológica e psicossocial. Na CIPE o bem-estar espiritual é definido como uma imagem mental que está em contacto com o princípio da vida, que atravessa o ser na sua totalidade, que integra e transcende a sua natureza biológica e psicossocial e as estratégias de *coping* religioso/espiritual positivo (ICN, 2016).

O modelo do bem-estar positivo (BEP) surgiu no final da década de 1980, com o trabalho de Ryff (1989a). A autora criticava a escolha dos indicadores do BES (afetos positivos e negativos e satisfação de vida) devido à falta de consistência teórica e devido às teorias existentes relatarem a natureza da felicidade e não a relação entre esta e a vida das pessoas. Este modelo incidiu no conhecimento de que o estudo do sofrimento psicológico e da psicopatologia não evidencia as causas e as consequências do funcionamento psicológico positivo e que o bem-estar não se restringe à felicidade mas deve ser conceptualizada a partir de recursos psicológicos efetivos e do seu funcionamento na saúde mental (Ryff, 1989 a,b).

Os trabalhos de Ryff e Keyes (1995) foram fundamentais para a definição de BEP, pois fundamentaram-se nos fenómenos da autorrealização, da maturidade, do funcionamento total na pessoa e do desenvolvimento humano, consolidando o significado de bem-estar na vertente psicológica.

Assim sendo, o BEP é um constructo multidimensional pois abarca a aceitação de si, as relações interpessoais positivas, do domínio do meio, do crescimento pessoal, dos objetivos na vida e autonomia, nas várias fases da vida (passado, presente e futuro) (Ryff, 1989 a,b, 1995; Ryff & Keyes, 1995; Novo, 2005). Inclui a avaliação e atitudes positivas com autoaceitação revelando elevado nível de maturidade e de autoconhecimento, o sentimento de desenvolvimento contínuo no seu crescimento pessoal com a abertura e finalização de desafios nas várias fases da vida, a crença da pessoa perante os objetivos que tem na vida,

as relações interpessoais positivas com capacidade de empatia e afeição, o sentido de autodeterminação e de independência (autonomia) com um ótimo controlo do seu *locus* interno e externo, capacidade para gerir (manipular e controlar) o meio envolvente, obtendo meios adequados às suas características psíquicas. Desta feita, estas dimensões englobam a vida socio relacional e pessoal no passado e perspectivas futuras no que concerne à felicidade e à satisfação com a vida (Ryff & Keyes, 1995; Keyes & Ryff, 1998). Novo (2003) complementa a referir que o BEP identifica, com recursos psicológicos, a satisfação e a felicidade em relação a si, com os outros e com o meio.

É uma avaliação que as pessoas fazem quanto à satisfação com a vida, com a felicidade, com as emoções agradáveis, com os sentimentos de realização pessoal e profissional e com a qualidade de vida (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Segundo Queirós (2013) o bem-estar psicológico pode ser avaliado pelos resultados da saúde emocional em que relata a imagem corporal (perceção de si e das funções do organismo), a depressão (gravidade do humor melancólico e perda de interesse pelas atividades da vida), a esperança (presença de otimismo interno), a identidade (capacidade para caracterizar a própria essência, o eu), a solidão (extensão do isolamento emocional, social ou existencial), o equilíbrio do humor (adaptação emocional), a auto estima (juízo pessoal sobre a auto valorização), a identidade sexual: aceitação (admissão e aceitação da identidade sexual) e a vontade de viver (desejo, determinação e esforço para sobreviver).

Também Ryff e Singer (2008) mencionam que o BEP abrange a autoaceitação com atitudes positivas em relação à sua personalidade, à relação positiva com os outros e com relacionamentos agradáveis, confortáveis, seguros e satisfatórios, à autonomia ao ser autodeterminado com critérios pessoais bem delineados, o domínio sobre o ambiente para satisfazer necessidades e valores pessoais, o propósito e objetivos na vida e o crescimento pessoal com carácter aberto a novas experiências.

Tendo em conta os vários autores supramencionados em relação ao BEP e os autores Deci e Ryan (2006) este bem-estar é uma combinação de estados afetivos positivos como a felicidade e o funcionamento com eficácia na vida pessoal e social. Como cita Huppert (2009, p.137) “o bem-estar psicológico está relacionado com a vida, é a combinação do sentimento bom e de funcionamento eficaz”.

De acordo com Huppert (2009), o bem-estar psicológico está relacionado com a vida, com a combinação do sentimento bom e de funcionamento eficaz.

Relativamente aos dados sociodemográficos, Ryff e Keyes (1995) mencionam ocorrer uma diminuição do bem-estar nas mulheres durante o ciclo vital e nos homens depois da meia-idade, porém nos homens entre a idade jovem-adulto e meia-idade o BEP aumenta. Segundo Simões et al. (2000) e Diener, Scollon e Lucas (2009) as mulheres experienciam mais atitudes de felicidade e satisfação, mas também relatam mais emoções negativas pois não esquecem momentos menos agradáveis no passado, no entanto, são mais felizes do que os homens. De acordo Simões et al. (2003) as mulheres casadas/união de facto apresentam melhores níveis de bem-estar em relação às solteiras/viúvas/divorciadas pois usufruem de mais saúde física e mental. No caso dos homens casados à medida que os anos passam relatam mais afetos positivos.

A felicidade é conceptualizada pelo bem-estar subjetivo e este conseqüentemente relaciona a afetividade positiva, a afetividade negativa e a satisfação com a vida (Diener et al., 2002).

Outros investigadores complementam esta informação referindo que o BES tem uma conceção tridimensional: a satisfação com a vida, o afeto positivo e o negativo. Estes conceitos embora estejam interrelacionados são divergentes. Desta feita, a satisfação com a vida visa uma apreciação cognitiva positiva da vida e os afetos apontam para as vivências emocionais positivas/negativas que a pessoa experiênciam e para os sentimentos perante a doença. Esta apreciação é modificada de acordo com o dia-a-dia da pessoa e os dois tipos de afetos devem estar em equilíbrio (Diener et al., 2002; Hutz, Midgett, Pacico, Bastianello, & Zanon, 2014; Pacico & Bastianello, 2014).

Os afetos negativos acomodam a atenção nos estímulos externos, devido à existência de uma potencial ameaça (Primi, 2003) e interferem nas atividades normais, podendo diminuir os comportamentos de saúde do doente e aumentar os efeitos colaterais do tratamento (Blasco, Pallarés, Alonso, & López, 2000). Noronha et al. (2015) mencionam que nesta afetividade os doentes experiênciam tristeza, desânimo e preocupação. Estes afetos, de forma adequada, promovem uma visão realista da vida.

Os afetos positivos envolvem estados de sentimento agradáveis e bons estados de humor e refletem ausência de sentimentos negativos. De acordo com Primi (2003), este refere que os afetos positivos enaltecem os pensamentos de estímulos internos, bem como a assimilação dos eventos externos. Keyes (2005) acrescenta às emoções anteriormente mencionadas o bom humor, a felicidade, a tranquilidade, a satisfação e a realização. De acordo com Fredrickson (2013) as emoções positivas são representativas de sentimentos de alegria, gratidão, serenidade, interesse, esperança, orgulho, inspiração e amor. Segundo Zanon, Bastianell, Pacico e Hutz (2013) as pessoas com afeto positivo, por si só, são um fator de proteção contra psicopatologias pois percecionam felicidade e conseqüentemente adquirem

emoções benéficas, esperança, autoestima, otimismo em relação ao futuro e satisfação com a vida. Pessoas com esta afetividade tendencialmente obtêm êxitos ao longo da vida e adequam-se às demandas sociais. Noronha et al. (2015) abordam este assunto dizendo que as pessoas com esta afetividade experienciam alegria, entusiasmo, confiança e execução das suas atividades.

No estudo de Noronha et al. (2015) houve correlação significativa entre extroversão e afetos positivos. A extroversão está associada à quantidade e à intensidade das interações interpessoais, nível de atividade, necessidade de estimulação e capacidade de alegrar-se, revelando serem pessoas sociáveis, ativas, falantes, otimistas e afetuosas (Nunes, Hutz & Nunes, 2010). No entanto Hevey, French, Marteu e Sutton (2009) referem que níveis elevados de otimismo irrealista não são benéficos, pois são comportamentos de saúde preventiva.

Outra associação do afeto positivo é com compromisso, com o lazer e a saúde psicológica e física, e entre a experiência de afeto positivo durante o tempo de lazer e a saúde psicológica e física (Cassidy & Shaver, 2008). Ou seja, no tempo de lazer a pessoa deve promover comportamentos agradáveis.

O afeto positivo também está relacionado com fatores intrínsecos, nomeadamente a personalidade, *locus* de controlo, cognições e emoções, estratégias de *coping*, crenças e espiritualidade e com fatores extrínsecos designadamente as condições económicas, as condições climatéricas, a qualidade dos relacionamentos (familiares, conjugais ou profissionais) e/ou o nível educacional (Woyciekoski, Stenert & Hutz, 2012).

Segundo os mesmos, as pessoas com *locus* de controlo interno testemunham emoções positivas devido à satisfação com a vida, proporcionando autoestima e adaptabilidade.

A emoção é uma resposta a um estímulo e que promove uma variação psíquica e física automática, ou seja, as emoções contribuem para avaliar o meio que estamos inseridas e a forma adaptativa de como reagimos (Damásio, 2000). Segundo Twain (2010) estas são expressões afetivas direcionadas a uma pessoa ou a alguma coisa situação.

As emoções tanto podem ter repercussões positivas como negativas, uma vez que estas são resposta a algo ou a alguma coisa e que a pessoa pode manifestar-se à situação de forma distinta. Estas manifestações podem revelar-se através de comportamentos expressivos (linguagem verbal e não verbal), alterações fisiológicas (sinais vitais e tensão muscular) e alterações neurológicas (Arriaga & Almeida, 2010).

No que concerne às características das emoções podemos constatar que estas estão associadas a um acontecimento externo e inesperado, são inatas embora aprendidas, exige avaliação cognitiva para melhor entendimento e resposta às situações, são manifestadas através de alterações fisiológicas e de comportamentos expressivos, podem ter respostas negativas ou positivas, em que nestas últimas a pessoa focaliza e direciona a atenção para o que realmente é importante para a vida e para o momento (Espinoza, 2004).

A emoção, desta feita, regula e modela as relações com as outras pessoas ou grupos, no âmbito de segurança e adaptabilidade em caso de perigo, através dos comportamentos expressos. As emoções são de extrema importância no contexto interpessoal (Fischer & Manstead, 2008). De acordo Ekman (2011), as emoções estabelecem a qualidade de vida dos doentes e estão interligadas ao relacionamento interpessoal durante a atividade laboral, na família e na comunidade.

As emoções apresentam diferentes intensidades (moderada ou intensa), valências (positiva ou negativa), duração (curtas ou longas) e podem ter origem primária ou secundária (Werner & Gross, 2010). Magalhães (2013a) acrescenta que a emoção consiste numa resposta a um estímulo de forma automática, intensa e rápida, inconsciente e consciente e que estas respostas estão associadas à adaptação a uma situação.

Tendo em conta o supracitado é de extrema relevância que as pessoas apresentem estratégias de regulação emocional com o intuito de manterem as relações consigo e com os outros de forma saudável e de forma a obter o bem-estar e a felicidade (Hilt, Hanson & Pollak, 2011).

Segundo Bermejo (2005) a regulação das emoções é pertinente para o controlo dos laços emocionais, pois caso as emoções não sejam reguladas pode desencadear emoções negativas e conseqüentemente desequilibra a segurança das pessoas e as suas relações. É fundamental capacitar as pessoas na regulação das emoções com vista, não a eliminar as emoções negativas sentidas, mas a detetá-las e a regulá-las apropriadamente para manter o bem-estar pessoal e uma boa adaptação familiar e social. O mesmo autor salienta que as pessoas devem aproveitar as emoções negativas como reações impulsionadoras na regulamentação das emoções.

A regulação emocional proporciona o equilíbrio e manutenção relacional com vista à vinculação. Esta relação de vínculo deve ser segura para a obtenção de maior capacidade de enfrentamento perante as situações e de desenvolvimento de estratégias na regulação emocional com representações mentais e ajustamento pessoal (Cassidy, 2008).

A teoria da vinculação, originalmente estudada por Bowlby e Ainsworth, pretende compreender as relações interpessoais estabelecidas ao longo do ciclo vital, em que os laços emocionais são traçados desde a infância e que são projetados ao longo do desenvolvimento psicológico da pessoa (Bowlby, 1988). As experiências vivenciadas e memórias de apoio e conforto integram-se nas relações positivas (Soares, 2007), e proporcionam bem-estar emocional, vínculos e laços afetivos emocionalmente em segurança.

Contudo, o confronto das emoções visa mudar o significado pessoal de situação, causando *stress* e *distress*. O *stress* é uma parte normal da vida, sendo uma reação física e mental individual às necessidades ambientais. O *stress* é conceituado como um estímulo ambiental aos eventos da vida que afetam as pessoas, como reações específicas a eventos *stressantes* ou um desconforto entre as necessidades colocadas sobre a pessoa e a sua capacidade de perceber e lidar com as necessidades. Durante o episódio de *stress* pode ocorrer quinze emoções: cólera, inveja, ciúme, medo, ansiedade, culpabilidade, vergonha, alívio, esperança, tristeza, felicidade, orgulho, amor, compaixão e gratidão (Serra, 2007).

Parafrazeando Lerutla (2000), o *distress* psicológico é a condição emocional que a pessoa sente quando é necessário lidar com situações perturbadoras, frustrantes ou prejudiciais. O autor adicionou um amplo espectro de *distress* psicológico, que varia de leve a extremo, sendo os níveis extremos considerados como doença mental.

Também Massé (2000) refere que é uma função psicológica inadaptada face a ocasiões *stressantes*, e cita seis aspetos do *distress* que são a desmoralização e pessimismo em relação ao futuro, sofrimento e *stress*, auto desvalorização, isolamento e alienação social, somatização, e alienação do Eu.

O *distress* psicológico é definido, assim, como um estado de sofrimento emocional, sintomas de depressão, acompanhados de perda de interesse, tristeza e desespero (Mirowsky & Ross, 2008). Estes sintomas podem em alguns casos, estarem ligados a sintomas somáticos como as dores de cabeça, falta de energia ou em consequência de alguma patologia. No que concerne ao desgaste emocional, Ritsner, Modai e Ponizovsk (2002), referem que pode ser induzido por fatores de *stress* internos e externos. Sendo assim considerado como um distúrbio emocional que pode afetar o funcionamento social e a vida quotidiana das pessoas.

Ainda Ridner (2004) refere que o *distress* é um estado de desconforto emocional que pode ser temporário ou permanente como resposta a uma situação de *stress*, uma exigência ou uma ameaça, podendo originar ansiedade, depressão, desmotivação, irritabilidade, agressividade e auto depreciação. Estas reações podem promover danos físicos, incluindo suicídio ou no extremo positivo a uma revisão de esquemas pessoais devido a um crescimento pessoal.

Ao longo dos anos, a literatura utilizou critérios adicionais na sua definição, embora estes critérios não fazem consenso. Particularmente, os autores do modelo de *stress/angústia* postulam que as características que definem o *distress* psicológico relacionam-se com a exposição a um acontecimento *stressante* que ameaça a saúde física ou mental, a incapacidade de lidar de forma efetiva com esse agente de *stress* e com a revolta emocional, resultante deste enfrentamento ineficaz (Ridner 2004; Horwitz 2010). O sofrimento também é considerado um critério de diagnóstico de alguns transtornos psiquiátricos, como os transtornos obsessivo-compulsivos e desordem de *stress*, que em conjunto com o comprometimento na vida diária, é um marcador da gravidade dos sintomas (Watson et al., 2009).

O *distress* envolve sintomas do foro depressivo e ansioso, tais como, baixa autoestima, sentimentos de desesperança, ansiedade, agitação e tristeza. É um indicador de fatores como a presença e/ou o desenvolvimento futuro de psicopatologia, da qualidade de vida, do planeamento do tratamento adequado, bem como da sua evolução (Van den Broeck, D'Hooghe, Enzlin & Demyttenaere, 2010; Slade, Grove & Burgess, 2011)

Assim, o *distress* psicológico é uma experiência fatorial desagradável de fatores emocionais, cognitivos, comportamentais e espirituais que interferem na capacidade de lidar eficazmente com uma patologia, como por exemplo a doença oncológica. O continuum varia do sentimento comum de vulnerabilidade, tristeza e medo de problemas que podem se tornar incapacitantes, até a sentimentos de pânico, de ansiedade, de isolamento social e de depressão (NCCN, 2016).

Segundo Carlson, Waller, Groff e Bultz (2013), o *distress*, no que concerne à prestação de cuidados ao doente oncológico, é considerado o sexto sinal vital. Contudo, Trancas et al. (2010) refere que o sexto sinal vital é o sofrimento psicológico.

O diagnóstico e o tratamento do cancro podem ser emocionalmente angústiantes. É considerado sinonimo de morte, de dor e de sofrimento. Para além das perturbações físicas e financeiras, esta doença afeta o doente emocionalmente. Os reais sintomas da doença, o seu tratamento e a perceção do doente e dos membros da família, bem como os estigmas associados à doença, causam um desconforto emocional significativo (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008; NCCN, 2016).

Em oncologia a presença de *distress* reduz a qualidade de vida e a satisfação com a prestação de cuidados, diminuindo a adesão terapêutica (Howell & Olsen, 2011; Mitchell, Lord & Symonds, 2012). Resulta de uma panóplia de variáveis associadas à angústia face ao diagnóstico, o sofrimento e à dor física causada pelos tratamentos e pela própria doença, a incerteza face ao futuro, sobrevivência e qualidade de vida, associadas ao medo devido à ideia e/ou iminência de morte, tristeza pela perda de saúde e suas consequências (NCCN, 2016).

O *distress*, sendo uma experiência emocional desagradável, de natureza psicológica, social e/ou emocional, revela que as mulheres tendem a apresentar níveis de *distress* mais elevados e os jovens apresentam maior probabilidade de desenvolver *distress* emocional, sendo estes mais afetados com a patologia. Relativamente aos homens, estes tendem a apresentar menores valores nas escalas de funcionamento emocional e cognitivo em relação às mulheres, o que poderá levar à fadiga (Pandey, Sarita, Devi, Thomas, Hussain, & Krishnan, 2006).

Outros estudos demonstraram que os doentes com *distress* psicológico são geralmente menos satisfeitos com os cuidados recebidos e utilizam mais frequentemente os serviços de emergência em comparação com os doentes em *stress* psicológico (DiMatteo, Lepper & Croghan, 2000).

A NCCN (2016) vai de encontro a estes pressupostos, explanando que o *distress* em oncologia é experiência emocional desagradável e multifatorial de natureza psicológica (cognitiva, comportamental, emocional), social e / ou espiritual. Os sentimentos comuns são os de vulnerabilidade, da tristeza, da culpabilização podendo, provocar transtornos psiquiátricos como a ansiedade, a depressão major, o pânico, o isolamento social e as crises existenciais e espirituais.

O *distress* psicológico em doentes com cancro pode interferir com a sua capacidade de lidar eficazmente com a doença, com os seus sintomas físicos e com o seu tratamento. Estas situações provocam um aumento significativo da morbidade nos doentes. O *distress* psicológico tem relação com o tempo de diagnóstico, ou seja, no primeiro ano os doentes apresentam *distress* na ordem dos 50%, reduzindo para metade (25%) nos anos seguintes, contudo no final de cinco anos reaparece este sintoma e torna a aumentar para os 45% (Gao, Bennett, Stark, Murrau & Higginson, 2010).

Alguns estudos indicaram que a maior parte dos doentes têm a capacidade de lidar com a carga psicológica que pode ser causada pelo diagnóstico, sofrimento da doença e pelo seu tratamento. Aproximadamente 30 a 40% dos doentes que receberam tratamento oncológico experimentaram sintomas de angústia, depressão e ansiedade (NCCN, 2016). Estes resultados aplicam-se igualmente, a doentes com doença metastizada, a qual se associa a sintomas de maior *distress* psicológico (Mitchell et al., 2011).

O *distress* psicológico é mais frequente nas mulheres, independentemente do tipo de cancro, pois relatam maiores níveis de ansiedade e depressão, e conseqüentemente maiores níveis de *distress*, recorrendo a estratégias de *coping* emocional. No entanto, no que concerne ao *distress* físico, é mais frequente nos homens devido à preocupação com as alterações nas atividades diárias (Bultz & Carlson, 2006; Linden, Vodermaier, Mackenzie & Greig, 2012).

Quando a doença está avançada e o doente está em fim de vida, este tende a apresentar ansiedade, depressão, medo do abandono ou da solidão, perda de controlo, dependência física e psicológica, regressão, comportamento autodestrutivo e resoluções de conflitos familiares (Mitchell et al., 2012). Nesta fase é de extrema pertinência a intervenção a nível do bem-estar psicológico, existencial, espiritual e social, atendendo sempre às suas necessidades emocionais (NCCN, 2016).

Existem intervenções psicoterapêuticas e farmacoterapêuticas que demonstraram serem eficazes no tratamento de sintomas de *distress* psicológico em doentes com cancro (Akechi, Okuyama, Onishi, Morita & Furukawa, 2008; Carlson et al., 2010). Pode ser minimizado e monitorizado através de mecanismos de *coping*, como o estabelecimento de objetivos e de auto motivação (Teodoro, 2013).

Contudo, um número considerável de cuidados psicológicos adequados, não satisfazem as necessidades psicológicas na oncologia prática. Assim, como forma de corrigir esta situação, as diretrizes de oncologia determinaram as práticas de rotina para tratar o *distress* psicológico, integrando o atendimento psicológico dos doentes (Ryan et al., 2005).

Uma determinada situação de *stress* é considerada positiva ou negativa dependendo das interpretações anexadas à situação. A pessoa exterioriza as suas reações através de manifestações das emoções, ou seja, perante uma perda, a pessoa inicia um percurso de sentimentos de mal-estar e de tristeza e só com a aceitação, compreensão das suas causas e com a atribuição de um significado é que pode promover a consciencialização dessa perda. Caso este confronto/aceitação não ocorra, poderá ocorrer processos e/ou transtornos psicológicos.

1.5. IMPLICAÇÕES SAÚDE MENTAL DA DOENÇA NO DOENTE ONCOLÓGICO

A patologia mais assustadora no quotidiano do mundo moderno é o cancro, pois o doente com patologia oncológica - doente oncológico - sofre mudanças, entre as quais psicológicas. O sofrimento psicológico e os distúrbios psiquiátricos são alterações comuns nestes doentes. Os fatores associados a estas morbilidades são as histórias de distúrbios de humor, o abuso de álcool ou drogas, a existência de alterações da imagem corporal, ser jovem, ter um insuficiente apoio social e ter uma expectativa de vida reduzida e ter presença de dor.

Atualmente, algumas evidências científicas demonstraram que os fatores psicológicos poderiam estar associados ao prognóstico da dor crónica. Neste contexto, parece presumível que estes fatores poderiam desempenhar um papel importante em pessoas com dor crónica. A autoeficácia tem sido um fator proposto para prever a dor, comportamento, funcionamento físico e a incapacidade na dor crónica (Asghari & Nicholas, 2001; Liew, Brown, Cronan, Bigatti & Kothari, 2013).

Tendo em conta a importância da dor como um mecanismo de sobrevivência, é notável que a perceção da dor seja claramente influenciada pela memória consciente e inconsciente. O funcionamento cognitivo e emocional, bem como os fatores contextuais são incluídos numa formulação biopsicossocial da dor (Thompson, Oldham & Woby, 2016; Rajapakse, Liessi & Howard, 2014). Neste sentido, tem havido um crescente reconhecimento em relação ao grau de dor crónica influenciado por crenças, atitudes e expectativas das pessoas (Nijs, Goubert & Ickmans, 2016; Greenberg, 2014).

Na compreensão biopsicossocial da dor crónica existe um crescente interesse e aceitação sobre a hipótese de que subsiste uma associação direta entre a deficiência física, e intensidade da dor e a incapacidade relacionada à dor e o seu impacto (Gill, Shanahan, Taylor, Buchbinder & Hill, 2013; Jensen et al., 2016).

Um estudo realizado por Martínez-Calderón, Struyf, Meeus, Morales-Ascencio e Luque-Suarez (2017) teve como objetivo analisar o nível de associação entre os fatores psicológicos e dor/incapacidade no início e avaliar o seu prognóstico, avaliar a associação da dor grave e prospectivamente na relação entre a intensidade e a incapacidade da dor ou entre a autoeficácia e a incapacidade em doentes com dor crónica. Este estudo foi realizado em centros de cuidados primários e um hospital da província de Málaga, Espanha com 307 participantes com idades entre os 18 e os 70 anos que sofrem de dor crónica. Os resultados do estudo incluíram a dor aguda, a ansiedade, a depressão, as expectativas de recuperação do doente, a idade, o género, a duração/ intensidade dos sintomas, o nível educacional e outros fatores previsíveis. Este estudo de coorte prospetivo contribuiu para uma nova visão sobre o papel desempenhado pelo medo relacionado à dor, ansiedade, depressão, autoeficácia.

Para além das complicações físicas do cancro, as questões psicológicas como a ansiedade e a depressão, podem surgir igualmente, devido às extensas mudanças no corpo e na mente dos doentes (Alicikus et al., 2009; Hopwood et al., 2010; Chua, DeSantis & Fingeret, 2015).

A ansiedade é decorrente de ligações entre o estado persistente de ansiedade e as respostas intensas ao medo (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003), podendo ser descrita como um estado emocional caracterizado por sensações de perigo iminente e sentimentos antecipatórios desagradáveis que são desproporcionais à representação da ameaça (Thielking, 2007).

Na versão 2 da CIPE, o ICN (2011), definiu ansiedade como uma emoção negativa com características específicas como sentimento de ameaça, de perigo ou de angústia.

A ansiedade é um dos transtornos mentais mais comuns (Patten et al., 2006; Somers, Goldner, Waraich, & Hsu, 2006). A prevalência ao longo da vida dos transtornos de ansiedade é de 16,6% (Somers et al., 2006), comparada com 12,2% para o transtorno depressivo maior (Patten et al., 2006) e 2,2% para o transtorno bipolar (Schaffer, Cairney, Cheung, Veldhuizen, Levitt, 2006). Estes distúrbios não são apenas frequentes e debilitantes, mas também são muitas vezes concomitantes (Andrews, Anderson & Slade, 2008; Lopez, 2006; Revicki et al., 2012).

Existiu evolução relativamente à classificação da ansiedade, nomeadamente em 1993, Massie e Shakin, classificavam a ansiedade em doentes com cancro em três grupos: ansiedade reativa, transtornos de ansiedade pré-existentes e ansiedade relacionada.

- A ansiedade reativa, em que inclui os transtornos de ajustamento, ou seja, reações emocionais a um agente de *stress* identificável e neste caso, a doença, com um grau de psicopatologia que é menos grave do que os transtornos mentais diagnosticáveis como a ansiedade generalizada. O doente experimenta sofrimento significativo que é superior ao que seria esperado da exposição ao agente de *stress* e uma deterioração significativa no funcionamento.
- Os distúrbios de ansiedade pré-existentes em que incluem os distúrbios de pânico, os distúrbios de ansiedade generalizada e os transtornos de *stress* pós-traumático, que são distinguíveis dos outros transtornos de ansiedade de longa duração. Estes distúrbios são geralmente, caracterizados pelo medo extremo de perder o controlo e, se oprimido em algumas circunstâncias como, os ataques de pânico repentinos, as reações de ansiedade extrema provoca excitação do sistema nervoso simpático. Assim, a ansiedade intensa é acompanhada de sintomas somáticos graves, tais como a falta de ar, tontura, palpitações, tremores, diaforese, náuseas, sensação de formigueiro e medo de enlouquecer ou de ter um enfarte.
- A ansiedade relacionada com dor não controlada, causas metabólicas, efeitos colaterais da medicação, estados de abstinência e tumores produtores de hormona, pode resultar num aumento dos níveis de ansiedade no doente com cancro. Estes que experienciam dor intensa são mais ansiosos, e a ansiedade por sua vez pode potencializar a sensação de dor. Consequentemente é importante tratar a ansiedade de modo a gerir adequadamente a dor. A ansiedade pode ser o primeiro sinal de uma mudança no estado metabólico.

O autor Townsend (2002) descreveu a ansiedade em quatro níveis:

- Ansiedade leve, em que neste nível raramente existem consequências para os doentes, sendo uma resposta às atividades da vida;
- Ansiedade moderada em que neste nível os doentes já começam a apresentar diminuição da capacidade de atenção e de concentração. Evidência de tensão muscular e inquietação;
- Ansiedade grave em que o doente apresenta um limite de atenção extremamente reduzido, apresentando dificuldades na finalização das actividades, sentindo odio, medo e desgosto. Evidencia sintomas físicos como a dor, as insónias, as palpitações e os sintomas emocionais como confusão;

- Ansiedade de pânico que consiste no nível mais intenso de ansiedade e como tal o doente pode apresentar perda de contacto com a realidade, podendo desencadear alucinações ou delírio e sensação de morte iminente.

Os doentes com um diagnóstico de cancro aprendem sobre a reincidência ou no caso em que o tratamento tenha sido ineficaz, geralmente experimentam um choque inicial ou a descrença, seguida de tumulto emocional, ansiedade e sintomas depressivos. A incapacidade de concentração, insónias, perda de apetite, irritabilidade e pensamentos intrusivos sobre o futuro, são igualmente frequentes (Breitbart et al., 2010). A ansiedade é uma reação normal a ameaças como o cancro e alguns doentes apresentam uma resposta ansiosa que prejudica o seu funcionamento diário. Frequentemente, a ansiedade aumenta à medida que a doença progride ou à medida que o tratamento se torna mais agressivo, bem como em pontos de transição que representam os eventos ameaçadores ao longo do curso da doença (Stark et al., 2002).

Os sintomas são semelhantes na maioria dos doentes, independentemente de representarem respostas agudas ao cancro ou ao seu tratamento, ou que façam parte de um transtorno de ansiedade preexistente, exacerbado pelo seu diagnóstico.

De acordo Mitchell et al. (2012), no DSM-IV é relevante uma avaliação física completa dos primeiros sinais das perturbações de ansiedade, e como tal é necessário observar:

- Perturbação da ansiedade generalizada: preocupação excessiva ou imenso *stress*. Os doentes podem apresentar mialgias, tremores, palpitações, xerostomia, náuseas, vômitos, rubor, poliúria e disfagia por um período igual ou superior a seis meses;
- Perturbação de pânico: Medo intenso descontrolado e ataque de pânico. Os episódios manifestam-se rapidamente e podem ser medo (morte, perdas), dissociação (sensação de estar a acontecer a outra pessoa), náuseas, sudorese, dor no peito, palpitações, tremores e sensação de tontura ou de desequilíbrio;
- Fobia: Medo irracional de espaços abertos (agorafobia), de estar em situações sociais como o de falar em público ou de estar em eventos (fobia social) e medo de um objeto ou situação específica (fobia simples);
- Perturbação obsessivo-compulsivo: Desejo ou emoção repetitiva (obsessão) e ato repetitivo que parecer intencional (compulsão). Os comportamentos parecem rituais;
- Perturbações de pós-*stress* traumático: Trauma emocional ou físico inesperado. Os sintomas são afastamento social, baixa auto estima, alteração na relação com pessoas significativas, dificuldade em obter novas amizades, depressão, irritabilidade e dependência química.

Os sintomas de ansiedade aguda incluem, segundo Thielking (2007), alterações fisiológicas como a taquicardia, a taquipneia, o tremor, a tensão muscular, as alterações gastrointestinais e psicológicas, como por exemplo a apreensão, a perda de controlo e o medo. Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004) também mencionam que os doentes podem apresentar dificuldade em relaxar, excitação nervosa, agitação, irritabilidade, reação exagerada e impaciência.

Os autores Miovic e Block (2007) complementam referindo inquietação, sensação desagradável de excitação (taquicardia, sudorese, opressão desagradável no estômago, falta de ar, tonturas), inquietação, irritabilidade, incapacidade de relaxar, tendência a sobressaltar, insónias, recorrentes pensamentos intrusivos e imagens de pessoas com cancro, sensação de desgraça iminente, desamparo e uma sensação de perda de controlo sobre os próprios sentimentos e distúrbios vegetativos (anorexia, diminuição do interesse sexual).

Segundo Monroy, Torres e Aguilar (2009), distribuem a ansiedade, em relação à sua sintomatologia, em três tipos, denominando-a como somática, cognitiva e comportamental:

- Somática: alteração do ritmo cardíaco, náuseas, vômitos, tensão muscular, mal-estar;
- Cognitivo: Pensamentos negativos e distorcidos relativamente à doença e seu prognóstico, aos medos relacionados com as perdas de capacidade funcional, de autonomia, de controlo e do medo de morrer;
- Comportamental: Isolamento social, irritabilidade e evitamento dos estímulos temidos.

Os autores Craske et al. (2009) acrescentam à caracterização supracitada as manifestações emocionais que é a sensação de tensão, de medo, de inquietação, de irritabilidade e de apreensão. Também acrescenta nas manifestações somáticas as lipotimias, os distúrbios do sono, a xerostomia, e a agitação, nas cognitivas o défice de concentração e a resposta de alerta excessiva e nas manifestações comportamentais complementa com as tendências compulsivas.

A ansiedade pode afetar o comportamento de uma pessoa em relação à sua saúde, contribuindo para um atraso ou negligência de medidas que possam prevenir ou tratar o cancro adequadamente. A ansiedade pode levar a uma superestimação do prognóstico negativo. Por exemplo, as mulheres com altos níveis de ansiedade, que aprendem que têm um nível geneticamente maior de risco de cancro de mama em relação ao que acreditavam anteriormente, poderiam realizar autoexames de mama com menos frequência (Partridge et al., 2008). Ansiedade também pode atrasar ou interferir com a procura de cuidados médicos.

Salienta-se que a ansiedade patológica pode ser identificada porque tem tendência para ser desproporcional ao nível de ameaça, persiste ou deteriora-se quando nenhuma intervenção é realizada, sendo a intensidade dos sintomas inaceitável, independentemente da intensidade da ameaça, e os doentes experimentam uma interrupção do seu funcionamento normal ou desejável. Contudo, estes critérios são difíceis de aplicar em doentes com cancro, uma vez que esta patologia está sempre associada a alguma forma de ameaça, como a perda, a morte, a alterações funcionais do corpo, de papéis e da imagem corporal (Smith et al., 2011). A ansiedade patológica é uma resposta exagerada a uma ameaça no âmbito emocional no que alude à intensidade, à frequência, ao grau de interferência e à duração.

Em suma e de acordo o DSM-5 os critérios de diagnóstico do transtorno da ansiedade são a presença de medo ou ansiedade impróprios e excessivos, sofrimento excessivo e antecipado de uma ocorrência, preocupação persistente e excessiva de um evento indesejado, relutância persistente ou recusa a sair, afastar-se ou dormir longe de casa, temor persistente e excessivo de ficar sozinho, pesadelos repetitivos e repetitivas queixas de sintomas somáticos (cefaleias, náuseas, vômitos) aquando a separação de pessoas próximas (American Psychiatric Association, 2013).

Assim sendo, a ansiedade pode flutuar em momentos críticos da trajetória de qualquer doença, principalmente pela ameaça de cancro, do tratamento e da progressão da doença (Traeger, Greer, Fernandez-Robles, Temel & Pirl, 2012).

As pessoas que vivem com estes transtornos aprendem a viver com as suas doenças dia-a-dia, podendo sempre ocorrer uma taxa elevada de recorrência (Hardeveld, Spijker, Graaf, Nolen & Beekman, 2010). Alguns estudos, demonstram que o uso de estratégias de autogestão desempenham um papel importantíssimo na recuperação da saúde mental (Russell & Browne, 2005; Sterling, von Esenwein, Tucker, Fricks & Druss, 2010; Santos, 2013).

Os doentes raramente expressam os seus sentimentos de ansiedade diretamente durante o processo de tratamento (Söllner et al., 2001). Assim sendo, a ansiedade deve ser rotineiramente avaliada, dependendo da situação do doente, utilizando os instrumentos de uma abordagem sistemática (Kirkova, Walsh & Russel, 2009; Bainbridge et al., 2011; Traeger et al., 2012).

Segundo Neeb (2000) recomenda intervenções de enfermagem para pessoas com perturbações de ansiedade nomeadamente o de manter um ambiente calmo e seguro para o doente se manter concentrado, manter uma comunicação aberta para verbalizar seus pensamentos e sentimentos, observar sinais de pensamentos suicidas, registar mudanças comportamentais e encorajar atividades.

Este humor deprimido a longo tempo, a perda de interesse e de prazer a executar quase todas as atividades pode desencadear a depressão. Spoerri (2000) refere que a depressão inclui mudanças de humor, aumento da latência entre perguntas e respostas, déficit de atenção e concentração, fadiga, desânimo, pessimismo, sentimentos de arrependimento, baixa autoestima, delírios e alucinações, anorexia, insónias, ideias suicidas ou auto lesivas, de culpa e de inutilidade.

Parafrazeando Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004) os doentes podem apresentar disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto depreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia.

Para Maj e Sartorius (2005), a depressão é uma síndrome psíquica e que desencadeia síndrome de desânimo e de sentimentos como melancolia, irritação ou temor. São distúrbios emocionais que afetam o corpo, o humor, o pensamento, o apetite, os padrões de sono, os sentimentos da pessoa. Esta sintomatologia pode ser de origem espontânea ou desencadeada por fatores orgânicos, situacionais e/ou ambientais.

Tendo em conta a panóplia de sintomas, Beck delineou um modelo cognitivo da depressão e que consiste em três conceitos: tríade cognitiva, pensamentos automáticos/distorções cognitivas e esquemas ou crenças centrais. Relativamente à primeira relata a visão inadequada de si (visão negativa de si próprio, das suas interações com o meio ambiente como as relações, trabalho e atividades, e do futuro), a segunda refere os pensamentos breves e involuntários que ocorrem inesperadamente e que pode ser processada de forma distorcida, negativa e auto referente e no último conceito menciona esquemas que podem estar inativos ou que se podem manifestar em caso de *stress* e que são padrões cognitivos decorrentes de experiências, de aprendizagens, de observações e de avaliações adquiridas (Knapp & Beck, 2008).

A autora Sene-Costa (2006) refere que para a utilização do termo depressão temos de ter em atenção se a manifestação é como um estado afetivo normal (processo de luto devido a uma perda recente), como sintoma (resposta a situações *stressantes*, pós-trauma, alcoolismo, doenças clínicas, esquizofrenia, ou condições socioeconómicas desfavoráveis), como síndrome (perturbações de humor, alterações cognitivas – pensamento lento, falta de concentração, alterações psicomotoras – lentificação generalizada e alterações vegetativas – insónia, perda do apetite) ou como doença (transtornos depressivos unipolares e bipolares).

A expressão depressão tem sido utilizada aquando a existência de transtornos sem explicação aparente ou relacionada com situações de frustração e desapontamento e de perda ou derrota (Monteiro, Coutinho & Araújo, 2007).

Conforme a CID-10, da OMS (2003), a depressão é chamada de transtorno de humor e esta subdivide-se em Transtorno Afetivo Bipolar, Transtorno Depressivo Recorrente, Episódios Depressivos e Transtorno Persistente do Humor (ciclotimia e distímia).

Parafraseando a American Psychiatric Association (2005), no DSM IV, existem diversas desordens de humor:

- Perturbação distímica - presença de humor depressivo durante dois anos e presença de sintomas depressivos, mas sem critérios de episódios de depressão major;
- Transtorno depressivo especificado e não especificado - aplica-se quando o doente apresenta sintomas de um transtorno depressivo, mas que não se enquadra na totalidade dos critérios de diagnóstico do mesmo. O que difere entre eles é que no primeiro existe uma causa específica que justifica os sintomas ansiosos e no segundo o clínico opta por não especificar a razão pela qual os critérios para diagnosticar um transtorno depressivo não são satisfeitos;
- Perturbação ciclotímica – presença de episódios de hipomaníacos durante dois anos, bem como de sintomas depressivos, mas sem critérios de episódio de depressão major;
- Perturbação bipolar I - presença de um ou mais episódios maníacos ou mistos, acompanhados geralmente por episódios de depressão maior. Para ser considerado episódios de mania é necessário a presença de três ou mais dos seguintes sintomas da perturbação do humor durante uma semana - aumento da atividade laboral e relacional, excessivo envolvimento em atividades de prazer, distractibilidade, insônia, fuga de ideias, auto estima exagerada. Nos episódios mistos os sintomas devem satisfazer os critérios tanto do episódio de depressão maior como o de maníaco.
- Perturbação bipolar II - presença de um ou mais episódios de depressão major acompanhados de pelo menos um episódio hipomaníaco (apresentação clínica igual ao episódio de mania só que a duração é inferior a quatro dias).

Para além das supracitadas, também descreve as perturbações do humor a um estado físico geral e induzido por substâncias e as perturbações bipolares sem outra especificação.

- Depressão aguda ou unipolar: desenvolvem uma imensidão de sintomas, nomeadamente o humor triste, a perda de prazer, a ausência de alucinações ou os delírios e surge diminuição/aumento do peso, perturbações nos padrões do sono, fadiga, aumento da agitação, culpabilização ou auto desvalorização, ideações suicidas, diminuição da capacidade de pensar, recordar ou concentrar e aumento ou diminuição da atividade normal;

- Depressão bipolar: alternância de mania extrema (exaltação ou agitação extrema) (euforia, aumento da energia, atividade, fuga de ideias, desassossego, diminuição da necessidade de dormir, irritabilidade, aumento da atividade sexual) e depressão extrema;

No artigo de revisão de Rio (2008) considera que a depressão unipolar e a bipolar são distúrbios divergentes no que concerne à sua etiologia e à sintomatologia, classificando assim a depressão em unipolar e em bipolar. Esta autora inclui o distúrbio depressivo major e a distímia na depressão unipolar. O distúrbio depressivo major acaba quando finalizam os episódios de depressão major, história de mania ou hipomania.

De acordo com a American Psychiatric Association (2013) no DSM-5 o transtorno depressivo inclui o transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (inclui episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno depressivo induzido por substância/medicamento ou por outra condição médica, transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado:

- No transtorno disruptivo da desregulação do humor os doentes apresentam explosões de raiva recorrentes e inconsistentes, em média superiores a três vezes por semana, manifestadas pela linguagem ou pelo comportamento. O humor entre os episódios de raiva é de irritabilidade ou zanga e estas atitudes são observadas pelas outras pessoas. Não são efeitos colaterais de medicação ou de outra condição médica. Recomendada a avaliação entre os 7 a 18 anos de idade;
- Na depressão maior os doentes apresentam episódios de depressão major e os critérios para este diagnóstico é a presença de pelo menos cinco dos seguintes sintomas, durante todo o dia e pelo menos 15 dias consecutivos; Humor deprimido; Diminuição do prazer ou do interesse nas atividades; Perda ou ganho de peso acentuado sem realização de dietas; Insónia ou hipersónia; Agitação ou retardo psicomotor; Fadiga e perda de energia; Sentimento de inutilidade, de culpa excessiva ou inadequada; Capacidade diminuída no pensamento e na concentração; Pensamento de morte e de ideações suicidas. Os sintomas não são efeitos secundários medicamentosos ou outra condição médica e provocam alterações sociais, ocupacional ou de outras vertentes na vida da pessoa;
- No transtorno depressivo persistente (distímia) os doentes exibem o humor reduzido ou deprimido com perda de apetite, insónias ou hipersónia, fadiga, baixa autoestima, sentimentos de desesperança e dificuldade em tomar decisões ou de se concentrar. É uma depressão aguda que se prolonga por dois anos no adulto.

Conforme OMS (2003) a CID-10 classifica a depressão em episódio depressivo leve, moderado, grave sem sintomas psicóticos e grave com sintomas psicóticos. No episódio leve os doentes apresentam dois ou três dos sintomas supracitados e o doente consegue desempenhar a maioria das suas funções. No moderado os doentes têm quatro ou mais e nesta o doente já apresenta dificuldade em desempenhar as atividades de vida diárias. No episódio depressivo grave os doentes estão sem sintomas psicóticos e é típico a perda de auto estima e culpabilização. O que difere do grave são os sintomas psicóticos, porque nesta última os doentes apresentam alucinações, ideias delirantes e lentificação psicomotora (OMS, 2003).

Já Souza, Fontana e Pinto (2005) qualificam a depressão nesta sintomatologia, mas referiam que na classificação de leve o cotidiano não era alterado pelos sintomas depressivos, mas notava numa diminuição do prazer e da satisfação para com as atividades a realizar. Quanto à moderada já surge dificuldades em manter a realização das atividades, embora ainda apresente empenho e esforço a cumpri-las, mas já começa a demonstrar perda de prazer e desinteresse. Quanto à elevada esta pode atingir estado de estupor e de comportamentos suicidas e pode provocar incapacidade irreversível.

Com a mesma ideologia, Andrews et al. (2008), apresentam que existem vários tipos de depressão que a pessoa pode sofrer, sendo que esta manifesta-se por episódios maníacos e episódios depressivos que envolve sintomas como o humor deprimido, a perda de interesse e de prazer e o aumento de fadiga. Dependendo do número e gravidade dos sintomas, uma depressão pode ser categorizada como leve, moderada ou grave. Uma pessoa com um episódio depressivo leve terá alguma dificuldade em continuar com o trabalho ordinário e as atividades sociais, mas provavelmente não cessará de funcionar completamente. Durante um episódio depressivo grave, por outro lado, é muito improvável que o doente seja capaz de continuar com o trabalho social, com as atividades, exceto numa extensão muito limitada.

Para a American Psychiatric Association (2013) no DSM-5, os transtornos depressivos são classificados de acordo com a gravidade e pode ser leve quando os doentes apresentam dois sintomas, moderado quando ocorrer três sintomas, moderado-grave na presença de quatro ou cinco sintomas e grave com quatro ou cinco sintomas com agitação motora.

Segundo Juvier e Vercosa (2008) a depressão subdivide-se em três eixos: comportamental, psicológico e somático. No primeiro eixo o doente apresenta agressividade excessiva, lentificação psicomotora, perda de concentração, agitação, comportamentos auto lesivos, dificuldade em tomar decisões, sentimento de inutilidade e incapacidade. No segundo eixo relata a desmoralização, a desesperança, a tristeza, a perda de auto estima, a melancolia, a auto desvalorização, a culpabilização, a fatalidade, o pessimismo e a ideação suicida. No eixo somático o autor menciona anorexia ou aumento do apetite fadiga, astenia, distúrbios do sono com insónias ou hipersónia.

A depressão é 50% maior para as mulheres do que para os homens (OMS, 2008). Esta evidencia também é relatada pela American Psychiatric Association (2005) no DSM-IV. A investigação nos países em desenvolvimento demonstra que depressão materna pode ser um fator de risco para o crescimento em crianças pequenas (Rahman, Malik, Sikander, Roberts & Credd, 2008).

A depressão major pode estar presente em 15% dos doentes com dor oncológica (Valentine, 2003). Para Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins e Saul (2001) entre 25 a 50% dos doentes oncológicos apresentam problemas psicológicos e mais de 25% têm depressão major ou humor depressivo. Contudo, para Telles-Correia e Barbosa (2009), a prevalência de sintomas depressivos dos doentes em situação de doença crónica está entre os 15% e os 61%. A depressão é o transtorno psiquiátrico mais recorrente em doentes oncológicos, com uma prevalência de 22% a 29%, sendo 14% em ambulatório, e está relacionado com a dor e o funcionamento físico reduzido (Bottino, Fraguas & Gattaz, 2009). Massie (2004) refere que a prevalência de depressão difere consoante as características clínicas estudadas e que esta aumenta de 25% a 75% nos doentes em fim-de-vida.

A depressão é a condição psiquiátrica mais comum no cancro, sendo esta quatro vezes mais comum neste tipo de doentes do que na população geral (Laird, Boyd, Colvin & Fallon, 2008). As neoplasias que têm sido mais associadas à incidência de depressão são as pancreáticas, as orofaríngeas, as da mama e do pulmão (Miovic & Block, 2007) e com idade mais baixa e com dor crónica descontrolada (Pandey et al., 2006; Trancas, et al., 2010)

Quando os doentes negam a sua situação de doença, entram em depressão, sendo esta uma fase de adaptação à doença preconizada por Kübler-Ross (2008). A mesma refere que esta fase é transitória e está associada quando as fases anteriores (negação, revolta e negociação) fracassaram e o doente entra num estado de desânimo, inquietação, anorexia com alterações do sono, entre outros sintomas. A fase seguinte a esta é a de aceitação à doença.

A autora definiu dois tipos de depressão: reativo (sentimentos de impotência relacionado com problemas ou necessidades que precisam ser resolvidos) e preparatória (preparação para a morte ou separação relacional, e nesta é fundamental o silêncio e a presença do cuidador informal). A comunicação nesta última é sobretudo não-verbal.

A depressão coloca-se como principal morbidade psiquiátrica da doença oncológica e está relacionada com a baixa adesão terapêutica, internamentos mais prolongados e diminuição da qualidade de vida (Miovic & Block, 2007). Apresentam sentimentos de tristeza e de desespero que interferem, negativamente, na adesão aos tratamentos e estão relacionados com a localização do tumor, estágio clínico, dor, capacidade funcional, suporte social (Bottino et al., 2009). É relatado que a depressão em doentes com cancro pode ser causada pelo diagnóstico, pela longa duração do tratamento, pelos efeitos do tratamento, pela perturbação da vida e pela diminuição da qualidade de vida (Jadon, Munir, Shahzard & Choudhrz, 2010).

Os fatores de risco para a depressão em doentes oncológicos são o isolamento social, a dor, as pressões socioeconómicas, o abuso de drogas, a história de suicídio e de perturbações de humor e a escassa rede de apoio social (Miovic & Block, 2007). Outros autores também mencionam o isolamento social, as perdas, o pessimismo, a presença de dor, as pressões socioeconómicas, o abuso de substâncias, as perturbações de humor, as tentativas de suicídio, as limitações e o desconforto físico (Pandey et al., 2006; Trancas et al., 2010).

A ansiedade e a depressão provocam incerteza e senso de incapacidade que leva a uma diminuição da autoestima. O primeiro e o mais importante aspeto é a mudança na estrutura do corpo. A remoção do peito é equivalente à perda da feminilidade e forma o sentimento de inferioridade, provoca o sentimento de constrangimento, isolamento da sociedade e mesmo isolamento da família. Infelizmente, esses resultados causam dramas familiares e, muitas vezes, uma maior distância entre a doente e o seu parceiro (Carr et al., 2002).

O estudo de Lichtenstein et al. (2015) teve como objetivo avaliar os níveis de depressão de doentes com cancro e examinar a associação entre a depressão e apoio social. Revelou correlação em que as altas pontuações de depressão foram associadas ao sexo feminino, baixa escolaridade e desemprego, a baixos níveis de apoio social e altos níveis de desestabilização social.

Para além de lidar com a preocupação pelo seu diagnóstico e que desencadeiam ansiedade e depressão, os doentes com cancro e as suas famílias devem lidar com os fatores de sofrimento psicológico decorrentes dos tratamentos, deficiência permanente de saúde e deficiência, a fadiga e a dor. Todos estes efeitos contribuem para o sofrimento emocional e problemas de saúde mental (Hegel et al., 2006; Sabiston et al., 2010).

O cancro é uma doença grave que tem grandes efeitos sobre o bem-estar físico e emocional dos doentes. O reconhecimento do cancro representa um evento difícil que causa angústia psicológica significativa, acompanhada por ansiedade e depressão (Massie, 2004).

Já Béfécadu (1993) mencionava o sofrimento no sentido de unidade e coerência do «eu», ou seja, como fonte psicológica. Relata a consciência que a pessoa tem de si, através de percepções sensoriais, processos cognitivos, afetivos e espirituais, relacionando com a perda ou ameaça da unidade pessoal.

O sofrimento emerge do desequilíbrio do “eu”, ou seja, devido à percepção das suas vivências e dos sentimentos de perda ou de ameaça, desencadeando perturbações emocionais, nomeadamente angústia e tristeza (Carqueja, 2009).

Estes doentes tendem a apresentar alterações de humor, sentimentos de perda de controlo, perda de esperança, de sonhos ou de necessidade de redefinir-se perante o mundo e o futuro (Pessini et al., 2004).

Segundo Gameiro (1999; 2000) e Barbosa (2010) este tipo de sofrimento pode apresentar-se de diversas formas, nomeadamente no âmbito emocional e mental. O primeiro relaciona-se com a presença de insónia, de ideações suicidas, de humor variável e com tendências de abandono (Barbosa, 2010) e a forma como a pessoa lida com a situação poderá modificar a postura que adquirirá com as outras pessoas e no modo de lidar com a situação. No segundo está subjacente a perda ou ameaça da identidade pessoal, pelos esforços em encontrar sentidos e significações e na dificuldade em manter o controlo (Gameiro, 1999), dificuldades na concentração e na memória, preocupações com tudo e na resolução dos problemas decorrentes da sua situação clínica (Barbosa, 2010).

O sofrimento psicológico está relacionado com as alterações cognitivas (centram-se na gravidade da doença) e emocionais (aumento da ansiedade e da tensão provocadas pela doença) (Gameiro, 2000).

Os autores Pereira e Lopes (2002) e Ryan et al. (2005) referem que o *stress* é comum nos doentes com cancro, provocado pela instabilidade da doença e pelos medos e fantasias associados a esta. O *stress* do tratamento e incerteza pela eficácia do mesmo (Pereira & Lopes, 2002). Ryan et al. (2005) denominam estes medos em seis “Des”: *death* (morte), *dependency* (dependência), *disfigurement* (deformidade), *disability* (incapacidade), *disruption of interpersonal relationship* (alteração das relações interpessoais) e *discomfort* (dor) (Carqueja, 2009).

Cada doente apresenta reações diferentes, sendo as psicológicas também específicas, contudo, mesmo após controlo sintomático e pós-tratamento podem permanecer tristes e solitários devido às alterações provocadas na autoimagem e na autonomia e, conseqüentemente o impacto destas na sua vida (Sales, 2003).

Este sofrimento psicológico por vezes surge também devido à falta de informação acerca da sua situação clínica e dos tratamentos que serão submetidos e à restrição da liberdade física que o internamento pressupõe. Como tal, Cadete (2005) refere que os doentes, em regime de ambulatório, tendem a apresentar, nesta dimensão, níveis de sofrimentos mais baixos.

Diversos são os autores, em Portugal, que através dos seus estudos têm centrado as suas investigações na saúde mental dos doentes oncológicos, pois como refere Souza e Seidl (2014) o diagnóstico de cancro é uma situação que proporciona um desequilíbrio de emoções perante o qual o doente tem que mobilizar diversos recursos e capacidades individuais.

Segundo Rodrigues (2007) revelou correlação entre ansiedade elevada e a dor crónica ($p < 0.001$) e entre as mulheres com ansiedade em relação aos homens ($p < 0.05$). No que concerne à depressão constatou que as pessoas com dor tendem a apresentar níveis de depressão mais elevados ($p < 0.001$), em que os doentes com dor apresentam 54.5% de depressão moderada, 20.5% depressão leve e 25% não apresentam depressão.

O autor Guadalupe (2008) desenhou um estudo que descreve as características e analisa as relações entre saúde, e para tal utilizou a versão Portuguesa do Mental Health Inventory (MHI), o inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e a Escala de Apoio Social. Constatou valores médios de 47.01 para a ansiedade, 40.2 para a depressão, 33.42 para as perdas de controlo emocional e comportamental, 47.96 para os afetos positivos, 70.34 para os laços emocionais, 40.58 para o *distress* psicológico e 52.75 para o bem-estar psicológico. Revelou que as mulheres registaram valores médios superiores aos homens em todas as dimensões negativas desta escala e valores mais baixos nas positivas ($p < 0.003$). Também mencionou correlação negativa entre as habilitações literárias e estas dimensões ($p < 0.05$),

em que as pessoas com habilitações mais elevadas são as que apresentam pior índice de saúde mental.

Em 2010, Carvalho desenhou um estudo transversal com o intuito de explorar as diferenças na intensidade da dor, nos níveis de ansiedade e de depressão em doentes oncológicos. Utilizou o Inventário de Saúde Mental (ISM) e a Escala Qualitativa da Dor. Relativamente à dor apresentavam uma intensidade média de 2.11, em que na maioria apresentavam dor moderada (43.4%). Quanto à ansiedade apresentou uma média de 3.48 e a depressão de 3.67. Foi observado uma associação estatisticamente significativa ($p = 0,047$) entre género e os níveis de ansiedade, em que as mulheres (3.22) apresentam níveis de ansiedade mais elevados em relação aos homens (3.74). Também relata correlação positiva ($p = 0.004$) entre a ansiedade e a dor e entre a depressão e a dor ($p = 0.012$), em que os doentes com níveis de ansiedade e de depressão mais elevados apresentam mais intensidade de dor.

No estudo de Machado (2011) verificou que 62,0% dos doentes tomam antidepressivos. Em função do sexo, a maioria das mulheres (73,1%) toma antidepressivos, em contraste com os homens, em que este valor se situa nos 50,0%. No entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,093$). Relata médias de depressão de 27.23 para as mulheres e 24.63 para os homens. Quanto à gravidade verificou que 60.0% os doentes mencionaram depressão grave, 20.0% depressão de nível moderado, 12.0% leve e 8.0% não apresentam qualquer sintomatologia depressiva.

Segundo Milhomens (2014), no seu estudo, pretendeu avaliar as correlações entre dor, ansiedade e depressão em doentes oncológicos. Para tal utilizou a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). No que se refere aos níveis de ansiedade e depressão os sujeitos obtiveram, respetivamente médias de 10,29 e de 9,75. Os níveis de ansiedade são mais elevados no género feminino do que no género masculino (11,12 e 9,22), sendo a diferença estatisticamente significativa ($p = 0.017$). Existiu correlação positiva entre a ansiedade e a dor ($p = 0.003$) e entre a depressão e a dor ($p = 0.048$). Estes valores sugerem que à medida que aumenta a dor, aumentam concomitantemente os níveis de ansiedade e depressão.

Em 2014, Silva realizou um estudo com o intuito de analisar a existência de diferenças entre doentes oncológicos, familiares e população em geral, no que respeita ao bem-estar subjetivo. Revelou que os doentes com formação superior tendem a apresentar níveis de pessimismo mais baixos em relação aos restantes níveis de escolaridade ($p = 0.001$), bem como os doentes viúvos. Contudo os doentes divorciados apresentam elevados níveis de otimismo ($p = 0.003$) e os casados altos níveis de autoestima ($p = 0.041$). Também observou altos níveis de afetividade positiva ($p < 0.001$), de otimismo ($p = 0.049$) e de satisfação com

a vida ($p = 0.049$) para os doentes que estão no ativo. Relatou, nos doentes oncológicos, a existência de várias associações: Idade com o otimismo ($r = -0.292$ e $p < 0.001$) e com o pessimismo ($r = 0.251$; $p = 0.019$); Otimismo com a satisfação com a vida ($r = 0.453$ e $p < 0.001$), com a autoestima ($r = 0.518$ e $p < 0.001$) e com o pessimismo ($r = -0.457$ e $p < 0.001$); Pessimismo e a satisfação com a vida ($r = -0.343$ e $p = 0.001$) e com a autoestima ($r = -0.445$ e $p < 0.001$); Afetividade positiva com a afetividade negativa ($r = 0.752$ e $p < 0.001$); Satisfação com a vida com a autoestima ($r = 0.425$ e $p < 0.001$).

O autor Costa (2015) pretendeu determinar os padrões emocionais dos doentes e utilizou como instrumentos de colheita de dados o Questionário de Sono de Oviedo, a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, a Herth Hope Index e os Termómetros Emocionais. Com diagnóstico de neoplasia apresentou 67,5%, exibindo como sintomas mais prevalentes cansaço grave (41,0% e $\bar{x} = 5.42$), sensação de bem-estar (37,3% e $\bar{x} = 4.84$), alteração do apetite (37,3% $\bar{x} = 4.71$), e esperança diminuída (27,7%). Relativamente ao padrão emocional, 47,0% apresentou sofrimento emocional e revolta, 48,2% ansiedade ($\bar{x} = 4.72$), 36,1% depressão ($\bar{x} = 4.36$) e 74,7% referiu necessidade de ajuda. No que concerne ao bem-estar constatou um equilíbrio relativo revelando alterações ligeiras (32,5%), moderadas (30,1%) e graves (37,3%). Contudo, existem mais homens (75,6%) que referiram maior alteração na sua sensação de bem-estar (moderada ou grave) do que as mulheres (59,5%). Quanto à depressão 42,2% das pessoas referem depressão leve, 26,5% depressão moderada e 31,3% depressão grave e verificou a existência de um equilíbrio entre os homens (60,6%) e as mulheres (54,8%) que referiram depressão moderada ou grave. Esta relação também foi observada na ansiedade e a maioria das pessoas sentiram ansiedade moderada ou grave (61,4%). Estas diferenças entre as dimensões e o sexo não são significativas.

Assim sendo, estas implicações serão minimizadas quando existir uma evolução, adaptação e mobilização de estratégias. No entanto, se não ocorrer autorregulação limitará a liberdade, inibirá a criatividade e gerará desespero e início dos supracitados transtornos.

2 - ESTADO DA ARTE DOS EFEITOS DA MASSAGEM TERAPÊUTICA NO DOENTE ONCOLÓGICO

Em 1990, Weinrich e Weinrich efetuaram um estudo experimental a 28 doentes oncológicos a realizar radioterapia e quimioterapia. Teve dois grupos, o experimental onde foi aplicado 10 minutos de massagem dorsal e o grupo de controlo em que os alunos de enfermagem faziam 10 minutos de visita. Referem diminuição dos níveis de dor imediatos no sexo masculino ($p = 0.01$) e apenas no grupo experimental. Os autores utilizaram a Escala Visual Analógica (EVA).

Em 1993, Ferrell-Torry e Glick, desenharam um estudo exploratório em que aplicaram 30 minutos de massagem terapêutica durante duas noites em nove doentes oncológicos do sexo masculino hospitalizados por dor. Utilizaram como instrumentos de medida a EVA e o Spielberger State Anxiety Inventory. Também avaliaram a tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória. Observaram efeitos na diminuição da dor em 60% e na ansiedade em 24%, bem como nos sinais vitais, indicando a sua ação relaxante e conseqüentemente aumento do relaxamento.

Parafraseando Ahles et al. (1999) fizeram o estudo a 34 doentes a aguardar transplante da medula óssea. Foram aplicadas três massagens numa semana e cada uma com a duração de 20 minutos. Revelaram efeito imediato na diminuição do *distress* ($p = 0.02$), da ansiedade ($p < 0.001$) e das náuseas ($p = 0.01$), mas sem diferenças significativas destas variáveis a longo prazo. Utilizaram com instrumentos de colheita de dados State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Depression Inventory (BDI) e a Brief Profile of Mood States (POMS).

No ano 2000, Wilkie et al., realizaram um estudo aleatório com 29 doentes oncológicos, em que o grupo experimental recebeu duas massagens por semana, com duração de duas semanas. Constataram que existiu uma redução da intensidade da dor em 42% no grupo experimental e 25% para o grupo de controlo ($p < 0.05$).

Em 2000, Grealish, Lomasney e Whiteman, realizaram um estudo randomizado com 87 doentes, em que aplicaram 10 minutos de massagem terapêutica nos pés (cinco minutos para cada pé) durante três dias no grupo experimental e observaram diminuição imediata da dor ($p < 0.001$), das náusea ($p < 0.001$) e aumento do relaxamento ($p < 0.001$), tendo utilizado a EVA.

Os autores Toth et al., em 2003, efetuaram um estudo piloto com doentes com metástases, em que aplicaram 34 minutos de massagem terapêutica diárias durante quatro semanas. Avaliaram a dor e a ansiedade com a EVA e a qualidade de vida com a Quality Of Life (QOL). Revelaram diminuição da dor de 5,50 para 3,83, no entanto, a ansiedade aumentou de 3,83 para 4,75.

Para Post-White et al. (2003), investigaram o efeito de 34 minutos diários da intervenção massagem terapêutica, durante 4 semanas, e verificaram uma redução dos níveis de ansiedade ($p = 0.023$), da dor com diminuição da utilização de analgésicos ($p < 0.001$), da tensão arterial ($p < 0.01$), da frequência cardíaca ($p = 0.11$) e respiratória, bem como do humor ($p = 0.004$) e da fadiga ($p = 0.028$). Contudo, não apresentaram alterações significativas nas náuseas. Estes autores realizaram um estudo randomizado com 164 doentes submetidos a quimioterapia e utilizaram como instrumentos de colheita de dados do Inventário Breve da dor (BPI) e Brief Nausea Index (BNI) e POMS.

Parafraseando Soden, Vincent, Craske, Lucas e Ashley (2004) quiseram comparar os efeitos da massagem terapêutica e da massagem terapêutica com aromaterapia em 42 doentes oncológicos. Receberam massagens semanais durante quatro semanas consecutivas. Não foi demonstrado mudanças significativas a longo prazo dos benefícios da aromaterapia ou massagem terapêutica em termos de melhoria no controle da dor, ansiedade ou qualidade de vida. No entanto, o sono teve pontuações que melhoraram significativamente em ambas as intervenções. Houve também uma redução estatisticamente significativa nos níveis de depressão no grupo de massagem terapêutica. A adição de óleo essencial de lavanda não aumentou os efeitos benéficos da massagem terapêutica. Os autores utilizaram a EVA, o Verran e Snyder-Halpern (VSH) (escala do sono), a HADS e a Lista de Sintomas Rotterdam (RSCL).

No mesmo ano, Hernandez-Reif et al. executaram um trabalho de investigação com 34 mulheres com cancro da mama. Para operacionalização das variáveis utilizaram a STAI, o POMS e a Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R). Aplicaram trinta minutos de massagem terapêutica, três vezes por semana, durante cinco semanas, perfazendo 15 massagens terapêuticas. Tiveram um grupo experimental e um de controlo. Constataram efeitos imediatos na ansiedade ($p < 0.01$), no humor deprimido ($p < 0.01$) e na raiva ($p < 0.01$), e a longo prazo apenas na depressão ($p < 0.05$).

Também em 2004, Cassileth e Vickers fizeram um estudo quase-experimental com 1290 doentes e avaliaram a dor, a fadiga, o *stress*, a ansiedade, as náuseas e a depressão através da EVA. Relataram que 31% dos doentes apresentavam ansiedade, 28% dor, 24% depressão e como tal aplicaram 20 minutos de massagem terapêutica em doentes internados e 60 minutos em doentes em ambulatório e constataram que houve uma redução de aproximadamente 50% em todas as variáveis ($p < 0.05$) e que no ambulatório as mesmas melhoraram 10% a mais do que no internamento e com mais durabilidade. Ou seja, a dor reduziu em média 1.7, a ansiedade 2.8, a depressão 1.2.

Em 2005, Deng e Cassileth, realizaram um estudo prospetivo em que 230 doentes foram submetidos à massagem terapêutica. Os doentes mencionaram que esta técnica diminuiu a incidência de fadiga muscular, de ansiedade, de depressão, de consumo de analgésicos de resgate e melhorou o padrão respiratório e circulatório. Não teve grupo de controlo.

Um estudo experimental realizado por Ferreira e Lauretti em 2007 com 34 doentes oncológicos revelou que no grupo experimental (receberam 20 minutos de massagem terapêutica durante 10 dias consecutivos) o consumo de morfina manteve-se durante 10 dias, apesar de ter existido diminuição dos níveis de dor após o 5º dia de intervenção ($p < 0.05$). Neste grupo a qualidade de vida também melhorou significativamente ($p < 0.05$). No grupo de controlo (receberam exercícios respiratórios e motor diários durante 20 minutos) a dor não diminui e o consumo diário de morfina aumentou. Estes autores utilizaram a EVA e a European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30).

Em 2007, Wilkinson et al., executaram um estudo com 288 doentes oncológicos. Tiveram dois grupos, um experimental a quem foram aplicados a massagem de aromaterapia e o grupo de controlo a quem foram realizados apenas os cuidados usuais de suporte. Utilizaram a subescala de STAI e a Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D). Constataram que não existiram diferenças significativas na melhoria da ansiedade e da depressão, no entanto, e através de entrevistas estruturadas, o autorrelato da ansiedade melhorou para os doentes que receberam massagem terapêutica ($p = 0.04$). Esta relação não existiu para o autorrelato da depressão.

No mesmo ano, Billhult, Bergbom e Stener-Victorin, efetuaram um estudo com 39 mulheres com cancro da mama a fazer quimioterapia e aplicaram 20 minutos de massagem terapêutica em cinco ocasiões diferentes no grupo experimental e, no outro grupo apenas aplicaram 20 minutos de visita em cinco momentos distintos. Revelaram que houve uma diminuição significativa das náuseas no grupo experimental ($p = 0.025$), no entanto, não existiram diferenças entre a ansiedade e a depressão em ambos os grupos. Estes autores utilizaram a EVA para as náuseas e para as restantes variáveis utilizaram o HADS.

Em 2008, Kutner et al., realizaram um estudo prospetivo (2003-2008) em 380 doentes oncológicos em estado avançado. Desenhou um estudo experimental. Teve dois grupos, em que o grupo experimental recebia massagem terapêutica e o grupo de controlo recebia toque simples. Cada sessão teve a duração de duas semanas e cada massagem terapêutica teve a duração de 30min. Verificaram que em ambos os grupos houve melhorias imediatas ($p < 0.001$), no grupo experimental e no de controlo, no humor (1.58 e 0.97 de

valores da média nos respetivos grupos) e na dor (-1.87 e -0.97), embora com mais relevância no grupo experimental. Contudo, a longo prazo não houve diferenças estatísticas que corroborassem a melhoria na qualidade de vida, na dor, no *stress*, no sofrimento e na diminuição do uso de analgésicos. Como instrumentos de avaliação utilizaram Memorial Pain Assessment Card, BPI, McGill Quality of Life Questionnaire e Memorial Symptom Assessment Scale.

O estudo não randomizado de Currin e Meister (2008) constatou que em 251 doentes oncológicos, após a massagem terapêutica, existiu uma diminuição significativa nas dimensões do sofrimento, nomeadamente no desconforto físico ($p < 0.001$) e emocional ($p < 0.001$), bem como na minimização da dor ($p < 0.001$) e da fadiga ($p < 0.001$). Este estudo teve a duração de três anos num hospital universitário.

O autor Chang (2008) executou um estudo experimental com 28 doentes oncológicos em fase terminal. Aplicou massagem terapêutica, durante sete dias, com uma mistura de aromas, em que era cinco minutos para cada mão. Para o grupo de controlo era aplicado massagem terapêutica manual com óleo de amêndoas doces durante sete dias. Constatou que a massagem de aroma na mão teve efeito positivo e significativo na diminuição da dor ($p = 0.001$) e da depressão ($p < 0.001$) para o grupo experimental.

Em 2009, Downey et al. concluíram um estudo randomizado em 167 doentes, em que aplicaram 35 minutos de massagem terapêutica ou meditação nestes doentes e revelaram que apesar de ter existido diminuição da dor, a diferença não foi estatisticamente significativa. Utilizaram o Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS).

Os autores Jane, Wilkie, Galucci, Beaton e Huang (2009) realizaram um estudo com 30 doentes oncológicos com metástases ósseas. Não utilizaram grupo de controlo. Aplicaram a massagem terapêutica durante 45 minutos no corpo inteiro. Relataram melhorias de imediato ($p = 0.001$), a curto prazo (20/30 minutos) ($p < 0.001$) e a longo prazo (16/18 horas) ($p = 0.04$) no alívio da dor e ansiedade. Avaliaram as variáveis através da EVA para a ansiedade, MSF_MPQ (Short-Form Mc-Grill Pain Questionnaire) e BPI.

Em 2010, Adams, White e Beckett, efetuaram um estudo com metodologia qualitativa e quantitativa para avaliar o efeito da massagem terapêutica nos níveis de dor. Este estudo teve uma amostra de 53 doentes com dor e que foram submetidos a 30 minutos de massagem terapêutica. Utilizaram a EVA. Verificaram que o nível de dor diminuiu de 5,18 para 2,33 após a intervenção da massagem terapêutica ($p < 0.001$). Através dos dados qualitativos descrevem que estes ilustram melhorias relevantes a nível da dor total, do bem-estar emocional, do relaxamento e dos padrões de sono.

Em 2010, Marques realizou um estudo com 40 idosos não comunicantes com doença terminal para avaliar o efeito da massagem terapêutica na dor destes doentes. Teve um grupo experimental e neste estavam incluídos os doentes submetidos à massagem terapêutica e fisioterapia convencional, e o grupo de controlo. Para avaliar esta variável utilizaram a escala de Doloplus. Verificou que houve uma redução significativa dos valores da intensidade da dor tanto no grupo de doentes que foram submetidos a massagem terapêutica (redução com média de 21.88% com $p < 0.001$), como no grupo de doentes que não foram submetidos a esta intervenção (redução com média de 10.11% com $p < 0.001$), e que essa redução foi significativamente maior no primeiro grupo ($p < 0.001$).

Para Jane et al., em 2011, executaram um estudo randomizado com uma amostra de 36 doentes com metástases ósseas. Usaram como variáveis a dor, a ansiedade, a frequência cardíaca e a pressão arterial. Mencionaram que a massagem terapêutica mostrou ser eficaz a curto e a longo prazo relativamente à dor e à ansiedade, embora o impacto mais significativo ocorresse minutos após a intervenção. Não houve efeitos significativos que corroborassem as alterações a nível da frequência cardíaca e da pressão arterial. Relataram que nenhum doente submetido à massagem terapêutica apresentou qualquer efeito adverso. Os autores utilizaram para avaliação da dor o BPI e para as restantes variáveis utilizaram a EVA.

No mesmo ano, Mandim realizou um projeto com o intuito de controlo da dor através da aplicação da massagem terapêutica. Constatou diminuição do recurso a terapêutica farmacológica em 52.7%, principalmente os opioides em SOS, aumentou o conforto, a sensação de bem-estar e relaxamento, proporcionando melhores padrões de sono. Revelou que a intensidade da dor melhorou com esta intervenção diminuindo a média de dor de 5.18 para 2.33.

Em 2013, Toth et al., realizaram um estudo randomizado com o objetivo de avaliar a viabilidade e efeito da massagem terapêutica em doentes oncológicos metastizados no domicílio. Para a avaliação das variáveis utilizaram a EVA e verificaram uma melhoria na qualidade de vida ($p = 0.005$), na dor ($p = 0.04$) e no sono de doentes oncológicos em fim de vida ($p = 0.03$). Não houve alteração significativa no que concerne à ansiedade e ao estado de alerta.

Num estudo de revisão, Marchand (2014) referiu que a massagem terapêutica pode ajudar doentes oncológicos na redução dos níveis de ansiedade, do *stress*, da fadiga, da intensidade da dor e das náuseas. Contudo, mencionou a inexistência de estudos sobre a eficácia desta intervenção na depressão.

Vários autores realizaram revisões de literatura sobre o efeito da massagem terapêutica no doente oncológico. Nomeadamente Falkensteiner, Mantovan, Müller e Them (2011) afirmam a influência benéfica da massagem terapêutica nos sintomas de dor, de ansiedade e de depressão. No ano 2016, Boyd et al. relatam na sua revisão sistemática a eficácia da massagem terapêutica na redução intensidade da dor, da fadiga e da ansiedade em doentes oncológicos, bem como na melhoria da dor e nos padrões do sono em doentes oncológicos, nomeadamente nos doentes com metástases, neoplasia da mama, colorretal e na dor em pediatria oncológica. Referem que nove, dos dezasseis estudos analisados, exibiram resultados significativos para alterações positivas no humor, seis estudos revelam melhoria na qualidade de vida e três estudos mencionam melhorias significativas no *stress*. Outros autores como Tabatabaee et al. (2016) relatam benefícios subjetivos, abordando a melhoria no humor, no bem-estar, nas relações interpessoais, na redução da dor, da náusea, da ansiedade e da fadiga. Referem menores níveis de preocupação, de explosões e inquietação, e de maior capacidade funcional, restaurando o equilíbrio, a harmonia e a sensação de bem-estar. No mesmo ano McFeeters, Pront e King mencionam que a massagem terapêutica influencia positivamente a dor, o sono, o estado emocional e a saúde psicossocial, reduzindo a necessidade de intervenção farmacológica, sendo uma estratégia adicional na melhoria da qualidade de vida.

Podemos constatar que a massagem terapêutica tem efeitos benéficos no controlo sintomático, por exemplo da dor, da ansiedade e da depressão, nos doentes oncológicos e que esta intervenção pode ser realizada tanto em domicílio como pelos enfermeiros durante a prestação de cuidados.

2.1 - MASSAGEM TERAPÊUTICA

O tato, na evolução dos sentidos foi o primeiro a surgir, sendo considerada a matriz de todos os sentidos. Foi considerado uma forma de transmissão de poder, pois promove o desenvolvimento comportamental saudável da pessoa. É a verdadeira voz da sensação e do sentimento (Montagu, 1986).

O termo tato deriva do latim “*tactus*” e teve a sua origem em Inglaterra depois de metade do século XIX como *touch* e no início do mesmo século em França como *tato*. Esta expressão significa tocar delicadamente o outro (Montagu, 1986).

Os elementos que participam no tato são a pressão, o prazer, a temperatura, os movimentos musculares da pele, a fricção, entre outros (Montagu, 1986). Entre todos os sentidos, o destaque recai para o tato que tem efeitos profundos sobre o organismo, quer a nível físico como comportamental (Montagu, 1986), pois como cita Feltman (1995, p.327), o tato “*afeta a pessoa toda e não apenas o seu corpo físico*”.

Segundo Roxo (2003) a estimulação tátil é tão necessária para o Homem como os alimentos, a roupa, entre outros. É um sentido de proximidade para com o outro e na prestação de cuidados, pois, o toque é uma forma de comunicação que promove uma sensação de bem-estar e de confiança (Domenico & Wood, 1998).

O toque é uma técnica usada na prestação de cuidados de enfermagem, com múltiplas funções: é compreendido como uma forma de comunicação não-verbal; transmite mensagens positivas ou negativas ao doente, possibilita a relação terapêutica através da empatia e da interação com o doente (Roxo, 2003).

De acordo com Hudak e Gallo (1997), os enfermeiros através do uso do toque na prestação de cuidados transmitem ao doente segurança, preocupação, tranquilidade, interesse, empatia, conforto, proximidade, encorajamento, aceitação e desejo de ajudar. Roxo (2003) acrescenta que o toque pode ter um efeito imediato de bem-estar, de calma e de repouso.

Parafrazeando Roxo (2003), o toque, inicialmente, tinha duas componentes do ponto de vista de enfermagem: o toque afetivo positivo e o toque relacionado com a tarefa. Contudo e através de estudos científicos, atualmente o toque utilizado pelos enfermeiros traduz-se em toque carinhoso, expressivo ou afetivo, toque de tarefa ou instrumental e toque de proteção. O toque carinhoso tem como finalidade a demonstração, é intencional, de carinho, de apoio emocional e de proximidade do doente, sem estar relacionado com a execução de uma tarefa. O toque de tarefa ou instrumental está ligado, como o próprio nome indica, ao desempenho de uma tarefa ou atividade. O toque de proteção visa a proteção física do doente e a proteção física e emocional do enfermeiro, podendo este ser considerado como um toque de humanização relativamente ao profissional.

Segundo Roxo (2003), em meio hospitalar, o toque deve ser utilizado quando o doente estiver na admissão e na alta, em caso de dor, na fase terminal, com tristeza ou depressão, ansiedade, com medo, com alterações do nível de consciência e da autoimagem, situação de isolamento e com impossibilidade de comunicar verbalmente.

A massagem terapêutica é experienciada através do tato, que nos ajuda a colher informação e ainda a conseguir descontrair e aliviar os sintomas (Rumpler & Schutt, 1993). Desta feita, a massagem terapêutica pode superar problemas físicos, psicológicos e emocionais. Segundo Veiga (2007) os seus benefícios são a eliminação de toxinas, o relaxamento muscular, o aumento da flexibilidade, a promoção do sistema imunitário e a redução da dor.

É necessário distinguirmos a massagem recreacional da terapêutica. Em que a primeira visa o alívio do *stress* e promoção de bem-estar geral a uma pessoa sem problemas de saúde e a massagem terapêutica é definida como o uso de técnicas manuais que visam promover o alívio do *stress* promovendo relaxamento, alívio da dor, diminuição do edema, prevenção de deformidade e promoção da independência funcional em uma pessoa que tem um problema de saúde específico (Domenico & Wood, 1998).

Parafraseando Doulgas Graham, de Boston, definiu a massagem terapêutica como sendo um grupo de procedimentos realizados pelas mãos, como é o exemplo da fricção, amassamento, manipulações, rolamento e percussão dos tecidos com o objetivo curativo, paliativo ou higiênico. Gertrude Bear complementa referindo que esta massagem tem como finalidade a produção de efeitos sobre os sistemas nervoso, muscular, respiratório, linfático e circulatório (Domenico & Wood, 1998).

De acordo Fritz (2000), a massagem é uma arte científica, é um sistema de valorização de deslizamentos, fricção, vibração, percussão, amassamento, estiramento, compressão com movimentos passivos e ativos, sendo a massagem terapêutica um sistema corporal que influencia a função mental mediante a conexão corporal/mente e procura uma relação entre o profissional e o doente.

Segundo Roxo (2003) a massagem é um tipo de toque e deve ser encarada como uma técnica holística, através da utilização de movimentos de mãos, como por exemplo o amassar, a percussão, a fricção e o afago. Veiga (2007) complementa mencionando que a massagem é uma terapêutica simples, que consiste em utilizar o toque, a pressão e a fricção para relaxar o corpo e que são aplicadas sobre a pele.

A massagem terapêutica é considerada uma arte e é imprescindível uma relação entre duas pessoas (quem massaja e quem é massajado). É uma recuperação física e psíquica com transmissão de sentimentos profundos, intuição e atenção (González-Iglesias et al., 2009).

O autor Munford (2010) referencia que a massagem terapêutica é uma forma complexa e agradável de promover uma experiência sensível, que consiste na arte do toque para estimular a pessoa de forma integral.

A massagem terapêutica do rosto, cabeça e do pescoço, proporciona relaxamento, libertando preocupações, *stress* e fadiga e está indicado em casos de enxaqueca, sinusite, cefaleias e nervosismo. Ao nível dos membros superiores está indicada para quem sofre de problemas circulatórios e lombalgias. Quanto à massagem terapêutica das costas, para além de relaxar a coluna vertebral, tem efeitos benéficos para a respiração, rins, fígado, intestino e estômago (González-Iglesias et al., 2009) sendo uma experiência benéfica para o alívio do *stress* e diminuição da tensão muscular (Veiga, 2007).

A massagem terapêutica dos pés tem efeitos benéficos nos casos de problemas circulatórios dos membros inferiores e a nível do abdómen e tórax estimula a circulação sanguínea e linfática dos membros inferiores, relaxa o diafragma, acalmando as pessoas em ansiedade e *stress* (González-Iglesias et al., 2009).

A massagem terapêutica atua sobre o ponto onde esta é executada, no entanto, o seu efeito expande-se com o intuito de dispersar a energia bloqueada (quando temos o corpo contraído e com respiração superficial), reativar a circulação (dilatação dos vasos sanguíneos), relaxar a musculatura (ativação da circulação linfática e venosa), melhorar as condições de nutrição (libertação dos detritos celulares, através da eliminação das toxinas facionadas pela circulação venosa), oxigenar os tecidos e o sistema nervoso e equilibrar os níveis hormonais (González-Iglesias et al., 2009).

O objetivo primordial da massagem terapêutica é o alívio da dor, estimulação, tonificação muscular, bem-estar total e satisfação mental (Veiga, 2007). O mesmo autor refere que nas pessoas hospitalizadas com cancro é promovido o alívio da dor e a diminuição da ansiedade.

Parafraseando Downen (2003), os benefícios da massagem terapêutica são a normalização da tensão arterial, diminuição da produção de adrenalina, da frequência respiratória e da dor, aliviando a inflamação dos músculos, ativa a circulação, o que ajuda no aporte de nutrientes a todos os órgãos e à pele, e aumenta o fluxo de fluidos pelo corpo, removendo as toxinas. Deng, Cassileth e Yeung (2004) complementam referindo que a massagem terapêutica pode ajudar na redução da tensão arterial, no alívio sintomático e nos efeitos colaterais, como por exemplo na dor, ansiedade, depressão, *stress*, sono, anorexia, obstipação, edema, náuseas, fadiga, disfunção muscular, entre outras.

De acordo com Veiga (2007) os músculos relaxam, o sistema linfático purifica-se, a circulação sanguínea melhora e o sistema digestivo aumenta a sua eficácia. Muitos problemas musculares são minimizados pelo aumento da circulação, ou seja, quando o músculo está tenso, as fibras musculares unem-se, diminuindo a circulação. A massagem terapêutica, nestes casos atuará na promoção da circulação sanguínea, eliminação de toxinas e resíduos que provocam sensações dolorosas.

Para González-Iglesias et al., (2009) acrescentam que a massagem tem efeito benéfico na dor de costas, cefaleias, distúrbios digestivos, pois estimula a biliar, e conseqüentemente o trânsito intestinal, contracturas, atrofias musculares, entorses, tendinites, distensões e luxações, alivia a dor no reumatismo, ansiedade e nervosismo.

Segundo Kumar (2011) esta intervenção melhora a circulação, a dor através da estimulação das terminações nervosas, ajuda na drenagem linfática e promove relaxamento.

Numa abordagem mais específica a massagem terapêutica pode:

- Promover a circulação linfática, eliminando produtos nocivos fortalecendo as defesas do organismo (Rumpler & Schutt, 1993) A intenção desta é dirigir os líquidos e resíduos dos tecidos e direcioná-los para os gânglios localizados no pescoço, axilas, cotovelos, virilhas e joelhos (Veiga, 2007) para reduzir os edemas e a retenção hídrica, aumentando o fluxo sanguíneo nos gânglios linfáticos, estimulando a remoção de toxinas do corpo (Downen, 2003). Contribuir para ativar a circulação e eliminação de substâncias nocivas (Rumpler & Schutt, 1993), bem como para a renovação das células, pois fica mais nutritivo, aumenta a irrigação e elimina as células mortas (Veiga, 2007).
- Ativar a circulação de fluidos do corpo, ajudando a aliviar a dor e a retenção hídrica no tecido muscular e pode ajudar na diminuição da inflamação (Downen, 2003). Veiga (2007) acrescenta referindo que a massagem terapêutica reduz a quantidade de fibrose que se instala nos músculos imobilizados, lesionados ou desprovidos de nervos, recupera os músculos após traumatismo, aumenta a vascularização e a temperatura do corpo, promovendo a oxigenação na área muscular e diminui a sensação de cansaço. Rumpler e Schutt (1993) mencionam que esta pode aliviar a contração muscular, eliminar endurecimentos do tecido muscular, através de irrigação das células musculares com sangue e substâncias nutritivas;
- Melhorar a circulação, proporcionando um melhor aporte de oxigênio e substâncias nutritivas às células e fomenta a eliminação de micróbios e impurezas. Downen (2003) refere que com a ativação da circulação e o aumento do fluxo sanguíneo produz mais glóbulos vermelhos que aportam o oxigênio para os músculos, desencadeando uma sensação de bem-estar. Rumpler e Schutt (1993) são da mesma opinião dos autores supracitados, pois refere que esta manipulação ativa a circulação, eliminando as toxinas acumuladas, promove o relaxamento da tensão muscular, aumentando a sua elasticidade.
- Fomentar a passagem de substâncias nutritivas para os ossos, corrigir a posição do corpo, apoiar e refazer o equilíbrio das suas estruturas (Rumpler & Schutt, 1993), favorece o transporte de fluidos necessários na remoção de toxinas, no aporte de sangue oxigenado à parte do corpo que está a ser manipulado (Downen, 2003) e evita tecidos cicatrizados (Veiga, 2007);

- Proporcionar, através dos estímulos externos de contacto e do calor (Montagu, 1986) impulsos nervosos para o interior do corpo (Rumpler & Schutt, 1993) diminuindo a irritabilidade. A mente e as emoções ficam mais equilibradas, pois beneficiam de repouso (Downen, 2003). A massagem terapêutica pode ter efeito estimulante, calmante, influencia as funções orgânicas e desfaz congestionamentos (Rumpler & Schutt, 1993). Feltman (1995) menciona que a massagem terapêutica é uma forma de transe hipnótico, podendo, assim, ser relaxante. Este também menciona que é benéfica para a ativação da circulação, eliminação de toxinas, estimulação da nutrição celular e pode contribuir para o aumento da força muscular e a redução de inflamação.
- Promover a mobilidade do estômago (facilitar o movimento do conteúdo do estômago para o duodeno) e intestinos (resulta em contrações peristálticas). Induz o relaxamento e tonifica os músculos voluntários das paredes arteriais (melhora o retorno venoso, ajudando o relaxamento muscular e a reduzir as formulações nodulares) (Cassar, 2001).

Segundo Domenico e Wood (1998) classificam os efeitos da massagem terapêutica por mecânicos, fisiológicos e psicológicos. Nos efeitos mecânicos mencionam o movimento da linfa, sangue venoso, secreções pulmonares, edema, conteúdo intestinal e de hematomas e mobilização de fibras e massas musculares, tendões, tecido e pele subcutânea, tecido cicatricial e aderências. Relativamente aos efeitos fisiológicos fazem referência ao aumento da circulação sanguínea, linfática e do fluxo de nutrientes, remoção de produtos catabólicos e metabólicos, estimulação no processo de cicatrização, alívio da dor, aumento dos movimentos das articulações e da sua atividade, estimulação das funções anatómicas e viscerais, remoção de secreções pulmonares, estímulo sexual e relaxamento local e geral. No que concerne aos efeitos psicológicos referem o relaxamento físico, alívio da ansiedade e tensão, estimulação da atividade física, alívio da dor, indução do sono, sensação geral de bem-estar e estímulo sexual.

A massagem terapêutica é benéfica para o estado geral do corpo pois, favorece os processos de reabilitação, recuperação e normalização das funções anatómicas e fisiológicas, sendo também uma das melhores maneiras de minimizar os níveis de *stress* e de tratar o alívio sintomático da dor crónica (Fritz, 2000). Outros autores concluem que a massagem periódica melhora os sintomas físicos e psicológicos como a dor, as náuseas e a ansiedade (Wilkinson et al., 2007) e a fadiga, a depressão e *ostress* (Ernst, 2009). Florentino, Sousa, Maiworn, Carvalho e Silva (2012) acrescenta que esta estimula os recetores sensoriais, reduz a tensão muscular, desencadeando sensação de prazer e/ou bem-estar.

A massagem terapêutica, parafraseando Cassar (2001), está indicada para estimular a eliminação de toxinas e resíduos, mais precisamente substâncias provenientes de inflamações, infecções e espasmos musculares. Também está indicada em doentes com diabetes mellitus, doença de Parkinson, epilepsia, neoplasia e esclerose múltipla, em caso de anemia, pois esta irá estimular a produção de glóbulos vermelhos através do aumento da circulação, em doentes com patologia cardíaca e respiratória controlada, com dispepsia (promove a produção de suco gástrico e conseqüentemente no seu funcionamento), doentes obesos (excepto se apresentarem complicações cardíacas associadas). O mesmo autor também refere como indicação a contratatura, fadiga, distrofia e flacidez muscular, em caso de aderências, espasmos, fibroses. Esta também está indicada para minimizar sintomas associados a um processo patológico.

Contudo, existem contraindicações para a aplicação da massagem terapêutica e que são os doentes que têm problemas circulatórios, veias varicosas, caibras, edemas dos membros, processos inflamatórios e em doentes com febre ou hipertermia (González-Iglesias et al., 2009). Veiga (2007) menciona como contraindicação as infeções da pele, flebites, flictenas ou ferimentos não curados, pós-cirurgia, pós-quimioterapia e radioterapia. Este autor acrescenta também que as mãos não devem exercer pressão sobre contusões, escoriações, feridas inflamadas ou infetadas, sangrantes, com tecidos rompidos, zonas de fraturas ou torção recente. Feltman (1995) refere que não se deve massajar o abdómen de uma pessoa hipertensa ou afetada por úlceras gástricas ou duodenais, que não deve massajar a menos de quinze centímetros em redor de contusões, quistos, cortes na pele e fraturas. Também refere que é possível massajar membros inflamados e edemaciados, mas deve ser com movimentos muito suaves e em direção ao coração.

Outros autores como Rumpler e Schutt (1993) e Downen (2003) são da mesma opinião relativamente às contraindicações supracitadas, nomeadamente quando o doente tem veias varicosas, febre, flictenas, infeções na pele ou pele irritada, flebite ou trombozes, patologias cardiovasculares, doenças dos ossos (exemplo osteoporose, fratura dos ossos). Contudo, Rumpler e Schutt (1993) referem como contraindicação as queimaduras, ferimentos de tendões, ligamentos e músculos e o autor Downen (2003) acrescenta não utilização da massagem terapêutica aos doentes com pé de atleta e sob o tecido cicatricial recente.

A massagem terapêutica exige descontração física e psíquica, ou seja, se durante esta ocorrer dor pode significar que a massagem esteja a ser mal executada (Rumpler & Schutt, 1993).

De acordo Domenico e Wood (1998) as contraindicações gerais da massagem terapêutica são as infecções agudas nos ossos, articulações, pele, musculo e tecidos, doenças na pele, neoplasia ou tuberculose nas áreas que irão ser massajadas, áreas de hiperestesia, doenças nos vasos sanguíneos e doentes que apresentam varicosidades significativas, hemofilia ou edema visível. Fritz (2000) refere ainda doentes em coma, hemofílicos, com hemorragias, pós-acidente vascular cerebral (AVC) ou pós enfarte do miocárdio instáveis, com hipertensão grave, enfisema, sepsis, epilepsia, aneurisma, doenças contagiosas ou dermatológicas localizadas, apendicite e sobre hérnias. Cassar (2001) acrescenta como contraindicação da massagem terapêutica a doentes a realizar quimioterapia, com obstrução do colon por neoplasia, colite ulcerativa ativa, enterite, ou seja, todos os locais na presença de inflamação, durante uma enxaqueca, ataque asmático e cólica renal.

Os autores Ernst (2009) e Jane et al. (2009) refutam a ideia de que a massagem terapêutica deve ser considerada contraindicada em doentes com tumores malignos porque não faz crescer o tumor, nem acelera a metastização. Cassar (2001) também refere que não existe evidência científica que confirme que a massagem terapêutica estimule a metástase.

2.2 - MASSAGEM TERAPÊUTICA INTEGRADA NA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A massagem terapêutica representa uma das intervenções integrativas frequentemente realizadas pelos profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, pelo seu benefício. Inclusive a massagem terapêutica está integrada na CIPE como Ação de Enfermagem (massajar), bem como noutras taxonomias (ICN, 2016).

Diversos estudos têm analisado a experiência de doentes hospitalizados e identificaram que os altos níveis de *stress* e ansiedade podem aumentar a dor e retardar a recuperação destes (McCaffrey & Taylor, 2005), limitando o funcionamento físico, incluindo a capacidade de tossir e respirar profundamente, de dormir e de realizar as atividades de autocuidado (Mitchinson et al., 2007).

O uso da massagem terapêutica é uma ferramenta eficaz para a manipulação da dor e como benefício adicional em algumas reações adversas (Anderson & Cutshall, 2007).

Ao debater o tema dos sintomas, Ringdahl (2014) observou que existe um conjunto de abordagens baseadas em evidências que devem ser consideradas, nomeadamente a massagem terapêutica. A gestão biomédica de sintomas inicia-se geralmente, como uma intervenção para suprimir os sintomas e corrigir o problema integrativo.

As pesquisas realizadas exploraram o uso da massagem terapêutica em condições de saúde específicas, incluindo a obesidade (Bertisch, Wee, & McCarthy, 2008), a asma (Fattah & Hamdy, 2011), o cancro (Wyatt, Sikorski, Wills, & Su, 2010), o AVC (Shah, Engelhardt, & Ovbiagele, 2008) e a artrite (Hoerster, Butler, Mayer, Finlayson, & Gallo, 2011).

Os estudos sobre a massagem terapêutica têm sido realizados desde os anos 90, como anteriormente mencionado, com foco na sua eficácia. A exigência da medicina baseada em evidências requer a integração dos conhecimentos específicos por parte do Enfermeiro. Nos últimos 20 anos, o uso da massagem terapêutica tem-se ampliado e as pesquisas têm procurado investigar os efeitos fisiológicos e psicológicos (Hoerster et al., 2011).

Um estudo de investigação, realizado por Sharpe, Williams, Granner e Hussey (2007), teve por objetivo avaliar os efeitos da massagem terapêutica e compará-los com o relaxamento orientado. Assim, durante o período de quatro semanas, adultos de 60 anos ou mais receberam durante 50 minutos, a terapia por massagem e exercícios de relaxamento muscular. Os resultados do estudo demonstraram melhorias significativas nos níveis de ansiedade, depressão e saúde em geral. Os resultados sugeriram que a terapia de massagem terapêutica aumenta o bem-estar positivo e reduz o *stress* entre os adultos mais velhos.

Uma meta-análise, por Moyer, Rounds e Hannum (2004), de 37 relatórios de pesquisa explorou o uso da massagem terapêutica em doentes mentais. Os autores encontraram evidências de que a ansiedade e os níveis de depressão poderiam ser reduzidos após uma sessão de massagem terapêutica, revelando efeito imediato sobre a dor ou humor negativo.

O estudo efetuado por Fraser e Ross (2008) sobre os efeitos de massagem terapêutica nas costas focado em idosos no domicílio, na ansiedade determinou que os níveis desta diminuíram significativamente, após a realização da massagem.

Uma das principais intervenções da Enfermagem para problemas de saúde como a lombalgia é a massagem terapêutica. A massagem terapêutica pode ser percebida como uma modalidade terapêutica segura, sem quaisquer riscos significativos ou efeitos colaterais. Continua a ser debatida a sua eficácia no tratamento da dor, apesar da sua popularidade. Embora haja um grande número de evidências de pesquisa primária, como os ensaios clínicos randomizados, historicamente, as evidências de pesquisas secundárias, como as revisões sistemáticas, muitas vezes, não conseguem tirar conclusões claras sobre as práticas e políticas de cuidados de saúde.

De acordo com um estudo de Kaye et al. (2008) a massagem terapêutica implica a ativação parassimpática do corpo, resultando uma diminuição das respostas fisiológicas. Esta diminuição da pressão arterial sistólica pode indicar que os doentes se sentem mais relaxados. Para justificar o efeito “*fullbody*” da massagem terapêutica sobre a pressão arterial, Adib-Hajibagheri, Abasi, Rajabi-Beheshtabad e Azizi-Fini (2012) explicaram que a massagem terapêutica aumenta a pressão nos tecidos e que, o gradiente de pressão entre os tecidos e os vasos aumenta, facilitando a circulação, e vice-versa.

Este movimento ajusta os critérios fisiológicos como a pressão arterial (PA). Do ponto de vista mental a massagem terapêutica pode distrair o doente e conseqüentemente, reduzir os níveis de ansiedade, o que conduz a uma menor pressão sanguínea (Billhut & Määttä, 2009).

A massagem terapêutica pode induzir a uma sensação de conforto e relaxamento, e perante esta situação, as endorfinas podem ser segregadas, os vasos tornam-se mais dilatados, o fluxo sanguíneo aumenta na superfície dos vasos, reduzindo a pressão arterial. Simultaneamente, a pressão diastólica média, a taxa de pulso, a temperatura, a pressão de oxigénio saturado dos doentes diminui significativamente ao longo do tempo, após a massagem terapêutica.

Algumas pesquisas anteriores, relacionadas com a pressão arterial e a terapia de massagem terapêutica, demonstraram não existir alteração ou diminuição da PA sistólica e diastólica, contudo, os resultados de Cambron, Dexheimer e Coe (2006) demonstraram que uma mudança na PA pode ser baseada no tipo de massagem terapêutica.

As evidências sobre os efeitos da massagem terapêutica na gestão de doentes com cancro têm incrementado. Embora não seja claramente um tratamento do cancro em si, é eficaz no tratamento da angústia e palição dos sintomas. Pode, igualmente, melhorar os efeitos do humor no diagnóstico do cancro, como o *stress* e a depressão (Kong et al., 2013).

Os cuidados de enfermagem para os doentes com doença grave ou com risco de vida há muito tempo, abrangeu as dimensões física, mental, emocional e por essa razão, a enfermagem é um ajuste natural para o uso desta intervenção (Van Hyfte, Kozak & Lepore 2014).

Tendo em conta o supracitado, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011) emana pareceres sobre a utilização de terapias complementares e integrativas na prática de enfermagem. No parecer n.º 18/2011, a OE relembra que o enfermeiro desenvolve a sua atividade com base em intervenções interdependentes e autónomas, sendo a massagem terapêutica uma intervenção prescrita autonomamente pelo enfermeiro, baseada na identificação de problemas do doente e nos seus conhecimentos científicos e técnicos (com especial atenção aos benefícios e riscos). Como tal o profissional tem a total responsabilidade pela sua intervenção, implementação e avaliação. Refere que as terapias denominadas de complementares são utilizadas em associação e não em substituição ao tratamento convencional, ou seja, contribui para a essência dos cuidados de enfermagem que é promover o bem-estar físico, psicológico e espiritual do doente. Neste parecer a OE concluiu que a utilização desta intervenção deve garantir sempre o consentimento informado e esclarecido do doente e após este deve a intervenção fazer parte do plano do enfermeiro.

Em 2012, no parecer 115 do Conselho Jurisdicional, a OE menciona que as terapias não farmacológicas ou as terapias não convencionais estão legisladas “*pela Lei n.71/2013, de 2 de setembro, que regulamenta a Lei n.45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais*”, não se verificando incompatibilidade na formação e no planeamento/aplicação destas intervenções/terapias nos cuidados de enfermagem desde que seja detentor de competências científicas e técnicas, porém salientando que o enfermeiro deve sempre reger-se pelos princípios orientadores ético-deontológico consagrados no Código Deontológico e intitular-se sempre por enfermeiro.

3 - SOFRIMENTO VERSUS DOR

É de extrema importância mencionar a distinção entre dor e sofrimento, tendo em conta que existe sofrimento sem dor e vice-versa.

Em 2003, em Portugal, a dor foi instituída como o 5º sinal vital, sendo o controlo eficaz da dor um dever dos profissionais de saúde e um direito das pessoas por ela afetada. A avaliação e registo da intensidade da dor devem ser feitos sistematicamente (DGS, 2003).

O ICN (2016) definiu a dor oncológica como uma sensação de dores agudas e crónicas com diferentes níveis de intensidade, causadas pela progressão e metastização da doença, pelo tratamento ou outras condições prévias. A dor intensa pode provocar insónias, irritabilidade, depressão, sofrimento, desespero e sensação de desamparo.

A dor decorre de uma lesão ou de um estado anormal do organismo, sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais (Pessini et al., 2004). A dor afeta as perturbações emocionais, em que por períodos prolongados, a dor intensa e descontrolada pode promover sintomas depressivos e de ideias suicidas (Trancas et al., 2010), pode provocar anorexia, reduzir a atenção, a concentração, a autoestima e a autoconfiança (Juver & Vercosa, 2008). No que concerne a problemas físicos a dor, as náuseas, os vómitos, a febre, a retenção urinária pode desencadear distúrbios de sono (Juver & Vercosa, 2008).

O doente com dor crónica apresenta muita preocupação, tensão e nervosismo que desencadeia níveis de dor mais elevados (Pagano, Matsutani, & Ferreira, 2004).

Entre os doentes oncológicos, mais de 70% sofrem de dor provocada pela doença ou pelo tratamento. Doentes em estádios avançados do cancro descrevem a dor como moderada ou severa em aproximadamente 40 a 50% e como máxima em 25-30% dos casos (Bair, Robinson, Katon e Kroenke, 2003). Runnig et al. (2008) referem que em 2004, o Hospice and palliative Nurse Association, desenvolveu um documento relativo à dor onde citavam que este sinal vital é um dos sintomas mais temidos pelos doentes em fim-de-vida, aumentando, conseqüentemente, o *stress* fisiológico e diminuindo a mobilidade, acrescendo assim o risco de tromboembolismo nestes doentes.

Um dos principais sintomas que os doentes temem está associado à dor, e está presente em mais de um terço dos doentes oncológicos em regime ambulatorio (Te Bovedelt et al., 2013; Lemay et al., 2011). Num estudo de revisão sistemática sobre a prevalência da dor em doentes com cancro, demonstrou-se a prevalência de 64% de dor em doentes com doença metastizada ou em estádios avançados, 59% em doentes sob quimioterapia, 33%

em doentes que terminaram os tratamentos curativos, sendo que mais de um terço dos doentes com dor a classificou como moderada ou severa (Everdingen et al, 2007).

A dor como sequela do tratamento oncológico pode ser resultado de cirurgia, de radioterapia e de quimioterapia. Os tratamentos são a causa de dor em 25% dos doentes em ambulatório e 19% dos doentes internados (Costa, Magalhães, Félix, Costa e Cordeiro, 2005).

Esta situação continua a ser um problema bastante significativo para os doentes e concluíram que é a dor oncológica na maior parte dos casos (Te Bovedelt et al., 2013; Lemay et al., 2011).

Em Portugal, o acontecimento mais marcante no estudo da dor, foi através da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED, 1991) com a criação de vários objetivos específicos sobre este tema, como promover e organizar reuniões de âmbito científico e com a formação dos profissionais de saúde na área da dor. Foi pretensão da APED, o apoio na realização de estudos científicos, promover a manutenção de contactos com as sociedades científicas ao nível internacional com o intuito de análise das intervenções possíveis para o alívio da dor.

De salientar ainda que, no final da década de 1990, foi reconhecida pela Direção-Geral da saúde (DGS, 2001) a necessidade de promoção de uma melhor abordagem da dor em Portugal em articulação com a APED. Entre estas duas entidades foi elaborado o primeiro documento estratégico relacionado com a dor no nosso país, nomeadamente, o Plano Nacional da Luta Contra a Dor (PNLCD) aprovado pelo Ministério da Saúde a 26 março de 2001. Este documento foi considerado fruto de uma ação pioneira a nível nacional e internacional, desde o ano de 2007, com a finalidade de implementação de unidade de dor vocacionadas para o tratamento.

Posteriormente, com o objetivo de redefinir os objetivos, o PNLCD propôs novas estratégias operacionais, com a criação do Programa Nacional do Controlo da Dor (PNCD) a 8 de maio de 2008 (DGS, 2008). Destaca-se essencialmente, o aumento da comparticipação de medicamentos opioides fortes, a emissão de orientações técnicas específicas para os profissionais e maior disponibilidade de informação para a população em geral.

A OE (2008) definiu 14 princípios relacionados com a avaliação e controlo da dor, destacando principalmente, a competência para a avaliação e controlo da dor, formação contínua dos profissionais, de forma aos profissionais manterem-se atualizados relativamente aos conhecimentos científicos. Assim, os profissionais devem utilizar metodologias próprias para a avaliação da dor, pois esta pressupõe a utilização de

instrumentos de avaliação. A dor descontrolada terá consequências imediatas e a longo prazo e, por essa razão, deve ser prevenida e/ou minimizada.

Para além destes princípios, a OE (2008) elaborou algumas recomendações sobre o processo de avaliação da dor, tais como:

- O autorrelato deve ser privilegiado como fonte de informação acerca da dor, quando o doente possui as capacidades de comunicação adequadas e conserva as suas funções cognitivas;
- A avaliação da dor exige a recolha de dados específicos como a história da dor, tendo em conta o exame físico instituído ao doente, as características da dor descritas em relação à sua localização, qualidade, intensidade, duração e frequência;
- Determinação dos fatores que contribuem para aliviar e intensificar a dor, quais as principais repercussões da dor nas atividades diárias e o seu impacto emocional, social e económico;
- Os instrumentos de avaliação da dor devem ser escolhidos em função do tipo de dor, dados do doente, critérios de interpretação, grau de facilidade com quem podem ser aplicados e a experiência prévia de utilização destes instrumentos.

Em 2010, a OE, aprovou o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e que refere que estes enfermeiros como elementos de uma equipa multidisciplinar devem: Intervir ativamente no plano de intervenção para o controlo da dor; Despistar os componentes psicológicos, fisiológicas e emocionais de mal-estar da dor, nomeadamente ansiedade e depressão, experiência anterior com a dor, perceção pessoal e individual e as influências culturais e espirituais; Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica, conhecendo as suas indicações, as contraindicações e os efeitos colaterais; Garantir a gestão das medidas farmacológicas.

Devido à supracitada natureza multidimensional, Cicely Saunders introduziu o termo de “dor total” e a classificou em aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais fortemente interligados e que influenciam significativamente a qualidade de vida do doente (Twycross, 2003).

A dor em Portugal, nos doentes oncológicos, tem sido alvo de estudos, como iremos abordar seguidamente. O estudo realizado pelo Observatório Nacional de saúde (ONSA), em 2003, teve como objetivo melhorar o conhecimento da população em relação a algumas consequências das principais formas de dor. Os resultados de estudo determinaram que 73.7% dos doentes demonstraram ocorrência de dor, e 49.6% referiram que tinham sentido

algum tipo de dor. Refere que a duração média de dor nas mulheres foi de 5.8 dias e no homem foi de 4.8 dias. Quanto à intensidade de dor, 53.3% sentiram dor ligeira e destes 35.2% utilizaram medidas farmacológicas para melhorar a dor, 33.7% não utilizam qualquer medida de controlo da dor e 17.3% apenas consultaram o médico.

Segundo Rodrigues (2007) relata que no seu estudo 29.5% dos doentes referem dor muito forte, 25.0% dor incomodativa, 20.5% dor forte e 13.6% dor pouco incomodativa. Quanto à intensidade da dor relata uma média de 7.16 para a dor intensa, sendo 7.23 para a intensidade de dor nas mulheres e 7.06 nos homens. A incapacidade relacionada com a dor obteve uma média de 35.57

Parafraseando Carvalho (2010) realizou um estudo com um objetivo de explorar as diferenças na intensidade da dor, nos níveis de ansiedade e de depressão dos doentes oncológicos. Utilizou o Inventário de Saúde Mental (ISM) e a Escala Qualitativa da Dor. Este estudo expressa níveis moderado de dor. Neste estudo observou-se que 43.4% dos doentes referiram dor moderada e a média da intensidade foi de 2.11. A intensidade da dor estabeleceu relação estatisticamente significativa com a situação profissional ($p = 0,001$), em que os doentes que se encontravam profissionalmente ativos indicaram a intensidade de dor menor com o valor médio de 0,75 em relação aos sem atividade profissional (2.22). A dor também teve correlação com a existência de metástases ($p = 0,008$) e com a medicação analgésica ($p = 0,044$). Nesta última a intensidade da dor mais elevada foi expressa pelos doentes que estavam a ser tratados com analgésicos do grau III, com o valor médio de 2,34.

Em 2011, Machado realizou um estudo a identificar qual a influência da dor na depressão nos doentes em cuidados paliativos e utilizou como instrumentos de colheita de dados a Escala Visual Analógica e o Inventário de Depressão de Beck. Verificou que 76.7% referiram dor moderada, 13.3% dor intensa e 10.0% dor ligeira e que 90.0% dos doentes realizam medicação diariamente, em que 36.0% não são opioides, 22.0% são opioides fracos e 58.0% são opioides fortes. No mesmo estudo relata correlação entre os doentes com presença de dor e a depressão ($p= 0.014$), em que quanto maior a intensidade de dor, maior a probabilidade de advir sintomas depressivos.

O autor Marmelo (2012) desenvolveu um projeto para desenvolver competências no âmbito do controlo da dor crónica em ambulatório e para tal utilizou o BPI. Revela níveis médios de intensidade de 7.2 para a dor máximo nas últimas 24 horas, 5.5 para a intensidade média nas últimas 24 horas e 5 para a intensidade de dor no preciso momento, constatando que 80% dos doentes apresentaram dor moderada a máxima. No que concerne à subescala verificou que uma média de 6.7 de dor interfere no sono, 6.5 na disposição, 5.7 no trabalho

normal e 5.3 nas relações interpessoais. Descreve que 95% dos doentes realizam a medicação prescrita adequadamente, 85% não realizam qualquer medicação e que estes resultados são todos de pessoas do sexo masculino. Revela que 85% executam a medicação de resgate para picos de dor, em que desta 45% da medicação é não opioide. Também revela que 80% utilizam medidas não farmacológicas para alívio da dor

No mesmo ano, Conceição executa um estudo em que utilizou o BPI e o BSI e relata níveis médios de intensidade de 5.56. No que concerne à interferência na capacidade funcional, revelou valor médio de 6.64, nomeadamente na disposição (6.56), na capacidade para andar a pé (7.28), no trabalho normal (7.52), nas relações interpessoais (5.60), no sono (6.16) e no prazer em viver (5.36). Cita que a presença da dor afeta extremamente o impacto na vida profissional (36%), sendo necessário ajudas a níveis económicos (88%). Menciona que as estratégias para lidar com a dor mais utilizadas são o repouso (28%), a distração (8%) e a massagem terapêutica (4%).

O autor Nobre (2013) desenha um estudo fenomenológico para compreender como é que a pessoa oncológica experiencia a dor crónica e relata que o significado de dor é individual. A perda de papéis provoca impotência e tristeza no seio familiar e que a angústia da proximidade da morte pode promover sentimentos de medo, de tristeza, de revolta, questões sobre a vida/morte e finitude, sendo relevante proporcionar crescimento interior. Verificou que a esperança desencadeia a capacidade de transcendência e os pensamentos positivos, influenciando o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual. Existem doentes que indicaram abertura espiritual, disponibilidade interior e compaixão pelo sofrimento dos que lhe rodeiam.

No mesmo ano Rocha visou caracterizar a dor, os pensamentos catastróficos e a relação entre estas variáveis. Utilizou o BPI, a Escala de Catastrofização da Dor (PCS) e o Illness Perception Questionare (IPQ). Mencionou que no seu estudo os doentes oncológicos apresentaram um valor médio de dor máxima na última semana de 7.83, mínima de 3.24, dor em média de 5.51 e na altura da aplicação do instrumento de 5.56. No que concerne à interferência da dor a média mais alta revelada foi na interferência na atividade em geral (7.84) e em seguida foi na do trabalho normal (7.78), na disposição (7.48), na capacidade de andar a pé (7.00), no sono (6.86), na relação com outras pessoas (4.70) e com uma média mais baixa, no prazer de viver (4.41). Verificou que os sintomas mais experienciados desde o início da doença e relacionados com esta foi a dor (97.5%; 83.8%), a fadiga (91.3%; 82.5) e a rigidez nas articulações (80.0%; 72.5%). Relata correlação entre o controlo pessoal e a severidade ($r = -0.266$ e $p = 0.017$) e interferência da dor ($r = -0.321$ e $p = 0.004$), ou seja, quanto maior o controlo pessoal menos serão estas variáveis. Também mencionada

correlação entre a coerência da doença ($r = - 0.392$ e $p < 0.001$) e a representação emocional com a interferência da dor ($r = 0.451$ e $p < 0.001$).

Outro estudo foi o de Magalhães (2013b) que realizou uma revisão integrativa da literatura sobre o fenómeno dor. A dor foi identificada como fisiológica, afetiva, cognitiva, comportamental, sensorial, sociocultural, psicológica e espiritual. No que concerne às manifestações comportamentais destacou a vocalização/verbalizações, expressões faciais e corporais. Nesta apurou que a dor está associada às crenças, à autoimagem e ao autocontrolo e que estas dimensões proporcionam alterações nas interferências na dor, nomeadamente na qualidade do sono, no domínio psicossocial e espiritual e nos autocuidados.

No ano 2014, Baptista realizou um estudo que pretendeu analisar os fatores de risco social com impacto na experiência de dor física. Utilizou a EVA para avaliar a dor, a escala de avaliação do estado funcional e a escala de Gijon (avaliação do risco-sócio-familiar). Revelou que 35% dos doentes apresentaram dor intensa, sendo 8% dor máxima. Não existiu nenhuma relação significativa entre a dor e os indicadores de risco social.

No mesmo ano, Milhomens desenhou um estudo quantitativo descritivo correlacional, utilizando a Escala Numérica de Dor e a HADS, com o intuito de avaliar as correlações entre dor, ansiedade e depressão em doentes oncológicos paliativos. Diz que a intensidade de dor moderada foi de 38%, obtendo uma média de 4.68. Apenas 5.7% dos doentes não realizavam medicação para alívio da dor e que 41.5% realização medicação psiquiátrica (antidepressivos e ansiolíticos). Mostra associação entre esta medicação e a intensidade de dor ($p = 0.019$), tendo em conta que esta medicação pode ser coadjuvante no alívio da dor. Menciona não existir correlação entre o apoio emocional e psiquiátrico com a dor.

O mundo não está separado do ser humano, e somos o projeto do mundo e o mundo é projetado por nós, não podemos separar a mente do mundo (Varela, Thompson e Rosch, 1991) e segundo Meleis (2013), o sofrimento transita de um estado de desconforto mental ou espiritual para angústia, desespero, sentimento de abandono e até negligência perante si.

Assim sendo, o sofrimento é mais amplo e global que a dor, pois atinge a integridade do ser humano, englobando o físico, mas também os aspetos cognitivos, sociais e emocionais (Gameiro, 1999; Cerqueira, 2010). O sofrimento é imputado ao domínio do corpo (físico) e da alma (psicológico), bem como à pessoa no seu todo biopsicossocial e espiritual.

O sofrimento é uma característica ontológica do ser humano pela sua universalidade e subjetividade, contudo, é uma situação individual devido à sua história, existência e às cargas emocionais e afetivas de que a pessoa esteve sujeita até ao momento (Carqueja, 2009)

De acordo com Gameiro (2004), as reações emocionais estão relacionadas não só com a doença, mas também com a sua evolução, sintomas e tratamentos, bem como com o contexto sócio cultural e o significado da crise da vida.

De acordo com Pessini et al. (2004), o sofrimento é muito mais do que físico, afeta o conceito do «eu», o sentir-se conectado consigo e com o mundo. O impacto da doença e dos sintomas provoca ao doente mal-estar físico, confronta-o com a sua fragilidade, com ameaças de perda de significações a nível físico, afetivo relacional e sócio profissional, gerando insegurança, medo, ansiedade e *stress* (Marques, 1991). Os sintomas desencadeiam desconforto no doente e proporcionam alterações somáticas, cognitivas e/ou afetivas e estas reações dependem da forma como o mesmo interpreta a sua situação, as ameaças e de como atribui significações relacionadas com a sua situação de doença (Teixeira, 1993).

O sofrimento põe em causa as relações com o mundo e com as crenças, sendo necessária uma reconstrução positiva. Esta tende o confronto de pessoas com as suas fragilidades, buscando significado e sentidos novos para a vida (Mcintyre & Vila Chã, 1995).

Na opinião de Gameiro (2004), as significações dão sentido aos acontecimentos e determinam a causa do sofrimento, motivando e conduzindo para o confronto e para o desencadeamento de respostas emocionais e atitudes nos processos de recuperação e de reabilitação da doença. As significações estão associadas a crenças e convicções e baseiam-se em experiências vivenciadas - externas e internas.

Segundo Neto (2005) o sofrimento tem origem na ilusão excessiva de controlo, inclusive de que até vamos controlar a morte. Quando isso acontece há sofrimento.

Segundo Renaud (1995) in Cerqueira (2010) existem três posturas de finalidade de vida que explica as diversas razões do sofrimento:

- Um conceito de vida baseado no ideal da perfeição: Baseia-se no desejo e investimento existencial pessoal;
- Um conceito de vida como destino e sofrimento: Neste o sofrimento faz parte da existencialidade da pessoa. Sebastião (1995, p.45) acrescenta citando que “(...) a vivência do sofrimento como elemento da vida e da realidade (...)”;

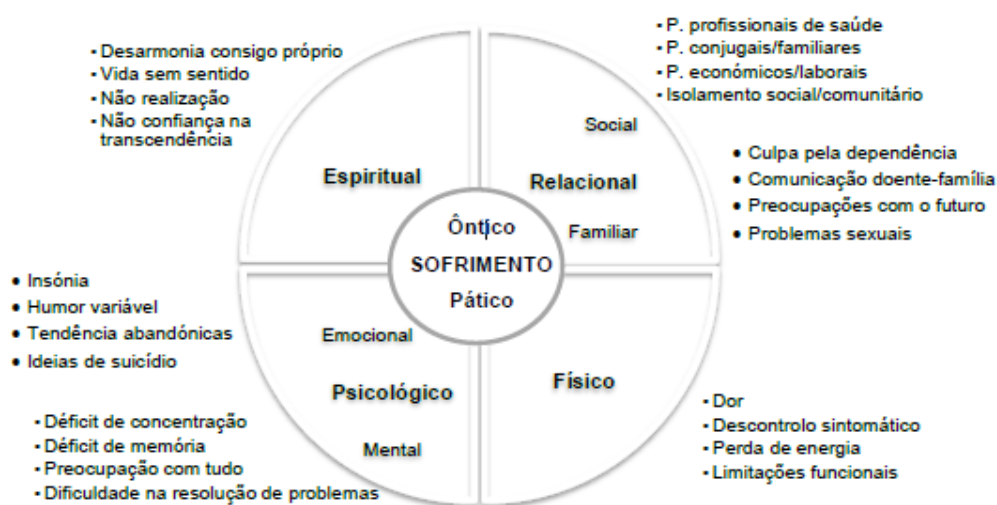
- A aceitação de vida com consentimento existencial de finitude: Refere-se ao conceito da eternidade, acreditando na vida para além da morte.

A experiência de estar doente é analisada por um processo e é condicionada por fatores fisiológicos, cognitivos, emocionais, afetivo-relacionais e socioculturais. Para McIntyre (2004) este é um processo complexo que visa a integração psicoafectiva dos sinais e sintomas com a avaliação cognitiva das ameaças, dependendo esta das significações atribuídas pela pessoa. Tendo em conta esta abrangência o ICN (2016) refere que o sofrimento são sentimentos prolongados de grande pena relacionado ao martírio e à necessidade de suportar condições devastadoras e a NCCN (2016) define sofrimento como um estado psicológico (cognitivo, comportamental e emocional), social e/ou espiritual que pode interferir com a capacidade de adaptação do doente face ao cancro, aos sintomas e ao tratamento. O cancro continua a estar associado ao sofrimento, morte e à incapacidade, desencadeando reações de medo, de desesperança, de angústia e de pavor (Cascais, Martini & Almeida, 2008).

O sofrimento é, portanto, algo transversal a esta doença e como refere Gameiro (1999), o tema do sofrimento na doença, enquanto experiência subjetiva, tem sido alvo de reflexão, tendo gerado múltiplas tipologias.

O autor Béfécadu (1993) classifica o sofrimento em quatro tipologias: físico, psicológico, relacional e espiritual, enquanto Gameiro (1999) e Barbosa (2010) subdividem o sofrimento em duas dimensões, nomeadamente em ontológica (espiritual e relacional) e pática (psicológica e física) (figura 1).

Figura 1 - Sofrimento global



Fonte: Adaptado Barbosa e Neto (2006, p.401)

O estar doente pode desencadear assim problemas psíquicos (ansiedade, depressão, medo, raiva, revolta, insegurança, perdas, desespero, mudanças de humor e esperança), sociais (isolamento, estigma, mudança de papéis, perda de controle, perda de autonomia) e questões relacionadas com o cancro (evolução da doença, mutilações, tratamentos, dor, efeitos colaterais, relação difícil com o médico) (Cameron, Booth, Schlatter, Ziginskis & Harman, 2007).

Em 1999, Gameiro refere que não sendo o sofrimento um estado mórbido e estático, devemos ter em atenção um possível processo de readaptação faseado em fase de choque ou descrença, na fase de consciencialização e por fim na fase de restabelecimento. Esta capacidade depende da personalidade da pessoa (Cameron et al., 2007; Ando et al., 2009) e da disponibilidade do apoio emocional e social (Drageset & Lindstrom, 2005).

Peranto o estudo de Daneault et al. (2004) a natureza do sofrimento, em 26 doentes com cancro em fase terminal, subdivide-se em três dimensões: física, psicológica e social.

Segundo Béfécadu (1993) designa o sofrimento físico como o sofrimento no corpo, em que a fonte é física. Refere-se ao *corpo vivido*, ao *corpo que sou*, ou seja, acesso ao mundo através das palavras, das ações e dos gestos. Assim sendo, em caso de doença, a pessoa é impedida de aceder ao mundo, pois, o corpo torna-se um obstáculo na consecução de objetivos da vida.

Para Gameiro (1999) a dor “põe o «eu» em conflito com o corpo (...) e que a dor física nunca é somente física, ela atinge o psíquico através do físico” (p.22). Existe uma tendência para confundir dor e sofrimento, mas estas são distintas, embora possam se interligar (Fleming, 2002). Carqueja (2009) distingue assim a dor do sofrimento referindo que a dor é dirigida a uma localização do corpo e o sofrimento está associado ao psicológico, ao mental e à alma, embora relate que a dor muitas vezes é a causa do sofrimento designando-o de sofrimento corpóreo por ser o corpo o impeditivo do bem-estar e de ser o centro da frustração e do conflito. Cerqueira (2010) complementa que a dor causa sofrimento, contudo, o sofrimento nem sempre causa dor.

Gameiro (2000) e Barbosa (2010) situam o sofrimento físico como dor, descontrolo sintomático, perda de energia e de vigor físico e limitações funcionais. Assim, reconhecer o direito ao controlo da dor, é reconhecer a autonomia, a dignidade humana e aliviar o sofrimento, pois a dor está associada a emoções negativas - angústia, medo, tristeza, cuja combinação constitui o sofrimento (Dias, 2000; Damásio, 2000).

Desta feita, os enfermeiros prestam cuidados específicos focados no doente, procurando ajudá-lo na concretização dos seus projetos e estabelecendo uma relação interpessoal baseada no respeito pelas capacidades da pessoa e a valorização do seu papel (OE, 2012).

Em enfermagem o sofrimento é descrito como um fenómeno global que engloba a pessoa na sua totalidade, ou seja, nas suas diversas dimensões, pois é a pessoa que sofre e não o corpo, é a alma, o coração. Como menciona McIntyre (2004) o sofrimento tem uma natureza multidimensional, pois é um fenómeno biopsicossocial que envolve a pessoa no seu todo.

De acordo com a CIPE, sofrimento é uma emoção negativa, pois abarca sentimentos longos associados ao martírio e à necessidade de ter de tolerar condições devastadoras como por exemplo a dor, o *stress* psicológico, a má reputação e a injustiça (ICN, 2016).

Diversos são os autores, em Portugal, que através dos seus estudos têm constatado que no caso dos doentes oncológicos existe uma atribuição mais elevada ao controlo sintomático, e atribuem grande significância e valor a aspetos psicológicos, existenciais e sócio relacionais (Singer, Martin & Kelner, 1999; Steinhauer, 2000). Constatamos que o sofrimento engloba cinco dimensões e temáticas: sofrimento psicológico, que diz respeito a alterações cognitivas e emocionais; sofrimento físico, referente à dor, desconforto e perda de vigor físico; sofrimento existencial respeitante a alterações da identidade pessoal, e do sentido de controlo emocional, limitações existenciais e no projeto de futuro; sofrimento socio relacional referente a alterações afetivo-relacionais e sócio laborais; experiências positivas do sofrimento relativo a sentimentos positivos na doença (Gameiro, 1999; 2000).

No estudo de Gameiro (2000) este apresentou baixos níveis de sofrimento global ($\bar{x} = 110.02$) e em quatro dimensões do sofrimento, nomeadamente no psicológico ($\bar{x} = 15.90$), no físico ($\bar{x} = 37.73$), no existencial ($\bar{x} = 34.54$) e no relacional ($\bar{x} = 20.48$), contudo, nas experiências positivas apresentou uma média superior à intermédia com o valor de 20.27.

Em 2006, Paulo realizou um estudo misto, em que utilizou o Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD), a Escala de Satisfação com o Suporte Social e a análise fenomenológica para interpretar significações e representações no sofrimento de doentes oncológicos. Demonstrou níveis médios com valores superiores ao valor intermédio para todas as dimensões do sofrimento (sofrimento psicológico $\bar{x} = 46.54$, físico $\bar{x} = 22.32$, existencial $\bar{x} = 52.64$, socio relacional $\bar{x} = 24.15$) e relatou correlação negativa entre o suporte social percebido e as experiências subjetivas do sofrimento ($r_s = -0.75$). No que concerne à análise de conteúdo emerge a esperança/desespero, a perda de continuidade, o confronto com a doença, a perda de controlo, a ausência de suporte social e o sofrimento relacionado com as relações com os profissionais de saúde, bem como com a família, amigos, conhecidos e/ou colegas.

No mesmo ano a autora Sobral publicou um estudo sobre as Experiências Subjetivas de Sofrimento em Doentes Oncológicos: Percepção da Doença e Religiosidade e que teve como finalidade estudar a relação entre a percepção da doença e fé religiosa e descrever o sofrimento no doente oncológico. É um estudo quantitativo, do tipo correlacional e recorreu ao Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença e ao Illness Perception Questionnaire – Revised - IPQ-R e ao Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. Relatou valores acima da média para três dimensões do sofrimento, sendo a dimensão socio relacional ($\bar{x} = 24.92$) a que apresentou valores de intensidade mais elevados, depois segue-se o sofrimento psicológico ($\bar{x} = 42.9$) e as experiências positivas ($\bar{x} = 15.6$). A dimensão que apresentou o valor mais baixo é a do sofrimento físico ($\bar{x} = 17.4$). Revelou que o controlo pessoal melhora o sofrimento psicológico e o existencial ($\bar{x} = 47.68$), que a identificação sintomática da doença minimiza o sofrimento físico, existencial e socio relacional e que a percepção das consequências graves está fortemente relacionado com as experiências do sofrimento, ou seja, existem relações significativas entre as cognições e representações emocionais e as experiências subjetivas do sofrimento.

Em 2009, Carqueja, analisou a prática religiosa e a sua associação à percepção do sofrimento dos doentes oncológicos. Para a sua execução utiliza a Escala Visual Analógica da Dor, o IESSD, a Versão Portuguesa do Inventário de *Locus* de Controlo (IPC) e a Versão Portuguesa da HADS. Constatou que a prática religiosa não diminui a percepção do sofrimento, contudo indicou que quanto maior o sofrimento, maior é a prática religiosa, e que os doentes com presença de dor percebem níveis de sofrimento mais elevados. Verificou diferenças estatisticamente significativas entre o sofrimento e o sexo, sendo as mulheres que percebem mais sofrimento ($p = 0.003$) mais especificamente no sofrimento psicológico ($p = 0.08$). Também mencionou relação entre o estado civil e o sofrimento socio relacional ($p = 0.025$) em que os casados/união de facto são o grupo que percebe mais sofrimento. Quanto à escolaridade relata a existência de relação com o sofrimento físico ($p = 0.042$), em que os que revelou mais sofrimento são os que têm até o 6º ano. Este autor correlacionou as duas escalas e verificou que todas as dimensões apresentaram correlação com a ansiedade e com a depressão, ou seja a ansiedade e a depressão estão correlacionadas com o sofrimento psicológico ($r = +0,676$ e $p < 0,001$ e $r = +0,541$ e $p < 0,001$), com o sofrimento físico ($r = +0,499$ e $p < 0,001$ e $r = +0,553$ e $p < 0,001$), com o sofrimento existencial ($r = +0,569$ e $p < 0,001$ e $r = +0,682$ e $p < 0,001$), com o sofrimento socio relacional ($r = +0,463$ e $p < 0,001$ e $r = +0,437$ com $p < 0,001$) e com as experiências positivas de sofrimento ($r = - 0,324$ e $p < 0,01$ e $r = - 0,493$ com $p < 0,001$).

Quando avaliou o sofrimento global apenas verificou correlação estatisticamente significativa com a ansiedade ($r = +0,302$ e $p = 0,004$]. Neste estudo também se verificou que as pessoas com *locus* de controlo externo sofrem mais fisicamente ($p = 0.046$) e existencialmente ($p = 0.009$), contudo os que têm *locus* de controlo interno apresentam mais experiências positivas do sofrimento ($p = 0.039$). Relata também que os doentes com dor em relação aos restantes doentes apresentam maior sofrimento psicológico ($p < 0.001$), físico ($p < 0.001$), existencial ($p < 0.001$) e socio relacional ($p < 0.001$) e apenas nas experiências positivas é que os doentes com dor apresentam valores mais baixos ($p < 0.001$).

No estudo de Pinto (2011) constatou-se que a maioria dos doentes oncológicos têm medo do futuro, mas são pessoas que mantêm a sua esperança, embora estejam numa fase avançada da doença. Relatam que a informação ao doente é fundamental para a obtenção desta atitude, nos processos de *coping* e na adesão à terapêutica. Realizou um estudo exploratório, descritivo-correlacional e utilizou a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde em doentes oncológicos. Concluiu que a espiritualidade e a esperança estão interligadas ($r_p = +0.47$ e $p < 0.001$) e que a idade está correlacionada com as crenças ($r_p = +0.23$ e $p < 0.001$). Também relata que o tempo de realização de quimioterapia influencia os níveis de esperança ($r_p = -0.34$ e $p < 0.001$) devido à consciencialização da gravidade da doença versus ligação à vida. Realçando assim, o papel fundamental dos profissionais de saúde em informá-los sobre a situação clínica, em ajudá-los em encontrar o sentido para a vida, mediante um planeamento de objetivos e metas exequíveis.

As autoras Alves, Jardim e Freitas, em 2012, executaram um estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal com o intuito de analisar a perceção do sofrimento do doente oncológico paliativo e a sobrecarga referida pelos cuidadores informais e verificar se existe relação entre as duas variáveis. Utilizaram como instrumentos de colheita de dados o Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença e a Escala de Sobrecarga dos Cuidadores. Salientaram nível médio de sofrimento global ($\bar{x} = 137.87$) e níveis acima do valor médio para as dimensões do sofrimento, sendo a dimensão das experiências positivas do sofrimento a que apresentou valores mais elevados ($\bar{x} = 17.29$), conseqüentemente a dimensão do sofrimento físico ($\bar{x} = 20.55$), o socio relacional ($\bar{x} = 23.66$), o psicológico ($\bar{x} = 43.53$) e com menor valor, embora acima da média, o sofrimento existencial ($\bar{x} = 48.87$). Relativamente à sobrecarga, constataram que apenas a dimensão das expectativas com o cuidar apresenta valor acima do intermédio da escala. No que concerne à existência de correlação verificaram uma entre o sofrimento psicológico e as experiências com o cuidar do cuidador informal ($r_s = +0.34$ e $p = 0.039$), bem como entre a

idade e o sofrimento socio relacional ($r_s = -0.35$ e $p = 0.030$) e entre as habilitações literárias e o sofrimento existencial ($p = 0.025$) e o sofrimento global ($p = 0.046$).

Os autores Capela e Apóstolo (2012) delinearum um estudo quantitativo de tipo descritivo e utilizaram o Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença. Estes doentes experienciam níveis elevados para o sofrimento físico ($\bar{x} = 20.55$), nomeadamente nas questões de vigor físico, posteriormente maior nível de sofrimento socio relacional ($\bar{x} = 23.66$) e psicológico ($\bar{x} = 43.53$). A dimensão sofrimento existencial ($\bar{x} = 48.87$) apresentou valores inferiores ao valor intermédio, embora as limitações existenciais tenham médias superiores ao valor médio recomendado. Revelaram ainda níveis medianos de experiências positivas de sofrimento ($\bar{x} = 17.29$). O sofrimento global apresenta uma média de 137.87.

Em 2013, Ramos realizou a dissertação intitulada em “A esperança e o sofrimento no doente oncológico paliativo”, com o objetivo de conhecer como o doente oncológico paliativo vivencia a esperança e o sofrimento, e se existe uma relação entre estas duas dimensões numa situação de doença grave e sem perspectiva de cura. Desenhou um estudo de natureza quantitativa, do tipo exploratório, descritivo-correlacional e utilizou como instrumentos de colheita de dados o Herth Hope Index-PT e o Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença. Verificou níveis baixos de sofrimento global ($\bar{x} = 125.27$), psicológico ($\bar{x} = 38.37$), físico ($\bar{x} = 15.79$), socio existencial ($\bar{x} = 43.26$) e níveis mais altos para o sofrimento socio relacional ($\bar{x} = 23.76$) e de experiências positivas de sofrimento ($\bar{x} = 17.94$). Constatou no seu estudo que o sofrimento socio relacional está relacionado com a idade ($z = -2.12$ e $p = 0.03$), com a situação laboral ($p = 0.003$, doentes com incapacidade para o trabalho tendem a perceber mais este tipo de sofrimento, seguindo-se os não ativos) e com as habilitações literárias ($p = 0.047$, em que os doentes com o 2º ciclo e com o ensino secundário são os que mais sofrem nesta dimensão, sendo os do ensino superior os que menos percebem este tipo de sofrimento). Os resultados constata também que quanto maior é a esperança menor é o sofrimento experienciado ($r_p = -0.320$ e $p = 0.007$). Neste sentido, o sofrimento e a esperança estão relacionados e o acompanham no processo de vida e de morrer, condicionando o ajuste aos momentos de crise, na recuperação de significado e sentido da vida.

No ano seguinte, Carvalho executou uma meta-análise sobre o sofrimento e *coping* em doentes oncológicos e verificou a existência de sofrimento significativo de forma a desencadear diversas estratégias de *coping* individualizadas, nomeadamente programas de intervenção psicológica. Estas estratégias são influenciadas pela personalidade do doente, pelos fatores sociodemográficos, disponibilidade de recursos, exigências situacionais e a fase de desenvolvimento da sua doença. Através da análise aprofundada do autor, este menciona que os aspetos que regulam a adaptação ao diagnóstico é a incerteza acerca do

futuro, busca de um significado, perda de controlo e necessidade de diálogo. No primeiro aspeto refere que as estratégias são centradas no problema e na emoção, no segundo as pessoas tentam encontrar uma explicação aceitável que facilite a aceitação e/ou recuperação da doença, no terceiro aspeto relata e educação psicológico para melhorar a compreensão da doença e do controlo das emoções (exemplo ansiedade, *stress*), e no último aspeto mencionado aborda a escolha de um grupo específico para comunicar abertamente sobre as dificuldades, os medos e os receios.

A autora Almeida (2015) descreveu um estudo quantitativo, do tipo exploratório, descritivo e correlacional e recorreu ao BSI e ao IESSD. Revelou níveis abaixo do valor intermédio para todas as dimensões da escala do sofrimento (psicológico $\bar{x} = 37.1$, físico $\bar{x} = 14.46$, existencial $\bar{x} = 39.2$, socio relacional $\bar{x} = 20.79$, experiências positivas do sofrimento $\bar{x} = 13.1$). Revelou que os sintomas mais frequentes nos doentes oncológicos são a obsessão-compulsão (pensamentos repetitivos de inquietação e mal-estar, comportamentos e ações de difícil controlo), somatização, ansiedade (nervosismo e tensão) e depressão (perda de energia vital, falta de motivação, aborrecimento fácil). Constatou-se correlação significativa entre o sofrimento psicológico e a ideação paranoide ($r = +0.406$ e $p < 0.05$) e entre o sofrimento socio relacional e a ansiedade ($r = +0.193$ e $p < 0.05$).

Face ao exposto, podemos verificar que a dor refere-se a uma perturbação ou sensação do corpo perante um estímulo doloroso (experiência somato-psíquica), e o sofrimento como uma ameaça à integridade da pessoa e dos seus valores.

A distinção entre a dor e o sofrimento é de extrema importância para que os cuidados não se concentrem nos sintomas físicos. No entanto, devemos ter em atenção que a dor incontrolada pode fluir para o sofrimento, e este último, por sua vez pode acentuar a dor em caso de isolamento, medo, insónia ou depressão.

II PARTE
INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

1 - FUNDAMENTAÇÃO E OBJETIVOS

1.1 - APRESENTAÇÃO

A conceção de saúde está subjacente à focalização no doente, ou mais precisamente na doença física (Sousa, 2014), sendo extremamente pertinente e relevante equacionar intervenções que permitam fazer prevenção da doença nas suas várias dimensões, nomeadamente física, mental, social, espiritual, bem como na melhoria dos seus sinais e sintomas.

Sabemos que os doentes oncológicos apresentam um conjunto de necessidades e de intervenções específicas e diferenciadas. Por considerar inevitável investigar uma destas possíveis intervenções, selecionamos a massagem terapêutica e delineamos a seguinte questão: Qual o efeito da massagem terapêutica na dor, no sofrimento e na saúde mental no doente oncológico?.

A pertinência do tema também está relacionada com anteriores experiências na área da oncologia, a nível profissional (estágios profissionais e na prática clínica) e de investigação (mestrado) na área da do sofrimento no doente oncológico.

Desenhámos um estudo de nível IV, nomeadamente um estudo quasi-experimental, que decorreu nas instalações hospitalares do Núcleo Regional da Madeira da Liga Portuguesa Contra o Cancro, no período de abril a dezembro de 2014 e que delineámos como objetivo geral avaliar o efeito da massagem terapêutica no doente oncológico, em regime de ambulatório e como objetivos específicos avaliar os efeitos da massagem terapêutica na dor do doente oncológico, em regime de ambulatório, avaliar o efeito da massagem terapêutica no sofrimento do doente oncológico, em regime de ambulatório e avaliar o efeito da massagem terapêutica na saúde mental do doente oncológico, em regime de ambulatório.

A finalidade do presente estudo visa obter e replicar dados empíricos que nos permitam enriquecer o conhecimento da prática diária na qualidade dos cuidados, bem como implementar esta intervenção não apenas na formação especializada em enfermagem, mas também nos cursos de licenciatura em enfermagem.

Dados os pressupostos e as convicções profissionais, formulámos as hipóteses que apresentámos seguidamente.

1.2 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Tendo em conta os fundamentos teóricos supracitados e os resultados de investigação explorados, as hipóteses (H) especificam o sentido entre as variáveis preditiva e a de desfecho. Estas são um conjunto de proposições existentes no presente estudo de investigação e que são visualizadas em forma de hipóteses.

Deste modo, formulamos as seguintes hipóteses:

H1: Os doentes oncológicos no ambulatório quando sujeitos a massagem terapêutica têm níveis de dor crónica inferiores aos do grupo de controlo;

H2: Os doentes oncológicos no ambulatório quando sujeitos a massagem terapêutica têm níveis de sofrimento inferiores aos do grupo de controlo;

H3: Os doentes oncológicos no ambulatório quando sujeitos a massagem terapêutica têm melhores níveis de saúde mental em relação aos do grupo de controlo;

2 - MATERIAL E MÉTODOS

2.1 - TIPO DE ESTUDO

Desenhámos um estudo de nível IV, quasi-experimental. Utilizamos o modelo de series temporais tendo em conta que este estudo implicou uma medição periódica do grupo experimental e do grupo de controlo, no período abril a dezembro de 2014.

2.2 - AMOSTRA

A população em estudo é constituída pelos doentes oncológicos acompanhados na consulta da unidade de dor crónica e na consulta do hospital-de-dia de oncologia da RAM.

Tendo em linha de conta que a amostragem é um procedimento que escolhe um grupo de pessoas ou um subconjunto para obter informações relativas a um fenómeno (Fortin, 2009), neste estudo incluímos dois grupos de doentes oncológicos, um a quem aplicamos a massagem terapêutica - grupo experimental (n=16) e um outro a quem não aplicamos esta intervenção chamado grupo de controlo (n=15), por forma a verificá-lo de um modo abrangente e comparativo.

Por questões de operacionalidade a amostra foi sinalizada, aleatoriamente, pelos membros da equipa multidisciplinar que acompanham o doente, sendo a seleção final dos participantes realizada pelo médico assistente do doente da unidade de dor crónica e do hospital-de-dia durante as suas consultas (Apêndice I), mediante os critérios de inclusão/exclusão definidos abaixo.

2.2.1 - Critérios de inclusão

Os critérios de seleção deste estudo consideraram pesquisa sobre esta temática, para podermos ter modelos de comparação de resultados. Assim sendo, os critérios de inclusão foram doentes com idade compreendida entre os 18 e os 65 anos inclusive, em regime de ambulatório, com diagnóstico médico de cancro, com capacidade cognitiva do autopreenchimento dos questionários e que não apresentassem os critérios de exclusão posteriormente mencionados. Para tal aplicou-se a Escala Mini Mental State Examination – Anexo I);

As amostras apresentam alguma heterogeneidade interna mas (como está demonstrado nas comparações estatísticas entre amostras) não existem diferenças significativas entre elas, ou seja, as amostras (experimental e de controlo) podem ser consideradas equivalentes em termos de idade, sexo, estado civil, situação laboral, habilitações literárias, tempo de conhecimento do diagnóstico, seguimento na unidade de dor crónica, medicação no domicílio

e inscrição do núcleo regional da LPCC. Por motivos éticos, apenas foi possível controlar estas variáveis. O controlo do tipo de cancro, do estadió da doença e da fase do tratamento, para além da, impossibilidade ética, conduziria a amostras de menor tamanho.

No estudo procuramos avaliar o efeito da massagem terapêutica em termos de dor, sofrimento e saúde mental, independentemente do tipo de cancro, do seu estadió e da fase da doença.

A limitação do grupo etário deveu-se às diferenças peculiaridades da idade em relação a este tipo de intervenção. Parafraseando Rodrigues (2007) a aplicação na massagem terapêutica a crianças com idade inferior 18 anos, carece de práticas divergentes ao que concerne à aplicação destas aos adultos, por apresentarem dificuldades em permanecer na posição adequada, influenciando o tempo de cada sessão e a postura do enfermeiro. No que concerne aos idosos (≥ 65 anos) a técnica utilizada terá de ser específica, quanto ao uso da pressão, do suprimento, de técnicas de massagem terapêutica e da postura do enfermeiro. Por conseguinte, o enfermeiro ao aplicar a massagem terapêutica a estes grupos etários terá de adquirir outras competências específicas (Silva, Elsen & Lacharité, 2003; Rodrigues, 2007).

2.2.2 - Critérios de exclusão

Existem algumas patologias, sinais e sintomas em que esta intervenção está contraindicada, nomeadamente:

- Doentes com problemas circulatórios, veias varicosas;
- Processos inflamatórios ou fúngicos;
- Febre ou hipertermia;
- Em tratamento com quimioterapia;
- Pós-Cirurgia, pós-radioterapia, pós-AVC ou pós-enfarte do miocárdio;
- Patologia óssea (fraturas, torção recente); hipertensão; hemofílicos;
- Doenças contagiosas ou dermatológicas localizadas.

O referido anteriormente consta dos critérios de exclusão do estudo em apresso.

2.2.3 - Considerações ético-legais

Na realização do estudo adotamos os princípios éticos inerentes a este tipo de pesquisa. O projeto foi submetido à comissão de ética do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), onde obtivemos a devida autorização para a sua realização (Anexo II).

Acresce que realizamos uma reunião com o Núcleo Regional da Madeira da liga Portuguesa Contra o cancro, onde solicitou-se a autorização para a execução do estudo nas suas instalações (Anexo III).

Foi realizado um pedido de autorização aos autores das escalas para a utilização das mesmas no estudo (Anexo IV).

O investigador principal entrou em contacto com todos os participantes voluntários seleccionados e estes foram informados sobre objetivo do estudo e foi-lhes solicitado o seu consentimento para participarem no mesmo (Apêndice II).

Após sinalização do doente, por parte da equipa médica, o enfermeiro informou-o sobre os objetivos da investigação (Apêndice III), garantindo-lhes a confidencialidade e privacidade, solicitando o seu consentimento para participarem no estudo (Apêndice IV).

2.2.4 - Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 31 elementos, sendo 16 do grupo experimental e 15 do grupo de controlo. Esta será caracterizada a nível socio demográfico e a nível das características inerentes à doença

a) Características Sócio Demográficas

Observando os dados e resultados que apresentamos no Quadro 1 podemos conhecer as características sociodemográficas dos grupos em estudo. Ambos os grupos apresentam idades compreendidas entre os 40 e 63 anos, sendo as idades médias 52.31 ± 7.26 anos e 52.40 ± 7.45 , respetivamente para o grupo experimental e para o grupo de controlo. Constata-se também que no grupo experimental 25.0% dos doentes tinham entre 45 e 50 anos ou entre 55 e 60 anos e no grupo de controlo 26.7% dos elementos apresentavam idades compreendidas entre os 60 e os 65 anos. Em ambos os grupos metade das pessoas tinham, pelo menos, 51.00 anos de idade e a distribuição de frequências para a idade não se afastou significativamente de uma distribuição normal ($p = 0.551$ e $p = 0.396$). A aplicação do teste U de Mann-Whitney revelou que as diferenças observadas não podem ser consideradas estatisticamente significativas ($p = 1.000$).

No grupo experimental os doentes distribuíam-se equitativamente pelos dois sexos, enquanto que, a maioria dos elementos (53.3%) no grupo de controlo era do sexo feminino. Aplicando o teste do Qui-quadrado concluímos que a diferença observada não foi estatisticamente significativa ($p = 0.853$).

Relativamente ao estado civil, constatamos que em ambos os grupos a maioria dos doentes referiu ser casado(a) ou viver em união de facto, sendo as percentagens de 68.8% e 80.0%, respetivamente para o grupo experimental e para o grupo de controlo. Considerando os doentes agrupados apenas em dois estados civis [casado (a) /união de facto e outros] foi possível aplicar o teste exato de Fisher e, deste modo, constatar que as diferenças observadas entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($p = 0.685$).

No que concerne à situação laboral, verificamos que 50.0% dos elementos do grupo experimental estavam reformados (as) ou eram inválidos (as), seguidos de 31.3% que eram ativos (as). No grupo de controlo a percentagem de reformados (as) /inválidos (as) situou-se nos 46.7%, seguindo-se 26.7% que estavam desempregados (as). Agrupando os doentes em duas categorias [ativo(a) e não ativo(a)] pudemos aplicar o teste exato de Fisher e verificar que as diferenças observadas entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($p = 0.394$).

Quanto às habilitações literárias, verificamos que 43.8% dos doentes do grupo experimental possuíam o 1º Ciclo do Ensino Básico, enquanto que, no grupo de controlo a percentagem destes casos se situou nos 40.0%. Com o intuito de aplicar o teste exato de Fisher, agrupámos os doentes em duas categorias (habilitações literárias iguais ou inferiores ao 3º Ciclo do Ensino Básico e Ensino Secundário/Licenciatura). O resultado do teste evidencia que a diferença observada entre os dois grupos não é estatisticamente significativa ($p = 1.000$).

Quadro 1a - Características dos grupos em estudo

Variável	Grupo	Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Grupo etário					
[40 – 45[		2	12.5	3	20.0
[45 – 50[		4	25.0	3	20.0
[50 – 55[		3	18.8	2	13.3
[55 – 60[		4	25.0	3	20.0
[60 – 65]		3	18.8	4	26.7
Grupo experimental: $\bar{x} = 52.31$ Md = 51.00 s = 7.26 xmin = 40 xmax = 63 p = 0.551					
Grupo de controlo: $\bar{x} = 52.40$ Md = 51.00 s = 7.45 xmin = 40 xmax = 63 p = 0.396					
Teste Mann-Whitney: z = 0.000 p = 1.000					

Quadro 1b - Características dos grupos em estudo (cont.)

Variável	Grupo	Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Sexo					
Feminino		8	50.0	8	53.3
Masculino		8	50.0	7	46.7
Teste do Qui-quadrado: $\chi_{gl=1}^2 = 0.034$ $p = 0.853$					
Estado civil					
Casado(a)/União de facto		11	68.8	12	80.0
Viúvo(a)		1	6.2	1	6.7
Divorciado(a)		4	25.0	2	13.3
Teste exato de Fisher [casado(a)/união de facto vs viúvo(a)/divorciado(a)]: $p = 0.685$					
Situação laboral					
Ativo(a)		5	31.3	2	13.3
Reformado(a)/Inválido(a)		8	50.0	7	46.7
Desempregado(a)		2	12.5	4	26.7
Doméstico(a) ou nunca trabalhou		1	6.3	2	13.3
Teste exato de Fisher [ativo(a) vs não ativo(a)]: $p = 0.394$					
Habilitações literária					
Inferior ao 1º Ciclo do Ensino Básico		1	6.2	3	20.0
1º Ciclo do Ensino Básico		7	43.8	6	40.0
2º Ciclo do Ensino Básico		2	12.5	2	13.3
3º Ciclo do Ensino Básico		2	12.5	1	6.7
Ensino Secundário		2	12.5	2	13.3
Licenciatura		2	12.5	1	6.7
Teste exato de Fisher [até ao 3º CEB vs acima do 3º CEB]: $p = 1.000$					

b) Características inerentes à doença

Relativamente às características da doença, os resultados (Quadro 2) permitem constatar que, no grupo experimental foram observados valores entre 1 e 20 anos, sendo o valor médio e desvio padrão de 6.38 ± 6.38 anos. A maioria dos doentes deste grupo (56.2%) referiu tempos de conhecimento do diagnóstico inferior a 5 anos e metade afirmou ter conhecimento do diagnóstico há menos de 3.50 anos. A distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma distribuição gaussiana ($p = 0.002$). No grupo de controlo observámos resultados compreendidos entre 1 e 15 anos, sendo a média e desvio padrão do tempo do diagnóstico de 5.27 ± 3.58 anos. Verificamos, também, que em 46.6% dos casos

o diagnóstico de doença oncológica foi efetuado há menos de 5 anos, seguido de 40.0% que indicaram tempos entre 5 e 10 anos. Metade dos doentes deste grupo referiu ter conhecimento do diagnóstico há menos de 4.50 anos e, do mesmo modo que no grupo experimental, a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma curva normal ($p = 0.030$). O teste U de Mann-Whitney revelou a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($p = 0.750$).

Questionados se eram seguidos na unidade de dor crónica, a maioria dos elementos dos dois grupos respondeu negativamente, sendo as percentagens de 75.0% (experimental) e 73.3% (controlo). Realçamos que estes são seguidos pelo médico oncologista na consulta do Hospital-de-dia para controlo da dor. O teste do Qui-quadrado revelou não haver diferenças entre os grupos quanto ao facto de estarem ou não a ser seguidos em consulta da dor ($p = 0.916$).

Podemos ainda constatar que 56.3% dos elementos do grupo experimental não realizavam medicação no domicílio. No grupo de controlo a situação inverte-se, ou seja, a maioria dos doentes (60.0%) realiza medicação no domicílio. O teste do Qui-quadrado revelou que a diferença entre os grupos em estudo não é estatisticamente significativa ($p = 0.366$).

Por último, observamos que a maior parte dos doentes do grupo experimental (56.3%) estava inscrita no núcleo regional da Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC). No entanto, entre os doentes do grupo de controlo, a situação é inversa, dado que a maioria dos elementos (53.3%) não estava inscrita. Contudo, o teste do Qui-quadrado revelou que a diferença observada não se pode considerar estatisticamente significativa ($p = 0.594$).

Quadro 2a - Características inerentes à doença

Variável	Grupo	Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Tempo de conhecimento do diagnóstico					
< 5		9	56.2	7	46.6
[5 – 10[		3	18.8	6	40.0
[10 – 15[		1	6.2	1	6.7
≥ 15		3	18.8	1	6.7
Grupo experimental: $\bar{x} = 6.38$ Md = 3.50 s = 6.38 xmin = 1 xmax = 20 p = 0.002					
Grupo de controlo: $\bar{x} = 5.27$ Md = 4.50 s = 3.58 xmin = 1 xmax = 15 p = 0.030					
Teste Mann-Whitney: z = -0.318 p = 0.750					

Quadro 2b - Características inerentes à doença (cont.)

Variável	Grupo	Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Tempo de conhecimento do diagnóstico					
< 5		9	56.2	7	46.6
[5 – 10[		3	18.8	6	40.0
[10 – 15[		1	6.2	1	6.7
≥ 15		3	18.8	1	6.7
Grupo experimental: $\bar{x} = 6.38$ Md = 3.50 s = 6.38 xmin = 1 xmax = 20 p = 0.002 Grupo de controlo: $\bar{x} = 5.27$ Md = 4.50 s = 3.58 xmin = 1 xmax = 15 p = 0.030 Teste Mann-Whitney: z = -0.318 p = 0.750					
É seguido(a) na Unidade de Dor Crónica					
Não		12	75.0	11	73.3
Sim		4	25.0	4	26.7
Teste Qui-quadrado: $\chi^2_{gl=1} = 0.011$ p = 0.916					
Realiza medicação no domicílio					
Não		9	56.3	6	40.0
Sim		7	43.7	9	60.0
Teste Qui-quadrado: $\chi^2_{gl=1} = 0.819$ p = 0.366					
Está inscrito no Núcleo Regional da LPCC					
Não		7	43.7	8	53.3
Sim		9	56.3	7	46.7
Teste Qui-quadrado: $\chi^2_{gl=1} = 0.285$ p = 0.594					

Atendendo ao facto de nenhuma das diferenças observadas, quer nas variáveis sociodemográficas, quer nas inerentes à doença, serem estatisticamente significativas ($p > 0.050$) podemos considerar que os dois grupos em estudo são equivalentes e, consequentemente, posteriores diferenças que venham a ser encontradas não poderão ser atribuídas às diferenças entre os grupos no âmbito destas variáveis.

2.3 - VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foi elaborado um questionário com os dados sociodemográficos que continha a data de nascimento, sexo, habilitações literárias, estado civil, situação laboral, tendo também informação sobre se o participante é seguido pela unidade de dor crónica e qual a medicação que faz no domicílio.

No início de todas as sessões, os participantes foram questionados sobre se ocorreu algum acontecimento marcante e/ou alteração de medicação desde a última sessão que possa influenciar o dia-a-dia e, conseqüentemente, as variáveis dependentes.

Registámos num quadro a aplicação de cada sessão de massagem terapêutica, onde consta os dias e as horas de avaliação destas variáveis, bem como outras observações relevantes (intercorrências e alteração de medicação desde a última sessão).

A variável independente no presente estudo é a massagem terapêutica, considerada de intervenção ou seja, a que o investigador manipula para verificar o efeito na variável dependente (Fortin, 2009).

A variável dependente é considerada o comportamento, a resposta ou o resultado (Fortin, 2009), que neste estudo são a dor, a saúde mental e o sofrimento.

Para medir as variáveis selecionadas do estudo e avaliar as suas inter-relações, utilizamos três inventários - IESSD validado para a população Portuguesa por Gameiro em 1999, o BPI validado para a população Portuguesa por Azevedo et al. (2007) e o Mental Health Inventory (MHI) para a avaliação da saúde mental e validado para Portugal por Pais-Ribeiro (2001).

A escolha destes deve-se ao facto de serem amplamente utilizados na nossa população em estudo. Para além disto, o instrumento IESSD foi escolhido devido a ter sido utilizado pela autora aquando do seu mestrado. O BPI foi selecionado por ter sido aplicado aos doentes da unidade de dor crónica do Hospital Dr. Nélio Mendonça aquando o processo de validação para a versão Portuguesa e o último instrumento (MHI) foi utilizado por apresentar dimensões positivas de saúde mental, apresentando assim associação menos psicopatologizante desta variável.

2.3.1 - Operacionalização das variáveis

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), num estudo quantitativo, o pesquisador esclarece e define as variáveis da pesquisa no seu início, indicando como a variável será observada e medida na situação de pesquisa. A isso chama-se de operacionalização das variáveis e esta definição operacional de um conceito especifica as operações que o pesquisador deve realizar para coletar informação.

As variáveis diferem quanto à facilidade com que podem ser operacionalizadas. Existem múltiplos métodos de mensuração da maioria das variáveis e o pesquisador deve escolher o método que melhor capte as variáveis como conceptualizadas por ele. A precisão na definição dos termos tem a vantagem de comunicar, exatamente, o que eles significam dentro do contexto do estudo (Polit, Beck & Hungler, 2004).

As variáveis independentes deste estudo são:

- Massagem terapêutica.
- Idade;
- Sexo;
- Habilitações literárias;
- Estado civil;
- Situação Laboral;

As variáveis dependentes são:

- Dor;
- Sofrimento;
- Saúde mental;

2.3.1.1 - Variável independente – Massagem Terapêutica

Para a operacionalização desta variável foi utilizado um protocolo de massagem terapêutica preconizado por Field e Hernandez-Reif, de acordo as recomendações da autora (Anexo V).

Os participantes foram recebidos numa sala das instalações equipada para o efeito (massagem terapêutica) no Núcleo Regional da Liga contra o Cancro. Neste espaço, foi realizado e entregue uma explicação sucinta sobre os objetivos e todo o procedimento a realizar e, posteriormente foram oficializadas as autorizações, através do consentimento informado assinado pelo participante.

No que respeita às instalações tivemos em consideração o ambiente reservado e calmo e, em termos temporais, a aplicação da massagem terapêutica realizou-se à mesma hora a todos os participantes.

Posteriormente os participantes foram distribuídos de forma aleatória em 2 grupos. A etapa seguinte foi convidar cada participante a sentar-se e a preencher os instrumentos de colheita de dados (Apêndice V). À posteriori, o investigador procedeu à avaliação e registo dos sinais vitais, nomeadamente a tensão arterial (TA), temperatura (T), frequência cardíaca (FC) e a frequência respiratória (FR).

Ao grupo de doentes selecionados para o protocolo da massagem terapêutica era solicitado a cada um que retirasse a sua roupa, exceto as cuecas ou boxers. Posteriormente, deitavam-se na marquesa em decúbito dorsal e era imediatamente coberto com uma toalha para respeitar a intimidade e privacidade, promovendo conforto e dignidade. À medida que a massagem terapêutica procedia, o enfermeiro descobria a parte do corpo a ser massajada, mantendo a restante tapada.

As sessões de massagem terapêutica seguiram um protocolo padronizado com pressão moderada e suave:

- Cabeça/pescoço (2min): Alongamento do pescoço, acariciando a parte lateral da região frontal, acariciando e realizando alongamento e alisamento dos músculos ao longo do rosto e da mandíbula;
- Braços (4 min cada braço): progressivas compressões intermitentes da região axilar em direção ao peito (6 vezes), compressão intermitente do braço, começando na altura do ombro e aumentando 4-6 polegadas do braço até que até ao pulso, inclusive; amplos movimentos circulares do esterno em direção ao ombro; movimentos lentos do braço incluindo flexão, abdução, adução horizontal e abdução e rotação do úmero.
- Pernas / pés (4 min para cada perna): Tração de ambas as pernas e cada perna separadamente; massagem terapêutica dos pés, incluindo amassamento do calcanhar; deslizamento do tornozelo ao joelho; amassar os músculos da coxa e deslizamento curto e superficial do quadril até ao pé. Pedir ao participante para se colocar em posição ventral:
- Pernas (3 min para cada perna): torcedura do tendão de Aquiles; deslizamento superficial e amassar os gêmeos; deslizando desde o calcanhar até ao quadril; arredondamento curtos para a área do quadril, e cursos longos a partir do quadril para os pés.

- Costas (5 min): Usando as duas mãos, lento deslizamento profundo dos músculos da parte inferior das costas (10 vezes); deslizamento superficial a partir da parte inferior das costas para os ombros e para os braços; amassar os músculos do trapézio; usando a borda exterior de cada lado para executar movimentos curtos ao longo de ambos os lados da coluna vertebral a partir do pescoço para a parte inferior das costas; amassar os músculos do pescoço, deslizando desde os ombros até à parte inferior das costas, pernas progredindo até aos pés.

Após a finalização da massagem terapêutica, o participante permaneceu em repouso, na marquesa durante, mais 5 minutos.

Cada sessão de massagem terapêutica teve a duração de 30 minutos. Foram repetidas 2 sessões por semana durante 4 semanas consecutivas. Antes da aplicação da massagem terapêutica foram avaliados e registados os sinais vitais supracitados e no início de todas as sessões, foram questionados sobre possíveis alterações terapêuticas desde a última sessão e sobre algum acontecimento marcante que possa influenciar o dia-a-dia e, consequentemente, as variáveis dependentes (Apêndice VI).

Os participantes do grupo de controlo receberam os cuidados standards das intervenções do grupo experimental e permaneceram 30 minutos em repouso sobre a maca, em silêncio, estando apenas sujeitos às influências externas comuns às do grupo experimental, nomeadamente a luminosidade, temperatura e ruídos.

2.3.1.2 - Variável dependente - Dor

Para a operacionalização da variável dependente dor utilizamos o BPI validado para a população Portuguesa por Azevedo (2007).

Apresenta 15 itens que avaliam a existência, a intensidade, a localização, a interferência funcional, as estratégias para minimização da dor e a sua eficácia (Quadro 3). A existência da dor é avaliada por um item (1) através de sim ou não, para a localização da dor o doente efetua uma indicação na área de dor num diagrama representativo do corpo humano (item 2), para avaliar as estratégias existe uma questão aberta (item 7) e a sua eficácia é avaliada em termos percentuais (item 8).

Quadro 3 – Descrição e cotação dos itens e dimensões do BPI

Dimensão	n. de itens	Descrição do item	Variação da cotação de cada item
Existência de dor	1	Ocorrência de dor diferente na última semana	Sim ou não
Localização da dor	1	Doente indica num diagrama representativo do corpo humano a localização da dor	-
Intensidade da dor	4	3- classificação da dor máxima durante a última semana 4- classificação da dor mínima durante a última semana 5- classificação da dor média durante a última semana 6- classificação da dor no preciso momento	0 a 10
Estratégias de minimização da dor	1	Questão aberta sobre tratamentos e medicamentos realizados para o controlo da dor	-
Eficácia	1	Quantificar a melhoria da dor na última semana com os tratamentos e medicamentos que realiza	0% a 100%
Interferência funcional	7	9- a dor interferiu com a atividade geral durante a última semana 10- a dor interferiu com a disposição durante a última semana 11- a dor interferiu com a capacidade para andar a pé durante a última semana 12- a dor interferiu com o trabalho normal durante a última semana 13- a dor interferiu com as relações interpessoais durante a última semana 14- a dor interferiu com o sono durante a última semana 15- a dor interferiu com o prazer de viver durante a última semana	0 a 10

Relativamente à intensidade da dor (mínima, máxima, média na última semana e no momento) este inventário tem quatro itens, avaliados numa escala numérica que oscila de 0 a 10 em que 0 corresponde à resposta “sem dor” e 10 a “pior dor que se pode imaginar”. No que concerne à avaliação da dimensão da interferência da dor na capacidade funcional, nomeadamente na atividade geral, na disposição, na capacidade para andar a pé, no

trabalho normal, nas relações com outras pessoas, no sono e no prazer em viver, esta é medida por uma escala numérica de 0 a 10 em que 0 equivale à resposta “não interferiu” e 10 a “interferiu completamente”. Para a obtenção dos pontos de corte, tanto a nível da intensidade como da interferência, utilizamos as médias dos itens.

2.3.1.3 - Variável dependente - Sofrimento

Para a operacionalização e validação da variável dependente sofrimento aplicou-se o Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença, que consiste num inventário de McIntyre validado para a população Portuguesa por Gameiro em 1999.

Este inventário tem cinco dimensões nomeadamente a dimensão do sofrimento psicológico, do físico, do existencial, do socio relacional e das experiências positivas do sofrimento (Quadro 4).

Quadro 4a – Descrição e cotação dos itens e dimensões do IESSD

Dimensão	n. de itens	Descrição do item	Varição da cotação de cada item
Sofrimento psicológico	13	2- penso na gravidade e nas consequências da doença 3 - apreensivo ao que pode acontecer 5 - dificuldade em suportar a tensão que a doença provoca 6 - sente-se triste 9 - momentos de desespero 10 - sente falta da família 17- preocupação com as dores 18 - dificuldade em deixar de pensar em coisas más 19 - revoltado com a situação de doença 24- sente-se tranquilo 32 - receio de adquirir deficiência física 33 - doença causa angústia 39 - sente muitos medos	1 a 5
Sofrimento físico	6	1 - sente-se cansado 14 - perda da energia e força física 20 - sem posição de conforto 23 - dores difíceis de suportar 31 - má disposição impede de descansar 41 - dor que impossibilita de descansar	

Quadro 4b – Descrição e cotação dos itens e dimensões do IESSD (cont.)

Dimensão	n. de itens	Descrição do item	Variação da cotação de cada item
Sufrimento existencial	16	4 - doença rouba tempo 8 - colocar de lado projetos importantes 13 - incompreende o que provoca a doença 15 - desiludido em relação ao que esperava da vida 16 - descontrolo da agressividade 21 - perda da liberdade 26 - não deixa de realizar os planos para o futuro 27 - incapacidade de realizar as mesmas coisa que realizava antes de estar doente 28 - sentimento de pena de si próprio 29 - já não vale a pena pensar no futuro 30 - sente-se diminuído como pessoa 35 - dependência dos outros difícil de suportar 36 - dificuldade em evitar certos comportamentos indesejáveis 37 - pouco pode esperar do futuro 40 - dificuldade em encontrar sentido para a vida 42 - esperança de realizar os sonhos	1 a 5
Sufrimento socio relacional	7	7 - preocupação da perda do trabalho 11- receio de ser sobrecarga para a família 12 -angústia de deixar as pessoas que gosta 22 - preocupação com o futuro das pessoas 25 - preocupação da incapacidade de ajudar a família 34 - preocupação económica de sustento familiar 43 - desejo da família não sofrer	
Sufrimento socio relacional	7	25 - preocupação da incapacidade de ajudar a família 34 - preocupação económica de sustento familiar 43 - desejo da família não sofrer	
Experiências positivas do sofrimento	5	24 - sente-se tranquilo* 26 - não deixa de realizar os planos para o futuro* 38 - recuperação das forças* 42 - esperança de realizar os sonhos*	

Quadro 4c – Descrição e cotação dos itens e dimensões do IESSD (cont.)

Dimensão	n. de itens	Descrição do item	Variação da cotação de cada item
Experiências positivas do sofrimento	5	44 - pensa que vai melhorar*	
*Itens com cotação invertida			

Podemos constatar que os itens 26 e 42 classificados como experiências positivas, foram simultaneamente integrados na dimensão do sofrimento existencial, bem como o item 24 também é considerado de sofrimento psicológico. Desta forma, ao realizar o somatório dos 44 itens, cinco destes terão de ser invertidos (24, 26, 38, 42 e 44). No entanto, ao analisar as experiências positivas nenhum item será invertido.

O inventário é composto por 44 itens, avaliados numa escala ordinal, cotadas de 1 a 5, em que 1 equivale à resposta "não corresponde nada/totalmente falso", ao 2 "corresponde pouco", ao 3 "corresponde bastante", ao 4 "corresponde muito" e ao 5 "corresponde totalmente". O tempo de resposta é entre 10 a 15 minutos e é de autopreenchimento. Segundo Gameiro (1999), considerando o IESSD, 44 seria o mínimo de sofrimento e 220 o máximo. Pode-se utilizar o 132 como referência média para o sofrimento global, 39 para o sofrimento psicológico, 18 para o sofrimento físico, 48 para o sofrimento existencial, 21 para o sofrimento socio relacional e 15 para as experiências positivas do sofrimento. Ou seja, não existe pontos de corte.

2.3.1.4 - Variável dependente – Saúde Mental

Na operacionalização da variável dependente saúde mental utilizamos o Inventário de Saúde Mental (ISM), adaptado à população Portuguesa por Pais-Ribeiro em 2001 proveniente da versão Health Insurance Study de RAND Corporation. Este inventário visa monitorizar a saúde mental da população global.

Este inventário preconiza duas versões, uma de 5 itens (MHI-5, item n.º 11, 17, 19, 27 e 34) e a escolhida com 38 itens. Selecionamos esta tendo em conta que inclui a de 5 itens.

Este inventário tem como objetivo a avaliação da saúde mental nas suas duas dimensões positivas (afeto positivo e laços emocionais) e três negativas (ansiedade, depressão, perda de controlo emocional/comportamental) e é composto por 38 itens, como podemos verificar no Quadro 5.

Quadro 5a – Descrição e cotação dos itens e dimensões do ISM

Dimensão	n. de itens	Descrição do item	Variação da cotação de cada item
Ansiedade	10	3 - nervoso ou apreensivo por coisas que aconteceram 11 - muito nervosa 13 - tenso e irritado 15 - mãos a tremer a fazer alguma coisa 22 - capaz de relaxar sem dificuldade 25 - incomodado devido ao nervoso 29 - cansado, inquieto e doente 32 - confuso ou perturbado 33 - ansioso ou preocupado 35 - dificuldade em se manter calmo	1 a 6
Depressão	5	9 - deprimido 27- triste e em baixo 30 - rabugento ou de mau humor 36 - espiritualmente em baixo 38 - grande pressão ou <i>stress</i>	1 a 6, excepto o item 9 que é de 1 a 5
Perda de controlo emocional/ comportamental	9	8 - perda da cabeça ou de controlo do atos, palavras, sentimento ou memória* 14 - controlo do comportamento, pensamento, emoções e sentimentos* 16 - sem futuro 18- emocionalmente estável* 19- triste e em baixo 20- vontade de chorar 21- outros sentem-se melhor sem ele 24- oposto do desejado 28- acabar com a vida	1 a 6, excepto o item 28 que é de 1 a 5
Afeto positivo	11	1- satisfeito com a vida pessoal* 4-futuro promissor e cheio de esperança* 5-vida cheio de coisas interessantes* 6- relaxado e sem tensão* 7-prazer nas coisas que faz* 12- esperança de um dia interessante* 17- calmo e em paz*	1 a 6

Quadro 5b – Descrição e cotação dos itens e dimensões do ISM (cont.)

Dimensão	n. de itens	Descrição do item	Variação da cotação de cada item
Afeto positivo	11	26- vida é uma aventura maravilhosa* 31- alegre, animado e bem disposto* 34- pessoa feliz* 37- acordar fresco e repousado*	1 a 6
Laços emocionais	3	2- sentiu-se só 10- sentiu-se amado e querido* 23- satisfeito nas últimas relações amorosas*	1 a 6
*Itens com cotação invertida			

De acordo com o Quadro exposto podemos constatar que cada item é cotado de 1 a 6, exceto os itens 9 e 28 que são cotados de 1 a 5. Ao realizar o somatório dos 38 itens, existem 17 destes que serão invertidos (1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 17, 18, 22, 23, 26, 31, 34, 37).

Estas dimensões posteriormente convergem em duas grandes dimensões: o *distress* psicológico (que engloba as escalas da ansiedade, da depressão e da perda de controlo emocional/comportamental) e o bem-estar psicológico (que inclui o afeto positivo e os laços emocionais).

Segundo Pais-Ribeiro (2001), para a execução do tratamento dos resultados, a pontuação final deve ser transformada numa escala de “0” a “100” para o que se deve utilizar a seguinte fórmula: Nova pontuação = $100 \times (\text{pontuação bruta} - \text{pontuação mais baixa possível}) / (\text{variação da pontuação})$. A variação da pontuação consiste na diferença entre a pontuação mais alta possível e a pontuação mais baixa possível. De acordo com o mesmo, as pontuações mais elevadas correspondem a melhor saúde mental. Ou seja, as pontuações mais elevadas correspondem a um melhor nível de saúde relativamente à ansiedade, depressão, perda de controlo emocional ou comportamental, de afeto positivo e de laços emocionais mais fortes. Em contrapartida as pontuações mais baixas equivalem a pior saúde mental ou a um pior nível de *distress* psicológico e de bem-estar positivo.

2.3.2 - Fidelidade dos instrumentos de colheita de dados

A fiabilidade dos três instrumentos incluídos no questionário que elaborámos foi estudada através da análise da consistência interna das respetivas dimensões e totais. O método utilizado consistiu na determinação do coeficiente *alpha* de *Cronbach*, cujos valores podem variar entre 0 e 1. Quanto mais elevada é a consistência interna, mais os enunciados dos respetivos itens estão correlacionados e maior é a homogeneidade da dimensão/escala. Para este coeficiente, valores mais elevados, ou seja, mais próximos de 1 são interpretados como reveladores de maior consistência interna. Este procedimento estatístico é indicado para a maioria das escalas, principalmente em escalas tipo *Likert*, e de acordo com vários autores, nomeadamente, Maroco e Garcia-Marques (2006), resultados iguais ou superiores a 0,70 revelam boa consistência interna. DeVellis (1991) também citado por Maroco et al. (2006) consideram, ainda, que são aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente, quando o número de itens envolvidos é reduzido.

Os resultados que apresentamos no Quadro 6 permitem-nos constatar que para todas as escalas/dimensões foram observados valores superiores a 0.70 e próximos dos resultados encontrados pelos respetivos autores. Podemos, assim, concluir que as escalas apresentam boa ou muito boa consistência interna e, conseqüentemente, no presente estudo, estes instrumentos evidenciaram boa fiabilidade.

Quadro 6a - Consistência interna das escalas

Escalas/dimensões	Coeficiente <i>alpha</i> de <i>Cronbach</i>		
	Avaliação inicial	Avaliação final	Autores
Intensidade da dor	0.81	0.88	0.99
Interferência da dor	0.93	0.94	0.84
Sufrimento psicológico	0.92	0.93	0.88
Sufrimento físico	0.89	0.85	0.85
Sufrimento existencial	0.86	0.85	0.85
Sufrimento socio relacional	0.74	0.78	0.76
Experiências positivas do sofrimento	0.84	0.86	0.69
Sufrimento global	0.95	0.95	0.93
Ansiedade	0.78	0.80	0.91
Depressão	0.73	0.78	0.85
Perda de controlo emocional/comportamental	0.73	0.81	0.87
Afeto positivo	0.80	0.85	0.91

Quadro 6b - Consistência interna das escalas (cont.)

Escalas/dimensões	Coeficiente <i>alpha de Cronbach</i>		
	Avaliação inicial	Avaliação final	Autores
Laços emocionais	0.71	0.75	0.72
<i>Distress</i> psicológico	0.85	0.89	0.95
Bem-estar psicológico	0.76	0.85	0.91
Saúde mental global	0.88	0.92	0.96

O BPI foi aplicado, pelo autor, em unidades de dor crônica, inclusive na do Hospital Dr. Nélio Mendonça e apresentou um coeficiente de consistência interna de 0.99 para a dimensão da intensidade da dor e de 0.84 para a dimensão da interferência da dor. No presente estudo também podemos constatar uma elevada consistência interna tanto na avaliação inicial como na final com valores de 0.81 e 0.88 para a intensidade da dor e 0.93 e 0.94 para a interferência da dor. No IESSD o autor apresenta um coeficiente de consistência interna global de 0.93, sendo considerado uma elevada consistência interna. No que concerne à dimensão do sofrimento psicológico o *alpha de Cronbach* foi de 0.88, para a dimensão do sofrimento físico foi de 0.85, para a dimensão do sofrimento existencial a consistência interna foi de 0.85, para a dimensão socio relacional foi de 0.76 e para a dimensão das experiências positivas do sofrimento foi de 0.69 (Gameiro, 1999). No estudo obtivemos um *alpha de Cronbach* de 0.95 para o sofrimento global na avaliação inicial e 0.95 para a avaliação final. Verificou-se também que o valor da consistência interna das dimensões foi semelhante aos do autor do inventário, com um *alpha de Cronbach* de 0.92 na avaliação inicial e 0.93 na avaliação final para a dimensão do sofrimento psicológico, de 0.89 e 0.85 para a dimensão do sofrimento físico, 0.86 e 0.85 para a dimensão do sofrimento existencial, 0.74 e 0.78 para a dimensão do sofrimento socio relacional e 0.84 e 0.86 e para a dimensão das experiências positivas do sofrimento.

Também no ISM, o autor, apresenta um *alpha de Cronbach* global de 0.96, sendo considerado de elevada consistência interna. No que concerne à dimensão da ansiedade apresenta um valor de 0.91, para a dimensão da depressão foi de 0.85, para a dimensão da perda de controlo emocional/comportamental a consistência interna foi de 0.87, para a dimensão do afeto positivo foi de 0.91 e para a dimensão dos laços emocionais foi de 0.72. Para as grandes dimensões o *alpha de Cronbach* foi de 0.95 para o *distress* psicológico e 0.91 para o bem-estar psicológico (Pais-Ribeiro, 2001). No atual estudo obtivemos um *alpha de Cronbach* de 0.88 na avaliação inicial e 0.92 na avaliação final na saúde mental global. Para a dimensão da ansiedade adquirimos valores de 0.78 e 0.80, para a dimensão da

depressão 0.73 e 0.78, para a dimensão da perda de controlo emocional/comportamental 0.73 e 0.81, para a dimensão do afeto positivo 0.80 e 0.85, para a dimensão dos laços emocionais 0.71 e 0.75, para a grande dimensão de *distress* psicológico 0.85 e 0.89 e para a grande dimensão de bem-estar psicológico 0.76 e 0.85.

2.4 - PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Os dados colhidos são provenientes dos instrumentos de colheita de dados supra descritos e o seu procedimento de colheita exigiu uma prossecução rigorosa e ordenada de duas fases.

Após a autorização escrita da comissão de ética, iniciou-se a recolha dos dados. A primeira fase foi a homogeneidade da massagem terapêutica e a segunda fase foi a aplicação desta intervenção aos doentes selecionados.

Inicialmente foi utilizada uma amostragem não probabilística consecutiva, em que todos os enfermeiros de cuidados gerais que quisessem participar voluntariamente no estudo e que estivessem inscritos na Ordem dos Enfermeiros seriam selecionados. Neste grupo, foi aplicado um questionário que obteve a informação sobre a idade, sexo, estado civil, anos de serviço, existência ou não de formação na área de massagem terapêutica, motivos para a participação no estudo e se aplica a massagem terapêutica como medida não farmacológica na sua prestação de cuidados.

Após selecionou-se aleatoriamente 5 enfermeiros e foi obtido o consentimento informado (Apêndice VII). Realizou-se reuniões nas instalações do Núcleo Regional da Madeira da Liga Contra o Cancro, onde foi dado a conhecer o protocolo da massagem terapêutica utilizado neste estudo, realizados ensinamentos sobre as manobras a utilizar, dado a conhecer os critérios de inclusão e exclusão dos doentes, bem como da metodologia de recolha dos dados.

Os enfermeiros realizaram cinco treinos individuais de massagem terapêutica, segundo um protocolo de massagem terapêutica previamente delineado e estruturado pelo investigador e por uma enfermeira com formação em massagem terapêutica com o objetivo de interiorização e praticabilidade do supracitado protocolo e consequentemente obter a homogeneidade dos participantes.

Para se verificar as competências adquiridas efetuamos duas observações diretas. Como registo e codificação utilizamos uma lista de verificação das manobras executadas e as suas formas de medição (Apêndice VIII). Só passamos à fase seguinte quando todos os voluntários estavam a executar o protocolo da massagem terapêutica de forma homogênea.

Após esta fase estar concluída, passamos à aplicação da massagem terapêutica aos doentes selecionados.

Trata-se, pois, de um estudo quasi-experimental de desenho antes/após com a manipulação da massagem terapêutica. Ou seja, foram avaliadas todas as variáveis dependentes no primeiro e último dia em que o doente participou no estudo. Apenas as variáveis TA; FC; T; FR foram avaliados no início e no fim de cada sessão de massagem terapêutica ou dos cuidados standard, bem como outras observações relevantes (intercorrências e alteração de medicação desde a última sessão).

A investigadora juntamente com as enfermeiras voluntárias combinaram uma data para recolher mensalmente os envelopes fechados que continham os dados colhidos, para que estes pudessem ser codificados e posteriormente tratados anonimamente. Há que salientar que não houve qualquer contacto entre o investigador e os doentes selecionados.

Os instrumentos de colheita de dados para avaliar as variáveis dor, sofrimento e saúde mental foram entregues pelos enfermeiros voluntários aos participantes do estudo no primeiro e último dia em que o doente participou no estudo e são de autopreenchimento.

Há que salientar que a colheita de dados foi realizada num espaço existente no hospital cedido ao Núcleo Regional da Madeira da Liga Contra o Cancro. Durante a colheita não foi utilizado música ou outro estímulo e o creme aplicado na intervenção massagem terapêutica também foi inodoro e hipoalérgico.

2.5 - TRATAMENTO DOS DADOS

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizámos técnicas da estatística descritiva e inferencial. O tratamento estatístico foi efetuado informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS), na versão 23 de 2016.

As técnicas estatísticas aplicadas foram frequências (absolutas e percentuais), medidas de tendência central (média aritmética e mediana), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão), coeficiente alfa de Cronbach, teste do Qui-quadrado e teste exato de Fisher (como testes de associação), teste de Mann-Whitney, teste McNemar, teste Wilcoxon e teste Shapiro-Wilk (como teste de normalidade).

Na escolha dos testes atendemos às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Maroco (2007) e Pestana e Gameiro (2005). A opção por testes não paramétricos justifica-se, principalmente, pelo tamanho da amostra e pela natureza das variáveis presentes nos diversos estudos e pelas suas características, tal como o facto de algumas das variáveis quantitativas não apresentarem distribuição normal.

Para todos os testes foi fixado o valor 0,050 como limite de significância, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade do erro tipo I (probabilidade de rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira) era inferior ao valor fixado, ou seja, quando $p < 0,050$.

3 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Analisando a nossa amostra, como já anteriormente descrita, constatou-se que esta corresponde a 50% tanto para o sexo feminino como para o masculino, em ambos os grupos (experimental e de controlo). O grupo experimental (25.0%) encontra-se na faixa etária dos [45 – 50[e [55 – 60[e o grupo de controlo (26.7%) entre os 60 e 65. Estes dados são análogos aos da estrutura da pirâmide populacional da RAM em que entre os anos de 1998 a 2014 a faixa etária com mais casos de incidência de tumores malignos era de [51-60] anos de idade e posteriormente a dos [61-70]. Segundo a DGS (2016) as médias de idades mais elevadas tanto dos homens como das mulheres, com doença oncológica em 2015, foram entre os 40 a 44 anos de idade, mas estimam que em 2030 a faixa etária para ambos os sexos, será entre os 55 e 59 anos.

Os doentes de ambos os grupos estão em idade produtiva e ativa, na sua maioria são reformados ou inválidos (50.0% e 46.47%), o que pode desencadear sentimentos de perdas económicas e laborais, problemas familiares e de isolamento social (Barbosa & Neto, 2006). Esta perda da capacidade funcional pode provocar transtornos de ansiedade e de depressão (Joyce-Moniz & Barros, 2005)

Tendo em conta que são casados ou em união de facto (68.8% e 80.0%), é benéfico para os doentes os familiares terem funções cruciais no que concerne à complementaridade nas estratégias adaptativas e na trajetória da doença. O apoio familiar gera uma rede de suporte com capacidade para fortalecer emocionalmente o doente e para a adaptação da doença e dos respetivos tratamentos (Dias, 2001). Mediante o referencial teórico constata-se que o afeto positivo e os laços emocionais promovem vínculos que regulam emocionalmente o doente, proporcionando satisfação e bem-estar.

Observamos que em ambos os grupos os doentes têm o 1 ciclo do ensino básico (43.8% e 40.0%), o que nos leva a refletir sobre a necessidade de apoio e clarificação realista da situação e dos tratamentos a que serão submetidos, através de informação adequada (Magalhães, 2013b). Pinto (2011) enfatiza que a informação ao doente é fundamental para a obtenção da esperança nos processos de *coping* e na adesão à terapêutica.

No que diz respeito às características inerentes à doença, nomeadamente o tempo de diagnóstico, este reflete que a maioria se encontra num período inferior a 5 anos (56.2% e 46.6%). Na generalidade, os doentes têm conhecimento do diagnóstico e de um prognóstico razoável acerca da doença. Atribui-se que o avanço científico e tecnológico e a possibilidade de deteção precoce do cancro, contribui de certo modo para um melhor prognóstico doentes e para um crescimento de sobrevivência desta doença (Cardoso et al., 2009).

Observamos que 56.3% dos doentes do grupo experimental e 46.7% dos doentes do grupo de controlo estão inscritos no Núcleo Regional da LPCC, o que é vantajoso, pois para além do apoio do Serviço Regional de Saúde, poderão adquirir apoio económico e psicológico através desta associação. Também poderão inscrever-se nos movimentos da Liga ou nos eventos promovidos por esta, visando a ocupação dos tempos livre e o bem-estar. Mansky e Wallerstedt (2006) referem que para a obtenção do bem-estar a pessoa tende a buscar o sentido das coisas, das atividades, independentemente das circunstâncias e sente, reflete e empreende as emoções agradáveis.

Constatamos que a maioria dos doentes oncológicos não é seguida pela unidade de dor crónica (75.0% e 73.3%), contudo 60.0% dos doentes do grupo de controlo realizam medicação no domicílio.

As diferenças supramencionadas entre os grupos, no que concerne às características dos grupos e às características inerentes à doença não são estatisticamente significativas

Nesta fase é nosso objetivo saber com o presente estudo qual o efeito da massagem terapêutica no doente oncológico, como tal iremos abordar seguidamente a discussão das hipóteses pré-estabelecidas.

3.1 - EFEITO DA MASSAGEM TERAPÊUTICA NA DOR

A aplicação do Inventário Resumido da Dor permitiu-nos conhecer as zonas corporais em que os doentes de cada um dos grupos e em cada um dos momentos sentiam dor mais intensa. Os dados que apresentamos no Quadro 7 permitem-nos constatar que a dispersão de respostas foi muito elevada e, conseqüentemente, as frequências baixas. No entanto, podemos salientar a zona do abdómen e a zona dorsal com maior percentual. A situação é muito semelhante nos dois grupos e em ambos os momentos de avaliação.

Quadro 7a - Zona referida como a que mais dói, nos momentos da avaliação inicial e final

Grupo	Avaliação inicial				Avaliação final			
	Experimental		Controlo		Experimental		Controlo	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Zona que mais dói								
Abdómen (quadrante inferior direito)	2	12.5	2	13.3	2	12.5	2	13.3
Abdómen (quadrante inferior esquerdo)	0	0.0	2	13.3	0	0.0	2	13.3
Abdómen (quadrante superior esquerdo)	2	12.5	2	13.3	2	12.5	2	13.3
Boca	1	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Quadro 7b - Zona referida como a que mais dói, nos momentos da avaliação inicial e final

Grupo	Avaliação inicial				Avaliação final			
	Experimental		Controlo		Experimental		Controlo	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Zona que mais dói								
Cabeça frente	2	12.5	0	0.0	2	12.5	0	0.0
Coxa frente direita	0	0.0	1	6.7	0	0.0	1	6.7
Dorsal	2	12.5	2	13.3	2	12.5	2	13.3
Hemitórax direita	1	6.3	1	6.7	1	6.3	1	6.7
Hemitórax esquerda	0	0.0	1	6.7	0	0.0	1	6.7
Mama direita	1	6.3	0	0.0	1	6.3	0	0.0
Mama esquerda	1	6.3	1	6.7	1	6.3	1	6.7
Mamas	1	6.3	1	6.7	1	6.3	1	6.7
Pescoço frente esquerda	2	12.5	0	0.0	2	12.5	0	0.0
Não respondeu	1	6.3	2	13.3	2	12.5	2	13.3

A complexidade que envolve a neurofisiologia da dor oncológica prende-se com a inflamação, neuropatia, isquemia e compressão em vários locais. As pessoas portadoras da patologia oncológica podem precisar a **localização** de dor causado pelo cancro, pelo seu tratamento, debilidade geral ou distúrbios simultâneos.

Para atingir o controlo ótimo da dor crónica no cancro, segundo Raphael et al. (2010), há que haver compreensão da sua fisiologia bem como da estrutura molecular envolvente.

A avaliação da dor é desafiante tendo em conta as características que lhe aludem de cariz multifacetado, numa fase pré-avaliativa, e para melhor entendimento desta por parte do profissional há que analisá-la como dor total, para se referir à natureza multidimensional da dor, que inclui no seu amago os domínios físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Richmond, 2005; Mehta & Chan, 2008).

A abordagem da dor como um todo ou a nível singular só pode ser efetuada através da sua contextualização das características de foro multidimensional. Ora desta forma quando observamos a dor física constatamos que esta emerge com características de dano potencial ou real. É um facto que a abrangência da dor não é sentida por todos os doentes, embora uma avaliação ideal tenha que explorar a dor em cada uma das supramencionadas dimensões.

A base da avaliação do doente dá-se através da sua história, do exame físico e da avaliação psicossocial, verificando um hiato entre a impressão facultada pelo dado do enfermo e a sua experiência subjetiva (Herr, Bjoro & Decker, 2006). A Associação Europeia de Cuidados

Paliativos sugere a utilização usadas de escalas analógicas visuais, numéricas e verbais que para melhorar a fase da comunicação das características e orientação (Breivik et al., 2008).

Antes de se construir um procedimento de avaliação, um sistema para a classificação da dor do cancro é necessário que sejam identificados os componentes de avaliação da dor. Atualmente existe pouco consenso sobre a forma como a dor deve ser classificada (Kaasa et al., 2008).

Alguns sistemas de classificação já existem, incluindo a da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) que codifica a dor crónica por região do corpo. O Sistema de Classificação de Edmonton para a dor do Cancro (ECS-EP) que foi produzido como um guia de avaliação para dor do cancro e a Escala Prognóstica da Dor do Cancro (CPPS), que foi desenvolvido como uma ferramenta prognóstica para a predição do alívio da dor em doentes com cancro.

As ferramentas de avaliação da dor do cancro, ainda que sejam úteis, podem não ser significativas na avaliação da dor de um doente com cancro. A maior parte dos doentes apresentam muitos distúrbios de dor, causados por múltiplos mecanismos e, por essa razão, é difícil diferenciar a dor decorrente de lesões ou distúrbios do sistema nervoso, da dor causada através da ativação das vias fisiológicas normais da dor (Backonja & Woolf, 2010).

Neste contexto, como exemplo, no cancro da mama, a dor pode ser causada pela cirurgia, disseminação tumoral, quimioterapia e metástases na coluna vertebral. As metástases ósseas provocam dor nociceptiva local e dor neuropática distante devido à compressão nervosa. O melhor tratamento para a dor é determinar e conhecer a sua causa (Cleeland, Farrar & Hausheer, 2010).

O controlo ótimo da dor crónica do cancro está dependente da compreensão da fisiopatologia subjacente e dos mecanismos moleculares envolvidos, como exemplo, a invasão tumoral de tecidos locais, dor óssea metastática, dor óssea osteoporótica e dor articular degenerativa, obstrução visceral, compressão nervosa, isquemia, dor inflamatória, quimioterapia induzida e dor pós-cirurgia (Raphael et al., 2010).

A gestão da dor do cancro depende de uma avaliação abrangente que caracteriza o sintoma em termos de fenomenologia e patogénese, avalia a relação entre dor/doença, e esclarece o impacto da dor e das condições comórbidas na qualidade de vida do doente. Esta avaliação requer a utilização de uma nomenclatura padrão e uma abordagem que explora as muitas dimensões da dor e outras características do cancro.

Os autores Simone, Vapiwala, Hampshire e Metz (2012) e Ripamonti, Bossi, Santini e Fallon (2014) levam-nos a constatar que a experiência da dor do cancro é diretamente correlacionada com fatores genéticos, história, cultura e humor. A subjetividade inerente à dor bem como as informações facultadas pelos doentes dever-se-ão concentrar nas especificações temporais onde devem ser observados na fase inicial o seu padrão e irradiação, a localização, a gravidade, a qualidade, a duração, a frequência e as estratégias de alívio à dor (OE, 2008).

Com base no nosso estudo apuramos as principais localizações da dor mencionadas pelos doentes. Os resultados determinaram que na fase de avaliação inicial, com um valor percentual de 12,5, as principais zonas de dor situavam-se, para o grupo experimental, no abdómen (quadrante inferior direito e superior esquerdo), região frontal, cervical, dorsal, cavidade oral, hemitórax direito, mama direita e esquerda. Contudo, 6,3% não responderam à questão.

No que concerne ao grupo de controlo, com um valor percentual na ordem dos 13,3, constatou-se que as zonas críticas à dor eram em três quadrantes abdominais, nomeadamente no inferior direito, esquerdo e superior esquerdo, outra zona mais afetada pela dor, e na mesma proporção, situava-se na região dorsal. Ao analisarmos o antes e o após destes itens aferimos que os mesmos não vieram a sofrer alterações na fase de avaliação final à exceção da dor localizada na zona da boca que por sua vez diminuiu para o valor zero, sendo esta alteração explicada com a razão devido ao doente em causa na fase da avaliação final optar por não responder.

Estas localizações estão em consonância com a taxa de incidência de cancro na RAM, que segundo o Registo Oncológico Regional (2015) a maior taxa é referente à próstata (72.15%), depois a mama (44.77%), posteriormente o pulmão (29.52%), colon (22.03), cavidade oral e faringe (17.14), reto (16.24%), estomago (14.69%), bexiga (8.14) e localização primária desconhecida (7.58%).

O mesmo inventário permitiu, obter os resultados que constituem o Quadro 8. Constatamos que a maioria dos doentes referiu a existência de dor diferente da dor comum, sendo as percentagens iguais ou superiores a 80.0%. A aplicação do teste exato de Fisher não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em qualquer dos momentos ($p = 0.0333$; $p = 1.000$). Por outro lado, o teste de McNemar revelou a não existência de diferença significativa em cada um dos grupos quando comparados nos dois momentos de avaliação ($p = 1.000$).

Relativamente ao alívio da dor percebido pelos doentes, nas últimas semanas, como consequência dos tratamentos e medicamentos, verificamos que, em termos médios e medianos, se observaram respostas próximas dos 40% ou 50%, não se observando diferenças estatisticamente significativas entre grupos ($p = 0.601$; $p = 0.375$) ou entre momentos de avaliação ($p = 0.196$; $p = 0.127$).

Quanto à intensidade e à interferência da dor, durante a semana anterior aos dois momentos de avaliação, observamos resultados em torno do valor central da escala (0 a 10 pontos), não sendo estatisticamente significativas as diferenças entre grupos ($p = 0.143$; $p = 0.512$ e $p = 0.859$; $p = 0.205$). No entanto, quando comparamos os grupos entre os dois momentos de avaliação, o teste Wilcoxon revelou a existência de diferenças altamente significativas ($p < 0.001$) no grupo experimental, mas não no grupo de controlo ($p = 0.721$; $p = 0.649$). Analisando os resultados das medidas de tendência central podemos afirmar que houve diminuição da intensidade e da interferência da dor nos dois grupos da avaliação inicial para a final, mas estas diferenças apenas são significativas no grupo experimental, ou seja, aquele em cujos doentes foi aplicada a massagem terapêutica. Este facto permite-nos afirmar que os dados confirmam a hipótese (H1) de que «os doentes oncológicos no ambulatório quando sujeitos a massagem terapêutica têm níveis de dor crónica inferiores aos do grupo de controlo»

Quadro 8a - Comparação da dor entre grupos e entre momentos de avaliação

Grupo	Avaliação inicial				Avaliação final				Testes (Comparação entre momentos)
	Experimental		Controlo		Experimental		Controlo		
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Existência de dor									
Sim	15	93.8	12	80.0	14	87.5	13	86.7	Gr. Exp. $p = 1.000^{(1)}$
Não	1	6.2	3	20.0	2	12.5	2	13.3	Gr. Cont. $p = 1.000^{(1)}$
Teste exato de Fisher	$p = 0.333$				$p = 1.000$				$p = 1.000^{(1)}$
Alívio da dor									
\bar{x}	38.75		42.00		45.00		51.33		Gr. Exp. $z = -1.292$
Md	40.00		50.00		50.00		50.00		$p = 0.196^{(2)}$
s	20.29		23.05		18.97		15.06		
xmin	10		10		10		20		
xmax	70		70		70		70		Gr. Cont. $z = -1.528$
p	0.083		0.034		0.158		0.246		$p = 0.127^{(2)}$
Teste Mann-Whitney	$z = -0.523$		$p = 0.601$		$z = -0.885$		$p = 0.376$		

⁽¹⁾ Teste de McNemar

⁽²⁾ Teste de Wilcoxon

Quadro 8b - Comparação da dor entre grupos e entre momentos de avaliação (cont.)

Variável	Grupo	Avaliação inicial		Avaliação final		Testes (Comparação entre momentos)	
		Experimental		Controlo			
		n	%	n	%		n	%	N	%
Intensidade da dor	\bar{x}	5.61	4.77	4.19	4.60	G. Exp. z = - 3.523 p < 0.001 ⁽²⁾ Gr. Cont. z = - 0.357 p = 0.721 ⁽²⁾	
	Md	5.50	4.25	4.00	4.25		
	s	1.70	1.50	1.83	1.69		
	xmin	3.00	2.75	1.00	1.75		
	xmáx	8.25	7.50	7.25	7.50		
	p	0.365	0.327	0.546	0.799		
	Teste Mann-Whitney	z = -1.465 p = 0.143		z = -0.656 p = 0.512			
Interferência da dor	\bar{x}	5.05	5.05	3.87	4.78	Gr. Exp. z = - 3.520 p < 0.001 ⁽²⁾ Gr. Cont. z = - 0.455 p = 0.649 ⁽²⁾	
	Md	5.36	5.57	4.00	5.85		
	s	2.77	1.90	2.56	2.31		
	xmin	1.00	1.57	0.43	1.00		
	xmáx	9.71	7.71	8.71	7.86		
	p	0.214	0.312	0.343	0.163		
	Teste Mann-Whitney	z = -0.178 p = 0.859		z = -1.266 p = 0.205			

⁽¹⁾ Teste de McNemar

⁽²⁾ Teste de Wilcoxon

Com recurso a dados estatísticos portugueses constatou-se que em 2003 a dor foi considerada o 5º sinal vital. Dada a importância que a dor representa passou o controlo e o alívio da mesma a ser um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes. Gerou-se assim a constante necessidade de avaliação e registo da intensidade da dor (DGS, 2003).

Segundo o ICN (2016) a dor oncológica foi definida como uma sensação de dores agudas e crónicas com diferentes níveis de intensidade, causadas pela progressão, metastização e até o tratamento da mesma.

A complexidade associada à dor do cancro, que por sua vez envolve a inflamação, neuropatia, isquemia e compressão em vários locais, é elevada. Há que ter um conhecimento prévio desta envolvência com o intuito de categorizar a tipologia da dor, de forma, a que sejam postas em prática as melhores práticas e seu controlo. É certo que o controlo da dor crónica no cancro depende da compreensão global da mesma (Raphael et al., 2010).

Em termos de características a dor do cancro assemelha-se, em termos de características patofisiológicas, com a dor não-cancerígena. Gera-se uma evolução ao longo tempo de elevada complexidade. Sendo que os opioides são o pilar do tratamento e estão associados com a tolerância (Ballantyne & LaForge, 2007).

A dor decorre de uma lesão ou de um estado anormal do organismo, sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais (Pessini et al., 2004).

No presente estudo e à luz do que se encontra referenciado por Trancas et al., (2010) o impacto da dor causa perturbações emocionais, e que dependendo da sua intensidade, prevalência, longevidade e descontrolo pode acarretar sintomas depressivos acompanhado, por vezes, de ideias suicidas.

No âmbito da dor e no que diz respeito à **existência da dor** constatou-se que o grupo experimental apresentava valores elevados na ordem dos 93.8% num universo de 15 doentes no que concerne à existência de dor e que no âmbito do grupo de controlo apuramos, como anteriormente referido, que num universo de 12 elementos amostrais (80%) apresentavam existência de dor contrariamente aos 20% que demonstraram não sentir dor, contudo estas diferenças não foram significativas ($p = 0.333$).

Tendo em conta os recursos bibliográficos constatou-se que entre os doentes oncológicos, tanto a doença como o tratamento da mesma geram dor em mais de 70% (Bair et al., 2003).

Confrontando os dados do presente estudo, denotamos, em Portugal, investigações que relataram existência de dor nos doentes oncológicos, nomeadamente através do estudo realizado pelo Observatório Nacional de saúde (ONSA) em 2003, em que a ocorrência da dor rondava os 73.7% dos doentes e 49.6% percecionaram algum tipo de dor, sendo que a duração média de dor nos géneros foi de 5.8 dias para as mulheres e 4.8 dias para os homens.

Doentes com dor crónica apresentam muita preocupação, tensão, nervosismo que desencadeia níveis de dor mais elevados (Pagano, Matsutani & Ferreira, 2004). Corroborando com essa ideologia constatamos que na ótica dos doentes a dor é um dos sintomas mais temidos e evidencia-se em mais do que um terço dos doentes oncológicos em regime ambulatorio (Te Bovedelt et al., 2013; Lemay et al., 2011).

Já apuramos que associada a dor existem uma panóplia de características de índole subjetivo e multifacetado aumentando o desafio de avaliar a dor. Ora à semelhança do que acontece no presente estudo e antes de avaliarmos o conceito da dor este deve ser percecionado como dor total, por forma a efetuar uma análise à sua natureza multidimensional, que, por sua vez engloba domínios físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Cicely Saunders in Twycross, 2003) o que nos permite abordar a dor no seu amago global ou individual.

Uma vez que a interpretação da dor é subjetiva e influenciada por fatores relacionados com o doente e fatores psicológicos, a avaliação da dor, por vezes, não reflete adequadamente a sua natureza multidimensional (Backonja & Woolf, 2010).

No presente demonstrou-se, que os doentes, na sua globalidade sentiam dor. Reportando-nos à avaliação final, tendo por base a intervenção da massagem terapêutica, constatou-se a existência de uma diminuição em termos da dor, apresentando valores na ordem dos 87.5%, no que diz respeito ao grupo experimental e 86.7% para o grupo de controlo.

Avaliando em termos proporcionais para o grupo experimental e de controlo com a intervenção da massagem terapêutica verificou-se existir um decréscimo percentual da existência da dor, contudo se analisarmos em termos de significância estas não foram estatisticamente significativa ($p = 1.000$).

A gestão da dor inicia-se com o diagnóstico da sua causa através de uma análise clínica e de imagem, paralelamente com as respetivas terapias dirigidas à doença. Segundo Turan, Öztürk e Kaya (2010), existe uma panóplia de **estratégias** terapêuticas de índole farmacológicas e/ou não farmacológicas, que devem servir de recurso à base individual e à situação clínica, com o intuito de melhorar a **eficácia** do alívio da intensidade da dor.

A terapia farmacológica para a dor persistente é mais eficaz quando combinada com abordagens não-farmacológicas: físicos (programa de exercícios, terapia de electroestimulação transcutânea (TENS), acupuntura, aplicações de calor e frio, reflexologia, massagem terapêutica, exercícios e atividade física), suporte emocional (toque terapêutico, conforto) e cognitivos (relaxamento, terapia cognitiva/comportamental, reestruturação cognitiva, treino de habilidades de *coping* e distração dirigida) (OE, 2008). De acordo com

OE (2008) o alívio da dor através de tratamento farmacológico deve ter em atenção a escala analgésica e os seus princípios básicos.

No que concerne ao nosso estudo, verificamos que apenas 20% dos doentes do grupo experimental e 30% dos do grupo de controlo responderam à questão da terapia farmacológica, provavelmente deveu-se a esta questão ser aberta, ou então supõe-se que são poucos os doentes que realizam medicação para controlo e alívio da dor. Observa-se ainda que, embora não significativo, os doentes utilizam opiodes – transdermicos e medicação coadjuvante.

O ONSA (2003) relata a utilização de corticoterapia como benéfica na redução da dor óssea, devida a metástases hepáticas, nas dores de cabeça devida a metástases cerebrais e na dor torácica e na dispneia devido ao tumor primário ou disseminação linfática. Indica que 35.2% utilizaram medidas farmacológicas para alívio a dor, 33.7% não utilizam qualquer medida de controlo da dor e 17.3% apenas consultaram o médico.

No estudo de Machado (2011) aponta que 90.0% dos doentes realizam medicação diariamente, sendo 36.0% não opioides, 22.0% opioides fracos e 58.0% opioides fortes. Similarmente Marmelo (2012) revela que 85% executam a medicação de resgate para picos de dor, sendo 45% medicação não opioide. Do mesmo modo Milhomens (2014) mostra que apenas 5.7% dos doentes não realizavam medicação para alívio da dor e que 41.5% realizam medicação psiquiátrica (antidepressivos e ansiolíticos).

O último autor expõe associação entre esta medicação e a intensidade de dor ($p = 0.019$), tendo em conta que esta medicação pode ser coadjuvante no alívio da dor. Ainda Carvalho (2010) apresenta correlação entre a dor com a existência de metástases ($p = 0,008$) e com a medicação analgésica ($p = 0,044$). Nesta última a intensidade da dor mais elevada foi expressa pelos doentes que estavam a ser tratados com analgésicos do grau III, com o valor médio de 2,34.

No que respeita ao tratamento não farmacológico Conceição (2012) menciona que as estratégias para lidar com a dor mais utilizadas são o repouso (28%), distração (8%), massagem terapêutica (4%) e Marmelo (2012) revela que 80% utilizam medidas não farmacológicas para alívio da dor. Contudo, no presente estudo apenas uma pessoa referiu utilizar o Reiki.

Em termos estatísticos e recorrendo à análise da eficácia dos tratamentos da dor constatamos que em termos de avaliação inicial, o grupo experimental apresentou uma

melhoria de 38.75% e o grupo de controlo com 42.00%. Evidencia-se que com a intervenção da massagem terapêutica em ambos os grupos os valores percentuais aumentaram, perfazendo 45% e 51.33% respetivamente. Contudo, em nenhum dos grupos a diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0.196$ e $p = 0.127$).

De acordo com Grealish et al. (2000) e Kutner et al. (2008) contrariam referindo que a massagem terapêutica reduz os níveis imediatos de dor ($p < 0.001$). Jane et al. (2009) acrescentam que no seu estudo existiu melhorias de imediato ($p = 0.001$), a curto prazo (20/30 minutos) ($p < 0.001$) e a longo prazo (16/18 horas) no alívio da dor ($p = 0.04$) e Sui-Whi et al. (2011) também mostrou que a massagem terapêutica é eficaz a curto e a longo prazo, embora o impacto mais significativo ocorresse minutos após a intervenção.

Deng et al. (2005) e Post-White et al. (2003) mencionam que esta intervenção diminuiu o uso de analgésicos e do consumo de analgésicos de resgate, embora Ferreira e Lauretti (2007) constatassem que o consumo de morfina se mantivesse durante 10 dias, apesar de ter existido diminuição dos níveis de dor após o 5º dia de intervenção. No entanto, Kutner et al. (2008) referem que não existiu diferenças que corroborassem a diminuição do uso de analgésicos. Soden et al. (2004) e Kutner et al. (2008) relatam que não foi demonstrado mudanças significativas a longo prazo dos benefícios da massagem terapêutica em termos de melhoria, controle e dos níveis de dor. Estes resultados foram semelhantes aos de Downey et al. (2009), pois neste estudo apesar de ter existido diminuição da dor, a diferença não foi estatisticamente significativa. Assim sendo, embora haja autores de referem efeitos benéficos da massagem terapêutica no alívio da dor, no presente estudo não houve esta minimização de forma estatisticamente significativa.

Ao longo do estudo descreveu-se que a **intensidade de dor** em doentes com patologia oncológica, assenta num conjunto de variáveis demográficas, psicossociológicas e de índole laboral/profissional, atribuindo peso à idade, grupos étnicos, entre outros itens suscetíveis de tornar a nossa mensuração mais volátil em termos de análise de atividade mesmo que os níveis de dor fossem leves, moderados ou graves.

Para os investigadores e enfermeiros a mensuração da dor, por forma a medir a sua intensidade, quase que se transforma numa demanda. Segundo Edelen e Saliba (2010) denotou-se que onde existe mais consciencialização e capacidade cognitiva é elevada, a complexidão reflete-se atingindo um maior teor, mesmo quando os instrumentos são os mais simples, dado o significado para abstrair, julgar e compreender. Neste contexto, é importante que o instrumento de medição seja o mais adequado de acordo com a população a estudar.

Na atualidade está provado cientificamente que os fatores de índole psicológica podem estar relacionados com o prognóstico da dor crónica, fatores esses que representam um desafio na tomada de decisões clínicas. A previsão da dor tem sido efetuada pela autoeficácia, com recurso a uma análise ao comportamento, funcionamento físico e a incapacidade na dor musculoesquelética crónica (Asghari et al., 2001; Liew et al., 2013).

A autoeficácia evidencia-se como o barómetro da relação entre o comportamento da dor e a intensidade da mesma (Woby et al., 2007; Costa et al., 2011). Na compreensão biopsicossocial da dor crónica existe uma associação direta entre a deficiência física, e intensidade da dor e a incapacidade relacionada à dor e o seu impacto (Gill et al., 2013; Jensen et al., 2016).

Embora a fiabilidade dos índices de determinação da intensidade da dor seja difícil de apurar, é um resultado comum nos estudos, tornando-se numa estimativa do alívio da mesma (Gilron & Jensen, 2011).

Esta intensidade é estimada de forma quantitativa onde o nível de gravidade percebido é expressado nas escalas unidimensionais de autoavaliação, por forma a medir a intensidade da dor e consequentemente contribuir na obtenção e dados relacionados com experiências dolorosas. As Escalas utilizadas são a Escala de Faces (EF), a escala descritiva ou qualitativa, a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala Numérica (EN) (DGS, 2003; Barreto, Lapeyre-Mestre, Vellas & Rolland, 2013; Batalha, 2016).

As medições da intensidade da dor, em adultos, com recurso às escalas têm demonstrado viabilidade e fiabilidade, abarcando os níveis leves e moderados de comprometimento cognitivo (Taylor & Herr, 2003; Zhou, Petpichetchian & Kitrungrrote, 2011).

A quantificação da dor através da EN é tipicamente escalonada com 11 pontos (0 a 10), sendo que os extremos da escala representados pelos pontos 0 e 10 representam sem dor e dor máxima respetivamente. Esta quantificação representa as intensidades intermediárias da dor e a sua correlação entre os outros estudos dá-se com a validade da escala de 0 a 10 (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2011). Os autores atribuem eficiência à EN e a EVA são igualmente eficientes para a avaliação da dor no cancro, embora seja preferida a EN na dor crónica não-maligna devido à facilidade de uso e formato padronizado (Farrar et al., 2001).

A autoavaliação da intensidade da dor, por meio das referenciadas escalas expressa-se como instrumentos unidimensionais, todavia está disponível outro instrumento de autoavaliação da dor, que abrange o foro multidimensional nomeadamente o BPI, que por sua vez avalia a intensidade da dor e a severidade, localização, interferência funcional e estratégias terapêuticas (Batalha, 2016).

Recorrendo à comparação da intensidade em termos de dor no presente estudo apurou-se que entre grupos e em termos de avaliação inicial o grupo experimental e de controlo apresentavam uma média na ordem dos 5,61 e 4,77 respetivamente.

Em termos de dor moderada constatou-se que esta surgia em doentes em fase avançadas do cancro, onde é dada como moderada ou severa numa população de aproximadamente 40 a 50% e como máxima em 25 a 30% dos casos (Bair et al, 2003).

Existem vários estudos em Portugal que relatam a intensidade de dor no doente oncológico, nomeadamente o Observatório Nacional de saúde (ONSA) (2003) que refere que 53.3% dos doentes sentiram dor ligeira. No estudo de Rodrigues (2007) este expõe que a quantificação dos doentes que expressavam dores muito fortes situava-se nos 29.5%, denotou-se que 25.0% categorizavam a dor como incomodativa, a dor forte foi constatada por 20.5% e 13.6% relataram que a dor era muito incomodativa.

No âmbito do sexo constatou-se que, e relativamente à dor, apresentavam uma média de 7.16 para a dor intensa, sendo para o sexo feminino de 7.23 e de 7.06 para o sexo masculino. Machado (2011) verificou que 76.7% referiram dor moderada, 13.3% dor intensa, 10.0% dor ligeira, 90.0% dos doentes executavam medicação e que quanto maior for a intensidade de dor maior será a probabilidade de adquirir sintomas depressivos ($p = 0.014$). Carvalho (2010) apurou que 43.4% dos doentes referiram dor moderada e a intensidade assentava na ordem dos 2.11. Constatou alterações significativas em que a intensidade da dor relacionava-se com a situação profissional apresentando valores na ordem de médio de 0,75 em relação ao sem atividade profissional (2.22) ($p < 0.001$), o que equivale dizer que os níveis de dor são percecionados de forma menos intensa em doentes com atividade profissional ativa.

O presente estudo está em conformidade com outros trabalhos de investigação no que se concerne à intensidade da dor. Como podemos observar, Marmelo (2012) revela níveis médios de intensidade de 7.2 para a dor máximo nas últimas 24 horas, 5.5 para a intensidade media nas últimas 24 horas e 5 para a intensidade de dor no preciso momento, constatando que 80% dos doentes apresentaram dor moderada a máxima. Conceição (2012) evidencia níveis médios de intensidade de 5.56 e Rocha (2013) menciona que no seu estudo os doentes oncológicos apresentaram um valor médio de dor máxima na última semana de 7.83, a mínima de 3.24, dor em média de 5.51 e na altura da aplicação do instrumento de 5.56.

Aquando da intervenção da massagem terapêutica os valores médios sofreram alteração, fazendo com que o índice médio de dor na avaliação final e no âmbito da intensidade da dor no grupo experimental decrescesse em cerca de 1.49, apresentando assim um valor intermédio final na ordem dos 4.19. Inferindo-se que o output da massagem terapêutica foi benéfico ao ponto de diminuir o nível de dor nesta dimensão e de forma significativa ($p < 0.001$). No que concerne ao grupo de controlo contata-se um decréscimo, sendo na ordem dos 0,17, não tão expressivo e significativo ($p = 0.721$) como no outro grupo. Assim sendo, os resultados desta dimensão traduzem claramente que se evidencia uma melhoria em termos da intensidade da dor após a intervenção da massagem terapêutica.

Esta melhoria deve-se à massagem terapêutica, devido à mobilização das variadas estruturas (Domenico & Wood, 1998; Cassar, 2001). Parafrazeando Fritz (2000) esta intervenção exerce uma estimulação mecânica e favorece o retorno venoso e linfático e segundo Domenico e Wood (1998) tem um efeito estimulante nas terminações nervosas sensitivas aliviando a dor e o espasmo muscular, proporcionando a vasodilatação da pele e reduzindo a dor. Veiga (2007) explana que o objetivo primordial da massagem terapêutica é o alívio da dor, estimulação, tonificação muscular e atuará na promoção da circulação sanguínea, eliminação de toxinas e resíduos que provocam sensações dolorosas. Para Downen (2003) os benefícios da massagem terapêutica são a normalização da tensão arterial, diminuição da produção de adrenalina, da frequência respiratória e da dor, aliviando a inflamação dos músculos, ativa a circulação, o que ajuda no aporte de nutrientes a todos os órgãos e à pele, e aumenta o fluxo de fluidos pelo corpo, removendo as toxinas. De acordo com González-Iglesias et al. (2009) a massagem terapêutica do rosto, cabeça e do pescoço está indicado em casos de enxaqueca, sinusite, cefaleias e nervosismo.

Vários estudos internacionais foram executados para verificar o efeito da massagem terapêutica na intensidade de dor, nomeadamente Weinrich e Weinrich (1990) referem que a massagem terapêutica reduz os níveis imediatos da dor em doentes oncológicos do sexo masculino ($p = 0.01$). Parafrazeando Cassileth et al. (2004), existiu uma redução dos níveis médios da dor em 1.7 ($p < 0.05$) e que esta variável melhorou mais 10% no ambulatório do que no internamento e com mais durabilidade.

Os autores Ferrell-Torry e Glick (1993) referem que a massagem terapêutica reduz a intensidade da dor em 60% e no estudo de Wilkie et al. (2000) e de Marchand (2014) constataram que existiu uma redução da intensidade da dor sendo de 42% no grupo experimental e 25% para o grupo de controlo ($p < 0.05$) no estudo do primeiro autor. Currin e Meister (2008) mencionam efeito positivo e significativo na diminuição da dor para o grupo experimental ($p = 0.001$). Marques (2010) aferiu que houve uma redução significativa dos valores da intensidade da dor tanto no grupo de doentes que foram submetidos a

massagem terapêutica (redução com média de 21.88% com $p < 0.001$), como no grupo de doentes que não foram submetidos a esta intervenção (redução com média de 10.11% com $p < 0.001$), sendo mais evidente no primeiro grupo ($p < 0.001$).

O autor Toth et al. (2003) obteve uma diminuição média de 5,50 para 3,83, Ferreira e Lauretti (2007) apuraram que em ambos os grupos houve melhorias imediatas ($p < 0.001$), no grupo experimental e no de controlo, na dor (-1.87 e -0.97), embora com mais relevância no grupo experimental e os autores Adams et al. (2010) conferiram diminuição de 5,18 para 2,33 valores ($p < 0.001$). O último autor, através dos dados qualitativos realça melhorias relevantes a nível da dor total. Similarmente Mandim (2011) revelou que a intensidade da dor melhorou com esta intervenção diminuindo a média de dor de 5.18 para 2.33.

Logo, podemos constatar que a massagem terapêutica tem efeito benéfico na diminuição dos níveis de intensidade de dor nos doentes oncológicos, no ambulatório.

No que diz respeito a uma outra dimensão da dor - **interferência da dor**, revela-se que esta é um termo utilizado onde se associa a interposição de uma ação, esta vê-se como barreira à continuidade da dor (Merriam-Webster, 2017).

Na ideologia de Ward et al. (2000) e Van Herk et al. (2009) a interferência da dor faz nascer limitações e interrupções no sono ou no funcionamento diário da dor ou barreiras relacionadas com a gestão da dor no doente.

Constatou-se que aspetos como a angústia e desagrado influenciam diretamente a interferência da dor. Sob o ponto de vista de McGuire (2006) a interferência correlaciona-se diretamente com a excitação emocional, susto, desconforto e sofrimento.

Têm sido utilizados como medidas de dor a capacidade de mudança e satisfação (Mason et al., 2010); dor e depressão (Turk & Wilson, 2010); qualidade de vida e saúde (Schim & Stang, 2004); incapacidade funcional (Dunn, 2004); e angústia (Lenz et al., 1997). A interferência da dor foi medida pela incapacidade de dormir, de participar ativamente nos relacionamentos com os outros e apreciar a vida, em relação com as questões sociais (Leegard et al., 2010).

A avaliação da interferência da dor no presente estudo efetuou-se com recurso a ferramentas clínicas, por exemplo BPI. Nesta utilizam uma escala numérica de 0 a 10 ou uma escala analógica visual através de uma linha com 10 cm. As diretrizes atuais das práticas clínicas procedem à categorização da dor como leve, moderada e grave. Mensura a quantidade/nível de dor que interfere com atividades de índole quotidiana: disposição, capacidade para andar a pé, trabalho normal, relações interpessoais, sono e prazer em viver.

Em termos estatísticos e recorrendo análise da interferência da dor no nosso estudo, constatamos que em termos de avaliação inicial ambos os grupos apresentavam uma média na ordem dos 5,05.

Podemos observar que o nível percecionado de interferência da dor está no valor intermédio da dimensão (5). Contudo no estudo de Conceição (2012) relativo à interferência na capacidade funcional, revelou valor médio de 6.64 e que estas são nomeadamente disposição (6.56), capacidade para andar a pé (7.28), trabalho normal (7.52), relações interpessoais (5.60), sono (6.16), prazer em viver (5.36). Cita que a presença da dor afeta o impacto na vida profissional (36%), havendo necessidade de ajudas económicas (88%) e que as estratégias, mais utilizadas, para lidar com a dor são o repouso (28%), a distração (8%) e a massagem terapêutica (4%).

Com valor médio ligeiramente superior foi no estudo de Marmelo (2012) onde constata uma média de 6.7 para a interferência da dor no sono, 6.5 na disposição, 5.7 no trabalho normal e 5.3 nas relações interpessoais.

Por sua vez Rocha (2013) descreve que a média mais alta situava-se em itens como a interferência na atividade em geral (7.84) seguindo-se no trabalho normal (7.78), na disposição (7.48), nas capacidades motoras (7.00), no sono (6.86), na sociabilização (4.70) e apresentando-se com a média menos alta apuramos que estava associada ao prazer de viver com valores na ordem (4.41). Constatou-se uma correlação entre o controlo pessoal e a severidade ($r = -0.266$ e $p = 0.017$) e interferência da dor ($r = -0.321$ e $p = 0.004$), quer isto dizer que há uma proporcionalidade inversa, ou seja quanto maior for o controlo o pessoal menores serão estas variáveis. Encontra-se exposta a correlação entre a coerência da doença ($r = -0.392$ e $p < 0.001$) e a representação emocional ($r = 0.451$ e $p < 0.001$) com a interferência da dor.

É notória a relação da dor com aspetos fundamentais no bem-estar do doente, o que os profissionais não se devem restringir a monitorizar a dor pela intensidade. Como relata Rodrigues (2007) a incapacidade está relacionada com a dor em pelo menos 35.57%.

A dor total foi abordada pela primeira vez por Cicely Saunders, onde representou e descreveu todos os aspetos relacionados com a dor, sobretudo aos portadores da patologia oncológica. Aquando da exposição desses mesmos factos apurou que os doentes crónicos não se restringiam à dor física, a dor alastrava-se às questões de foro emocional, social e espiritual, questões essas que eram impulsionadoras de medo e angústia. Em termos quantitativos esta apurou que a dor física está 65% relacionada com a doença, 5% com o tratamento, 5% com outros problemas (náuseas, vômitos, insónias, anorexia, diarreia, flebites) e com a debilidade geral

A mesma autora relata que os fatores como o isolamento, solidão, medo/temor, ansiedade e sintomas de depressão associam-se fortemente à dor emocional, já no âmbito da dor social expõe as ruturas familiares, tensão, problemas económico-financeiros e de amago profissional. Aquando do estudo da dor de cariz espiritual aborda pontos relacionados de vazio, culpabilização, arrependimento, incapacidade de comunicar e receber ajuda, e em consequência do mesmo dão início a uma demanda em busca por significado, reconciliação e conexão do seu “Eu” à vida.

Sapeta (2007) refere que a dor é modulada e percecionada de forma complexa e dolorosa. O aumento da dor pode potenciar condutas de repouso, simpatia, redução da ansiedade e atividades de distração, contudo ocorre o oposto quando detetamos a existência de insónias, cansaço, introversão e abandono social. Vetores como a intensidade, qualidade, duração e sofrimento são termos utilizados para a descrição de sintomas que interferem na dor (Lenz et al., 1997). A angústia é a que mais se relaciona com a dor e consequentemente afeta a qualidade de vida

No que diz respeito à patologia objeto de estudo, o hiato temporal em torno do diagnóstico do cancro da mama, por exemplo, é *stressante* e causador de sequelas de foro físico e psicológico. O decorrer do tratamento faz-se acompanhar de dor considerável, sendo que esta ocorre em 25 a 60% das mulheres pós-cirurgia e com os tratamentos esta dor tende a se agravar (Fecho et al., 2009).

A dor pode culminar em outras doenças tal como anorexia, diminuir o índice de atenção e concentração, pode gerar um conflito como o eu em termos de autoestima e a autoconfiança e também graves distúrbios no sono consequência de problemas físicos a dor, as náuseas, os vómitos, a febre, a retenção de urina (Juver & Vercosa, 2008). Bower et al., (2000) apurou que mais de 30% das sobreviventes do cancro da mama tiveram, no pós-tratamento, fadiga crónica significativa. Sendo assim a dor e a fadiga são sintomas associados a doenças crónicas como o cancro da mama (Jaremka et al., 2013).

Com recurso ao supra exposto e com vista a resolução do problema de saúde pública caracterizado pela dor provocada pelo cancro mal controlada em todo o mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) evidencia que devemos: atribuir maior credibilidade às queixas dos doentes; avaliar as suas características; recorrer a uma supervisão periódica, por forma a adotar estratégias terapêuticas mistas (farmacológicas e não-farmacológicas) e concomitantemente registar todas as flutuações à dita avaliação, às medidas implementadas, reações, dúvidas dos doentes e familiares e resultados.

Evidencia-se que com a intervenção da massagem terapêutica ambos os grupos apresentaram diminuição dos valores médios, ou seja, na avaliação final o nível médio de interferência da dor no grupo experimental decresceu em cerca de 1.18, apresentando-se com um valor médio de 3.87, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0.001$). No que concerne ao grupo de controlo denotamos que também há um decréscimo, embora não significativo ($p = 0.649$), sendo o mesmo na ordem dos 0,27 apresentando um valor médio na avaliação final na ordem de 4,78 para o grupo de controlo não tão expressivo como o grupo que sofreu a intervenção da massagem terapêutica. Os resultados ora apresentados transparecem claramente que esta dimensão sofreu uma melhoria significativa em termos da interferência da dor.

Parafrazeando Domenico e Wood (1998), a massagem terapêutica promove a independência funcional em uma pessoa que tem um problema de saúde específico, pois como refere Feltman (1995) nesta intervenção ocorre a estimulação circulatória, desenvolve a mobilidade dos tecidos moles superficiais, aumentando a amplitude dos movimentos nas articulações e membros e proporciona alívio da dor. De acordo Deng et al. (2004) massagem terapêutica pode ajudar no alívio sintomático e nos efeitos colaterais, como por exemplo na dor, sono, anorexia, obstipação, edema, náuseas, fadiga, disfunção muscular, entre outras. Similarmente Domenico e Wood (1998) referem que promove a indução do sono e Veiga (2007) que ao facilitar a oxigenação na área muscular através da massagem terapêutica, diminui a sensação de cansaço.

Estes benefícios da massagem terapêutica também foram constatados no estudo de Toth et al. (2013) onde verificaram uma melhora o sono de doentes oncológicos em fim de vida ($p = 0.03$). Também no estudo de investigação de Ahles et al. (1999) a massagem terapêutica promoveu efeito imediato na diminuição das náuseas ($p = 0.01$). Mandim (2011) e Soden et al. (2004) verificaram a minimização do sono e Billhult et al. (2007) cita melhoria significativamente na diminuição das náuseas no grupo experimental ($p = 0.025$).

Em suma e tendo em conta o supracitado podemos afirmar que a intervenção, massagem terapêutica, tem efeito benéfico na dor, pois embora a maioria dos doentes apresentem dor, a intensidade e interferência desta variável na vida das pessoas melhorou significativamente.

3.2 - EFEITO DA MASSAGEM TERAPÊUTICA NO SOFRIMENTO

No que concerne ao sofrimento, os resultados que apresentamos no Quadro 9 permitem-nos constatar que na avaliação inicial não existe qualquer dimensão em que a diferença entre o grupo experimental e o grupo de controlo seja estatisticamente significativa ($p > 0.050$). Na avaliação final observou-se que os resultados entre os dois grupos eram significativamente diferentes em termos de sofrimento psicológico ($p = 0.024$), sofrimento físico ($p = 0.021$), sofrimento existencial ($p = 0.015$) e no sofrimento global ($p = 0.030$). Em todas estas situações os doentes do grupo experimental perceberam níveis mais baixos de sofrimento que os do grupo de controlo.

Comparando a avaliação final com a inicial, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas, nos dois grupos, no sofrimento psicológico, mas no grupo experimental a diferença é mais significativa ($p < 0.001$) que no grupo de controlo ($p = 0.003$). Idêntica situação se observa no sofrimento físico com $p < 0.001$ e $p = 0.031$ respetivamente. No sofrimento existencial ($p < 0.001$; $p = 0.252$) e socio relacional ($p = 0.005$; $p = 0.354$) apenas se verificaram diferenças significativas no grupo experimental. Nas experiências positivas do sofrimento a diferença significativa ocorre no grupo de controlo ($p = 0.146$; $p = 0.042$). Em termos de sofrimento global, constatam-se diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos, no entanto, são mais acentuadas no grupo experimental ($p < 0.001$; $p = 0.011$). Da análise comparativa dos valores encontrados para as medidas de tendência central podemos afirmar que os dados revelam que os doentes sujeitos a massagem terapêutica (grupo experimental) evidenciaram diminuições mais evidentes que os do grupo de controlo. Estes, nos casos em que as diferenças são significativas, revelaram aumento do sofrimento. Tendo por base estes factos, podemos concluir que os doentes sujeitos a massagem terapêutica experimentaram diminuição significativa do sofrimento, ou seja, os dados confirmam a hipótese (H2) «os doentes concológicos no ambulatório quando sujeitos a massagem terapêutica têm níveis de sofrimento inferiores aos do grupo de controlo».

Quadro 9a- Comparação do sofrimento entre grupos e entre momentos de avaliação

Variável	Grupo	Avaliação inicial		Avaliação final		Testes (Comparação entre momentos)
		Experimental	Controlo	Experimental	Controlo	
		n	%	n	%	
Sufrimento psicológico						
\bar{x}		50.06	45.53	38.88	48.47	Gr. Exp. z = -3.520 p < 0.001 ⁽¹⁾
Md		54.50	43.00	38.50	51.00	
s		11.31	10.96	11.60	11.15	
x_{\min}		29	28	15	28	Gr. Cont. z = -2.950 p = 0.003 ⁽²⁾
x_{\max}		63	63	57	63	
p		0.009	0.638	0.752	0.282	
Teste Mann-Whitney		z = -1.127	p = 0.260	z = -2.256	p = 0.024	
Sufrimento físico						
\bar{x}		22.94	21.07	17.00	22.07	Gr. Exp. z = -3.327 p = 0.001 ⁽¹⁾
Md		26.00	20.00	16.00	22.00	
s		6.71	5.90	5.77	5.23	
x_{\min}		8	12	7	13	Gr. Cont. z = -2.157 p = 0.031 ⁽¹⁾
x_{\max}		30	29	29	29	
p		0.017	0.108	0.575	0.443	
Teste Mann-Whitney		z = -1.135	p = 0.256	z = -2.302	p = 0.021	
Sufrimento existencial						
\bar{x}		53.94	48.47	39.13	49.93	Gr. Exp. z = -3.520 p < 0.001 ⁽¹⁾
Md		55.00	49.00	39.00	51.00	
s		11.73	12.12	10.15	10.32	
x_{\min}		34	29	19	35	Gr. Cont. z = -1.146 p = 0.252 ⁽¹⁾
x_{\max}		70	70	56	69	
p		0.314	0.916	0.846	0.368	
Teste Mann-Whitney		z = -1.089	p = 0.276	z = -2.434	p = 0.015	

⁽¹⁾ Teste de Wilcoxon

Quadro 9b- Comparação do sofrimento entre grupos e entre momentos de avaliação (cont.)

Variável	Grupo	Avaliação inicial		Avaliação final		Testes (Comparação entre momentos)
		Experimental	Controlo	Experimental	Controlo	
		n	%	n	%	
Sofrimento socio relacional						
\bar{x}		26.75	23.33	24.00	23.73	Gr. Exp. z = -2.809 p = 0.005 ⁽¹⁾
Md		27.50	22.00	25.50	22.00	
S		6.05	5.62	7.89	4.37	
x_{\min}		16	14	8	17	Gr. Cont. z = -0.926 p = 0.354 ⁽¹⁾
x_{\max}		35	35	35	31	
p		0.458	0.392	0.657	0.443	
Teste Mann-Whitney		z = -1.586	p = 0.113	z = -0.297	p = 0.766	
Experiências positivas do sofrimento						
\bar{x}		16.00	16.67	17.31	17.53	Gr. Exp. z = -1.454 p = 0.146 ⁽¹⁾
Md		14.00	16.00	16.50	17.00	
s		4.75	5.30	3.94	4.87	
x_{\min}		10	7	12	8	Gr. Cont. z = -2.032 p = 0.042 ⁽¹⁾
x_{\max}		24	25	25	25	
p		0.019	0.904	0.095	0.891	
Teste Mann-Whitney		z = -0.695	p = 0.487	z = -0.417	p = 0.677	
Sofrimento global						
\bar{x}		158.69	143.33	123.38	148.80	Gr. Exp. z = -3.517 p < 0.001 ⁽¹⁾
Md		164.50	144.00	122.50	157.00	
s		31.47	30.49	32.07	28.34	
x_{\min}		95	92	54	110	Gr. Cont. z = -2.556 p = 0.011 ⁽¹⁾
x_{\max}		206	192	165	190	
p		0.174	0.715	0.379	0.119	
Teste Mann-Whitney		z = -1.562	p = 0.118	z = -2.155	p = 0.030	

⁽¹⁾ Teste de Wilcoxon

Outro efeito da massagem terapêutica que pretendíamos identificar, como já referido, era a nível do sofrimento. Descrevemos ao longo do trabalho itens como a tristeza, o desespero, a gravidade da sua situação, a revolta, a aceitação, os medos, entre outras manifestações que estão diretamente interligadas com esta variável.

Ao longo do trabalho constatou-se que o sofrimento emerge no Ser tornando-se num aliado à fragilidade da patologia oncológica. Esta variável tem um impacto direto no doente, afetando a sua perceção da vida e o impacto na mesma, fazendo nascer neste a necessidade de alívio constante desta emoção negativa.

Parafraseando Gameiro (1999), o sofrimento é algo subjetivo e individual em termos de vivência e que para atingirmos a sua compreensão dá-se a necessidade de procurar os significados/modos de resposta, designando as mesmas por experiências subjetivas de sofrimento. Esta foi uma das ideologias que nos motivou a fazer este estudo. O mesmo autor menciona que o sofrimento engloba cinco dimensões nomeadamente a dimensão psicológica, a física, a existencial, a socio relacional e as experiências positivas do sofrimento.

No presente estudo verificamos que ambos os grupos, na avaliação inicial, apresentaram níveis de **sofrimento psicológico** acima do valor intermédio (39), nomeadamente: $\bar{x} = 50,06$ no grupo experimental e $\bar{x} = 45,53$ no grupo de controlo.

Existem estudos que contrariam estes dados, nomeadamente o de Gameiro (2000) que revela uma média para esta dimensão do sofrimento de 15.9, o de Ramos (2013) relata uma média de 38.37 e o de Almeida (2015) com uma média de 37.1.

Analogamente existem estudos realizados em Portugal, designadamente o de Paulo (2006) que revela níveis médios superiores aos valores intermédios da escala nesta dimensão ($\bar{x} = 46.54$). Concomitantemente Sobral (2006) relata valores elevados para as quatro dimensões do sofrimento, sendo esta a segunda com valores mais elevados ($\bar{x} = 42.9$). No estudo de Alves et al. (2012) o valor da média foi de 43.53.

Em 2009 Carqueja verificou diferenças estatisticamente significativas entre o sofrimento e o sexo (sendo as mulheres que percebem mais sofrimento, $p = 0.003$), e entre esta dimensão com a ansiedade [$r = +0,676$ e $p < 0,001$] e com a depressão [$r = +0,541$ e $p < 0,001$]. Revela que os doentes com dor em relação aos doentes com cancro apresentam maior sofrimento psicológico ($p < 0.001$). Algumas correlações estão patentes no nosso estudo tendo em conta que mais de 80% dos doentes quer no grupo de experimental, quer no grupo de controlo e em ambas as avaliações apresentam dor e mais de 50% apresentam ansiedade. Contudo não há diferenças significativas entre os sexos.

Em 2012, Alves et al. acrescentam uma correlação positiva ($r_s=+0.34$ e $p=0.039$) entre esta dimensão e as expectativas com o cuidar do cuidado informal principal. Este resultado pode estar relacionado com o receio do cuidador face às expectativas futuras com o doente no que diz respeito aos medos, receios e disponibilidades e, conseqüentemente corresponde a alterações cognitivas do doente, relacionadas com a gravidade e conseqüências da doença. Esta correlação está de acordo com Hegel et al. (2006) e Sabiston et al. (2010) os quais mencionam que os doentes e suas famílias irão lidar com o sofrimento psicológico decorrentes dos tratamentos e das suas complicações.

Como refere Almeida (2015), os sintomas mais observados nos doentes oncológicos são a obsessão-compulsão (pensamentos repetitivos de inquietação e mal-estar, comportamentos e ações de difícil controlo), somatização, ansiedade (nervosismo e tensão) e a depressão (perda de energia vital, falta de motivação, aborrecimento fácil), sendo influenciados pela personalidade do doente, fatores sociodemográficos, disponibilidade de recursos, exigências situacionais e a fase de desenvolvimento da sua doença. Este autor revela correlação significativa entre o sofrimento psicológico e a ideação paranoide ($r = +0.406$ e $p < 0.05$).

No sofrimento psicológico podemos constatar, não só alterações cognitivas, mas também emocionais (Gameiro, 2000) - desencadeando instabilidade, medos, fantasias, *stress* (Pereira & Lopes, 2002; Ryan et al., 2005), insónias, ideações suicidas, humor variável, tendências de abandono (Barbosa, 2010) e mentais – perda ou ameaça pessoal com esforço para obtenção de significados (Gameiro, 1999), dificuldades na concentração, na memória e na resolução dos seus problemas (Barbosa, 2010).

É fundamental a implementação de medidas de minimização desta variável, pois, como podemos constatar, no presente estudo, após a aplicação da intervenção massagem terapêutica, existiu uma melhoria significativa nos níveis de sofrimento psicológico no grupo experimental, com a obtenção de uma $\bar{x} = 38.88$, ou seja ligeiramente abaixo do valor intermédio da dimensão. Todavia, o grupo de controlo para além de manter a média acima do valor intermédio ainda aumentou de 45.53 para 48.47. Podemos notar que os resultados dos grupos na avaliação final eram significativamente diferentes e estatisticamente significativas ($p = 0.024$) em comparação com a avaliação inicial, sendo mais relevante para o grupo experimental ($p < 0.001$).

Conseqüentemente, podemos relatar que a massagem terapêutica tem efeito benéfico na melhoria do sofrimento psicológico. Esta melhoria está de acordo com Rumpler e Schutt (1993) quando mencionam que massagem terapêutica pode ter efeito estimulante e calmante, pois no decurso exige descontração psíquica. Esta intervenção também é considerada como forma de transe hipnótico devido ao seu efeito relaxante (Feltman, 1995)

e por impulsionar o equilíbrio entre a mente e as emoções correspondentes ao repouso proporcionado (Downen, 2003). Esta intervenção terapêutica tem como um dos objetivos a satisfação mental (Veiga, 2007) e a diminuição do nervosismo associado à sua situação de doença (González-Iglesias, 2009).

Na revisão de literatura sobre os efeitos da massagem terapêutica são expostos alguns benefícios, particularmente a melhoria dos padrões de sono (Boyd et al., 2016; McFeeters et al., 2016), no humor (Tabatabaee, 2016), no estado emocional e na saúde psicossocial (McFeeters et al., 2016). Podemos constatar que a massagem terapêutica tem efeito benéfico na diminuição dos níveis médios do sofrimento psicológico do doente oncológico.

A segunda dimensão desta variável é o **sofrimento físico**, segundo Béfécadu (1993), caracterizado como o sofrimento do corpo. Já Gameiro (1999) define esta tipologia de sofrimento como um conflito entre o “EU” e o corpo, elevando assim o nível de abrangência deste no foro psíquico.

Nesta fase do estudo foi nosso objetivo avaliar o sofrimento físico através de um conjunto de itens diretamente associados ao físico, como por exemplo o cansaço, os níveis de energia, conforto, a capacidade de controlo da dor, entre outros.

Ao avaliar esta dimensão, recorrendo aos nossos resultados quantitativos, apurou-se valores acima da intermédia (18) na fase da avaliação inicial, uma vez que o grupo experimental apresentou uma média de $\bar{x} = 22.94$ e o grupo de controlo de $\bar{x} = 21.07$. Estes valores podem estar associados à debilidade física que nos impede de estar em contacto com a envolvente, com o mundo, com a perda de capacidade funcional indispensável para a realização das suas funções pessoais, ou seja da sua capacidade de autonomia no âmbito pessoal, familiar e profissional, colocando assim em causa sua dignidade pessoal (Mcintyre, 2004).

Em Portugal este nível de sofrimento também foi relatado com níveis acima do valor intermédio da dimensão. No estudo de Gameiro (2000) com uma média de 37.73, no estudo de Paulo (2006) com 22.32 valores, no de Alves et al. (2012) e no de Capela e Apóstolo (2012) mencionam uma média de sofrimento físico de 20.55.

Contrariamente Sobral (2006) apurou que embora tivesse valores elevados para as quatro dimensões do sofrimento, o sofrimento físico apresentava valores inferiores ($\bar{x} = 17.4$), salientando que a identificação da doença minimiza o impacto deste tipo de sofrimento. Estes valores foram citados no estudo de Ramos (2013) que verificou níveis baixos de sofrimento físico ($\bar{x} = 17.4$) e no de Almeida (2015) que obteve uma média 14.46.

Os resultados apurados neste estudo seguem a ideologia de Carqueja (2009) que constatou a existência de uma correlação negativa entre o sofrimento físico e as habilitações literárias ($p = 0.042$), onde os que mencionam mais sofrimento físico são os doentes que têm até o 6º ano. Tendo em conta que a nossa amostra apresenta, na sua maioria, o 1º ciclo do ensino básico (43.8% no grupo experimental e 40.0% no grupo de controlo) entende-se que pode ser um fator que justifique os resultados desta dimensão.

Segundo Carqueja (2009), o sofrimento físico está correlacionado com a ansiedade ($r = +0,499$ e $p < 0.001$), a depressão ($r = +0,553$ e $p < 0.001$) e a dor ($p < 0.001$). Este autor distingue a dor do sofrimento referindo que esta é dirigida a uma localização do corpo e este fenómeno está associado ao psicológico, ao mental e à alma, embora relate que a dor muitas vezes é a causa do sofrimento, designando-o de sofrimento corpóreo, por ser o corpo o impeditivo do bem-estar e de ser o centro da frustração e do conflito.

Do mesmo modo, podemos observar no presente estudo que em todas estas variáveis apresentamos valores mais altos que os valores intermédios, podendo referir que poderá ser a causa dos níveis de sofrimento físico explícito na primeira avaliação. O mesmo autor refere que os doentes com *locus* de controlo externo tendem a sofrer mais fisicamente ($p = 0.046$).

Com a intervenção da massagem terapêutica os doentes apresentaram pontos de melhoria significantes, apurando um decréscimo de $\bar{x} = 5.94$, com um valor médio de $\bar{x} = 17.00$ na avaliação final do grupo experimental. Denotamos que o resultado foi inversamente positivo para o grupo de controlo, e embora não significativo ascendeu de $\bar{x} = 21.07$ para $\bar{x} = 22.07$, aumentando os seus níveis médios de sofrimento físico.

Em termos de significância, os resultados na avaliação final foram distintos, apresentando valores na ordem de $p = 0.021$. Ao analisarmos comparativamente a avaliação inicial com a final constata-se a existência de diferenças estatisticamente sendo que a relevância destes resultados assentam no grupo experimental apresentando $p = 0.001$, o que traduz que nesta dimensão do sofrimento o impacto da massagem terapêutica foi benéfico trazendo assim consequências positivas.

Estes resultados coincidem com o estudo de Currin e Meister (2008) que referiram que os doentes após a aplicação da massagem terapêutica tinham diminuído significativamente ($p < 0.001$) o desconforto físico.

Tendo em conta o supramencionado, podemos constatar que a massagem terapêutica tem efeito benéfico na diminuição dos níveis do sofrimento físico do doente oncológico.

O **sofrimento existencial**, para Meleis (2013), pode ser observado em casos de pessoas que vivem em constante luta com o seu “Eu”, este tipo de sofrimento gera sentimentos de confusão, não-aceitação, culpa de si e dos outros, angústia e compaixão. Béfécadu (1993) refere que esta tipologia está associada às crenças religiosas, onde a doença é sentida pelo mesmo como um castigo ou punição divina.

O sofrimento espiritual emerge, no doente, numa situação de conflito entre a pessoa, as suas crenças e na confrontação com a incapacidade de encontrar a significância da sua doença, esperança, amor e paz (Anandarajah et al., 2001).

No que diz respeito a esta dimensão, nos nossos resultados constatou-se a existência de valores acima do valor intermédio (48), sendo que a avaliação na fase inicial no grupo experimental apresentou uma média de 53.94 e no grupo de controlo de 48.47.

Diversos estudos corroboram estes valores, nomeadamente o de Paulo (2006) que apresentou uma média de 52.64, o de Sobral (2006) com valores de 47.68, o de Alves et al. (2012) com média de 48.87 e o de Capela e Apóstolo (2012) com média de 48.87. Contrariamente ao que acontece no presente estudo Almeida (2015) apurou que a dimensão para sofrimento existencial apresenta média inferior ao valor médio com 39.2, bem como Ramos (2013) que apresentou $\bar{x} = 43.26$.

Para Caldeira et al. (2014) revelaram a prevalência do sofrimento espiritual em 42% doentes. A desesperança é considerada como um sinal indicativo de angústia espiritual. Os valores supra referenciados poderão estar relacionados com o facto deste tipo de sofrimento gerar uma discrepância temporal, fazendo nascer no doente uma luta entre o presente e o idealizado anteriormente (Gameiro, 1999).

As emoções como o medo, o terror, a incerteza e a segurança fazem com que este tipo de sofrimento se subdivida em duas polaridades como a descrença e o desagrado. Por outro lado, a desmaterialização associa-se ao desânimo e ao desapego (Barbosa & Neto, 2006).

Num estudo promovido pelo National Cancer Institute (2015), apurou-se que as crenças espirituais podem ajudar o doente a encontrar o bem-estar mental por forma a se sentirem melhores.

Complementando Duggleby et al. (2007) referem a esperança como um meio, que eventualmente atribui capacidade ao doente de lidar e suportar com o peso do sofrimento, o que faz com que estes doentes não percam o sentido e o valor da vida.

Os resultados apurados do nosso estudo corroboram os de Alves et al. (2012) comprovaram a existência de uma correlação entre esta dimensão e as habilitações literárias na ordem de $p = 0.025$, ou seja, os grupos com menor e maiores habilitações são os que tendem a sofrer mais. Esta ideologia encontra-se expressa no presente trabalho onde se comprova que os doentes que apresentam maiores sinais de sofrimento são aqueles que têm escolaridades de 1.º ciclo de ensino básico ou licenciatura, embora esta última seja menos expressiva que a anterior, apresentando valores em termos percentuais, para os doentes com 1º ciclo, na ordem dos 43.8% e 40.0% para o grupo experimental e de controlo respetivamente. Consequentemente apuramos que este pode ser um fator que justifica os resultados desta dimensão.

Este tipo de sofrimento, segundo Kübler-Ross (2008), está subjacente e diretamente ligado ao medo da morte em consequência dos problemas emocionais, fazendo gerar conflito no processo de aceitação da doença. Carqueja (2009) deduziu no seu estudo que a prática religiosa não diminui a perceção do sofrimento, contudo curiosamente constatou que quanto maior o nível de sofrimento, maior é a prática religiosa.

A angústia espiritual representa, um conceito altamente valorizado nos cuidados de enfermagem, devido à associação deste à perda do sentido da vida por parte dos doentes, ou seja, a espiritualidade ajuda a criar uma atitude mental positiva que a pode ajudar a sentir-se melhor (National Cancer Institute, 2015).

O autor Pinto (2011) constatou que os doentes acabam por ter medo do futuro e que, contrariamente ao expectável, são pessoas que mantêm a sua esperança, independentemente de estar numa fase da doença avançada. Concluiu que a espiritualidade e a esperança ($r_p = +0.47$ e $p < 0.001$) estão interligadas, bem como o tempo de realização de quimioterapia influencia os níveis de esperança ($r_p = -0.34$ e $p < 0.001$) em consequência da consciencialização da gravidade da doença versus ligação à vida. Nesta fase, os profissionais de saúde têm relevância na performance do seu papel enquanto informadores e consciencializadores da condição clínica dos mesmos, auxiliando-os a encontrar o sentido para a vida com base em planos exequíveis e concretizáveis.

Ao analisar os efeitos da massagem terapêutica constatou-se que os doentes mostraram melhorias significantes ($p = 0.001$), pois o benefício da massagem terapêutica no grupo experimental fez com que gerasse um decréscimo de $\bar{x} = 14.81$, apresentando um valor médio na segunda avaliação de $\bar{x} = 39.1$.

No que respeita ao grupo de controlo apuramos que o resultado foi oposto ao experimental, sendo inversamente positivo, embora não significativo, todavia sofreu uma alteração de $\bar{x} = 48.47$ para $\bar{x} = 49.93$, aumentando assim os seus níveis médios de sofrimento nesta dimensão.

Estes resultados demonstram que nesta dimensão a massagem terapêutica tem um impacto positivo, fazendo com que este apresente uma variação/evolução vantajosa, diminuindo os valores dos níveis de sofrimento existencial. Para corroborar com esta informação os estudos apresentados por Sobral (2006) revela que o controlo pessoal melhora o sofrimento existencial. Em consonância com Currin e Meister (2008) que, por sua vez, apuraram uma diminuição significativa nas dimensões do sofrimento, nomeadamente no desconforto emocional ($p < 0.001$).

Podemos constatar que a massagem terapêutica tem efeito benéfico na diminuição dos níveis médios do sofrimento existencial.

Quando abordamos o sofrimento **socio relacional** englobamos as relações interpessoais numa vertente sociocultural, o nosso papel na sociedade e a nossa relação com a envolvente (Béfécadu, 1993). À luz da ideologia de Carqueja (2009), o Homem é um Ser revestido de singularidade, personalidade, cultura, modo de vida social, crenças e só se realiza, através da sua capacidade relacional com os outros, pois “ninguém é sozinho” (p.10). Este autor e Dinis (2008) referem que o ser humano é um ser-de-relação, sendo através desta que a pessoa adota a sua identidade.

Uma pessoa no desempenho do seu papel na sociedade define uma posição social e uma identidade pessoal. Desta forma, este sofrimento encontra-se diretamente associado à perda de papéis, estatutos e objetivos sociais, impedindo o seu desempenho na sociedade (Béfécadu, 1993).

Algumas das consequências negativas do sofrimento socio relacional é o emergir do estímulo de rivalidade, de inveja e de rejeição (Teixeira, 1993). Os sentimentos de perda ocorrem em termos sociais, amorosos, materiais, *status* e reconhecimento (Béfécadu, 1993), provocando o seu afastamento da sociedade e, por vezes, autoisolamento que acaba por surgir aquando da mudança de estilos de vida, medo e vergonha das reações das outras pessoas.

Em termos quantitativos e no âmbito desta dimensão revelou-se que os valores apurados apresentavam-se acima do valor intermédio (21), tendo em conta que na fase inicial o grupo experimental apresentou uma média de 26.75 e o grupo de controlo de 23.33. Dado isto, poderíamos explicar o impacto destes dados correlacionando-os com a descrição de cada item que é parte integrante desta variável/dimensão de sofrimento. Nesta dimensão

apresentam-se itens associados à preocupação da perda de trabalho; à preocupação com o futuro e à preocupação económico familiar.

Os nossos doentes, por sua vez, apresentam idades compreendidas entre 52,31 e 52,40 para o grupo experimental e de controlo respetivamente, concluindo-se que estas são constantes de preocupação, uma vez que os mesmos encontram-se em meia-idade, tendo como principal foco os problemas gerados pelos itens acima descritos. Para alicerçar esta linha de pensamento e com recurso a Alves et al. (2012), constatou-se que há uma correlação negativa entre a idade e este tipo de sofrimento ($r_s = -0.35$ e $p = 0.030$), ou seja, quanto menor ou maior for a idade do doente, menor o sofrimento socio relacional e estas autoras apresentaram uma média de 23.66 nesta dimensão.

Segundo Paulo (2006) os níveis médios apresentam-se com dados superiores ao valor intermédio desta dimensão ($\bar{x} = 52.64$) e relata correlação negativa entre esta dimensão e as experiências subjetivas do sofrimento ($r_s = -0.75$). Por sua vez Sobral (2006) relatou valores de intensidade de $\bar{x} = 24.92$, sendo que a identificação sintomática da doença minimiza o sofrimento socio relacional.

Constatou-se que Capela e Apóstolo (2012) apuraram que depois do sofrimento físico o maior nível de sofrimento foi o socio relacional ($\bar{x} = 23.66$). No presente estudo esta dimensão surge em terceiro lugar o que não quer dizer que ao mesmo não lhe seja atribuída expressividade/importância, constatando que mesmo assim os valores apurados entre os grupos apresentam-se acima do valor intermédio e como tal deveria ser instituídas medidas de minimização. O estudo de Sobral (2006) revelou médias acima do intermédio da escala com valores de 24.92 e o de Ramos (2013) com 23.76, contudo no de Gameiro (2000) verificou-se valores abaixo do intermédio com média de 20.48 e no de Almeida (2015) a média foi de 20.79.

A experiência do viver com a doença oncológica releva em alguns estudos o impacto e o papel que a identidade social detém sobre os doentes e que a doença oncológica vem, por vezes, interromper vivências e histórias de vida. Dado isto, autores como Riessman (2008) e George (2009) descreveram que esta doença constitui uma ameaça constante à coerente manutenção do “Eu” em termos socio relacionais.

Corroborando com esta informação, denotamos, no presente estudo, que as principais preocupações dos doentes nesta dimensão abarcam itens como o receio de sobrecarga para a família, a angústia por deixar para trás as pessoas de que gosta, a incapacidade de ajudar a família/amigos, o desejo de não causar sofrimento nos seus familiares. Esta tipologia de itens acarreta elevados défices em termos socio relacionais pela capacidade de

gerar no doente a inaptidão de desempenhar o seu papel como elemento integrante no grupo familiar e amigos.

Em consequência dessa incapacidade, constatou-se que há, neste tipo de sofrimento, uma perda de propósitos, papéis e estatutos, a desconexão de pessoas do seu quotidiano que foram outrora importantes, perda da identidade pessoal, de reconhecimento, de alegria e de tranquilidade (Gameiro, 1999; Carqueja, 2009), provocando sentimentos de solidão, frequentemente solidão acompanhada, com um desligar de si próprio e de isolamento com perda de vontade de viver (Gameiro, 1999; Pessini et al., 2004; Carqueja, 2009). Para além da componente pessoal, social e familiar, no processo de doença emergem apreensões laborais, financeiras e religiosas (Dias, 2001).

Estas informações estão de acordo com alguns estudos em Portugal, nomeadamente o de Almeida (2015) que apresenta uma correlação entre sofrimento socio relacional e a ansiedade ($r = +0.193$ e $p < 0.05$) e o de Carqueja (2009) uma relação entre o estado civil e o sofrimento socio relacional ($p = 0.025$), em que os casados/união de facto são o grupo que percebe mais sofrimento. Este último refere correlação com a ansiedade e depressão ($r = +0.463$ e $p < 0.001$; $r = +0,437$ e $p < 0.001$). Tendo em conta que os doentes do nosso estudo, tanto no grupo experimental (68.8%) como no de controlo (80.0%) são casados e apresentam níveis acima dos 50% para ansiedade e depressão, isto poderá influenciar os níveis de sofrimento desta dimensão.

A frequência destas perdas e as experiências negativas advindas das mesmas acabam por despoletar um processo de luto e consequentemente uma “luta” contra o seu “Eu” no âmbito de sentimentos de raiva e desespero (Béfécadu, 1993; Gameiro, 1999).

Nesta fase a família tem um papel fundamental de assegurar o elo sociocultural entre o doente e a sua envolvente, nomeadamente nas relações entre o doente e os familiares, amigos, colegas de trabalho e profissionais de saúde (Pereira e Lopes, 2002).

Do mesmo modo deverá existir uma relação entre o profissional de saúde, o doente e a família (Fritz, 2000), tornando-se um suporte social relevante em prol do bem-estar psicossocial do doente, promovendo consciência e alimentando a esperança e o significado da vida perante a sua situação clínica (Chochinov, 2006).

Ao avaliarmos os efeitos do antes e após a intervenção da massagem terapêutica e seus consequentes efeitos constatou-se o benefício da massagem terapêutica no que diz respeito ao grupo experimental, com um valor médio na ordem dos 26.75, isto é, apurou-se uma diminuição dos níveis de sofrimento na ordem dos 2.75 apresentando um valor médio na fase da avaliação final na ordem de 24.00, sendo esta diferença significativa ($p = 0.005$).

Denota-se existir uma melhoria com os seguintes efeitos psicossociais: relaxamento físico, alívio da ansiedade/tensão, sensação geral de bem-estar consigo e com os demais, e estímulo sexual/relacional tal como descrevem Domenico e Wood (1998). O mesmo não se verificou no grupo de controlo que na avaliação inicial apresentava um valor de 23.33 e oscilou negativamente em mais 0.40 elevando o índice de sofrimento para um valor médio de 23.73

Estes resultados demonstram que a massagem terapêutica tem um impacto benéfico, diminuindo o índice de sofrimento por parte dos doentes nesta dimensão.

Quando abordamos o sofrimento, a palavra por si já se faz acompanhar de uma conotação negativa e pesada. Parafrazeando Kahn e Steeves (1996) o sofrimento é uma experiência individual de ameaça para o «eu». Contudo nesta fase do trabalho é nosso objetivo dar a conhecer **experiências positivas** que dele se possam retirar, ora já constatamos que o sofrimento tem um caráter de subjetividade associado à significância a que cada doente atribui à experiência e expressão das suas vivências.

Segundo Béfécadu (1993) este tipo de sofrimento é um delinear de uma trajetória e a vontade de dar razão de ser à vida, seguindo sempre as suas crenças e valores.

Com a batalha com o nosso Eu e a gestão de conflito com as nossas emoções emerge dois confrontos, nomeadamente a significância atribuída às situações causadoras de *stress* e emoções desagradáveis e a ocorrência de mudanças de comportamento. Estes confrontos referem-se à apreciação da situação em si - avaliação primária, dos recursos internos e externos que a pessoa dispõe - avaliação secundária e da reavaliação da situação (Gameiro, 1999).

Para compreendermos esta fase do trabalho devemos-nos debruçar na explanação das avaliações primária e secundária. Numa avaliação primária gera-se a identificação dos danos ou prejuízos consequentes da situação de crise *per si* e na avaliação secundária baseia-se na capacidade do doente em aceitar e no saber lidar com a situação e emoções por forma a alterar o seu comportamento (Baptista, 2014).

Tendo em conta o estudo em apreço, constatamos que os valores apurados entre os grupos revelam valores acima do valor intermédio (15), nomeadamente 16,00 para o grupo experimental e 16,67 para o grupo de controlo, os quais retratam a presença de sofrimento.

Ao longo do trabalho e fundamentados em consentâneas pesquisas, Noronha et al. (2015) relataram que esta dimensão assenta na aceitação das casualidades e das perdas causadas pela doença com recurso ao pensamento positivo e otimismo associado ao ato de fé que é a esperança, o que faz com que estes doentes sofram menos.

A capacidade de aceitação da doença e os seus condicionamentos repercutem-se num alívio do sofrimento, tendo em conta que tendencialmente a doença desencadeia mal-estar físico, provoca perdas a nível afetivo e socio-relacional, debilitando assim o doente em termos de fragilidade, culpabilidade, insegurança, medo e vergonha (Marques, 1991).

Em Portugal, recorrendo ao estudo de Alves et al. (2012) constatou-se que a dimensão que apresentou valores mais elevados era a das experiências positivas do sofrimento ($\bar{x} = 17.29$). Concomitantemente, outros estudos revelaram níveis acima do valor intermédio da escala, nomeadamente o de Gameiro (2000) com uma média superior à intermédia com o valor de 20.27, o de Paulo (2006) com $\bar{x} = 52.64$, o de Sobral com $\bar{x} = 15.6$, o de Capela e Apóstolo (2012) que apuraram níveis medianos 17.29 e o de Ramos (2013) com média de 17.94. Contrariamente o de Almeida (2015) revelou níveis abaixo do valor intermédio com 13.1.

Paradoxalmente Ramos (2013), constatou que associados às experiências positivas de sofrimento os resultados padronizavam, níveis elevados de esperança, gerando um padrão inverso, pois quanto mais elevado for o nível de esperança menor é o sofrimento experienciado. Depreende-se, simultaneamente, a existência de uma relação entre o sofrimento e a esperança, que acompanham reiteradamente todas as fases da doença, como seja no processo de vida e no morrer, condicionando negativa ou positivamente a adaptação aos momentos de crise, na fase de recuperação de significado e sentido da vida.

Tal como nas dimensões do sofrimento anteriormente descritas, esta dimensão apresenta correlação entre a ansiedade ($r = -0,324$ e $p < 0.01$), a depressão ($r = -0.493$ e $p < 0,001$) e a dor ($p < 0.001$) (Carqueja, 2009).

Ao avaliarmos os efeitos do antes e após a intervenção da massagem terapêutica e seus consequentes efeitos, apurou-se no que diz respeito ao grupo experimental que este apresenta um valor médio de 16.00 e que melhora para o valor de 17.31, contudo não foi estatisticamente significativa ($p = 0.146$).

Contrariamente o grupo experimental aumentou os valores médios de 16.67 para 17.53 e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0.042$). Logo, a massagem terapêutica não teve benefício nesta dimensão do sofrimento.

Podemos constatar que a massagem terapêutica não tem efeito na minimização dos níveis médios das experiências positivas do doente oncológico.

Quanto ao **sofrimento global**, segundo Kahn e Steeves (1996), este emerge em consequência do significado atribuído pela pessoa, querendo isto dizer que a mesma situação pode ser encarada de diferentes formas desencadeando experiências de sofrimento distintas, gerando um mecanismo de adaptação de *coping* e de autocuidado.

Em Portugal e segundo Carvalho (2015), verificou-se existirem significativos níveis de sofrimento, de tal forma que acabam por despoletar múltiplas estratégias de *coping* singulares. Estas têm influência na personalidade do doente, através de uma análise aos fatores sociodemográficos, recursos, exigências do quotidiano e evolução da doença. O supra referenciado autor menciona que a significância, a incerteza, a perda de controlo e a necessidade de diálogo eram aspetos reguladores da adaptação ao diagnóstico.

Consequentemente delineiam-se estratégias centradas no problema e na emoção, gera-se a tentativa de encontrar uma explicação aceitável para que a mesma seja aceite e/ou se dê a recuperação da doença, a reorientação/reeducação psicológica por forma a melhorar a compreensão da doença, do controlo das emoções e a capacidade de comunicar sobre as dificuldades, os medos e os receios.

Esta variável de sofrimento incide no foro psicológico e o *output* da intervenção relaciona-se diretamente com a capacidade do doente em encarar a sua condição em termos físicos e/ou psicológicos.

Neste sentido, Neto (2010) menciona que o sofrimento não pode ser visto como uma condição para encontrar a nossa razão de viver, mas sim atribuir, um sentido, uma razão de ser ao sofrimento para que este não tenha um impacto destrutivo. Entra, nesta fase o papel da compreensão do significado atribuído por cada doente aos pontos geradores do sofrimento, compreensão essa que poderá minimizar o impacto dos conceitos e distorções que alteraram os níveis de ansiedade e realismo à sua condição de saúde.

Esta mesma ideologia está presente no estudo de Solano et al. (2016) onde mencionam que a esperança é uma balança, que, quando equilibrada, desempenha um papel de extrema relevância nos relatos do bem-estar e na capacidade de lidar com a doença no *términus* da vida.

Todo o sofrimento sofre uma evolução, sendo que este inicia o seu percurso com o vivenciar de emoções e sentimentos de mal-estar e de tristeza, progredindo para uma fase de consciencialização da perda e, posteriormente para a aceitação do facto de ter uma doença crónica e irreversível (Gameiro, 1999; Chochinov, 2006).

De acordo com Gameiro (2004) o doente, em situação de crise, deverá desenvolver a capacidade de confronto com a realidade, desviando o foco no problema para que este não entre em fase de negação e adote de estratégias de gestão socio-relacional e emocional, e preservação da autoimagem.

Por sua vez, a capacidade de perceber as verdadeiras consequências da doença encontra-se fortemente correlacionada com as experiências do sofrimento (Sobral, 2006).

A cada dia que passa a definição de sofrimento na área da saúde aprimora-se e aperfeiçoa-se cada vez mais, aglomerando uma multiplicidade de dimensões, abrangendo uma experiência humana complexa (Gameiro, 1999; Cerqueira, 2010).

Segundo Carqueja (2009) o sofrimento é uma característica ontológica do ser humano tendo em conta a sua abrangência e subjectividade e devido ao lado afetivo e emocional a que se sujeitam, existindo individualização e especificidade.

O sofrimento é originado por uma ameaça à existência futura da pessoa no seu todo, pelo contacto com a dor, o *distress* e o desconforto, acompanhados com a ideia da morte (Cassileth et al., 2004).

Em enfermagem, a descrição da dimensão sofrimento global, abarca a pessoa como um todo, tendo em conta que, é a alma e o coração que mais sofrem e não o corpo. O papel dos enfermeiros é valorizado na prestação de cuidados específicos focados no doente, no auxílio na execução de projetos e na criação de uma relação interpessoal baseada no respeito entre doente e enfermeiro (OE, 2002).

Esta variável apresenta-se no estudo, com valores que espelham uma situação menos positiva para o doente, denotando que estes, na sua globalidade e na fase da avaliação inicial apresentavam-se emocionalmente debilitados, verificando-se que em termos estatísticos os níveis de experiências positivas do sofrimento revelam valores acima do intermédio da dimensão (132) com ponto médio de 158.69 para o grupo experimental, embora o grupo experimental apresentasse valores inferiores, com média de 123.38 para o grupo de controlo.

Os níveis de sofrimento global do grupo experimental estão de acordo com o estudo de Alves et al. (2012) e de Capela e Apóstolo (2012) os quais salientaram nível médio de sofrimento global para ambos de 137.87. Em concordância com os valores médios do grupo de controlo, o de Gameiro (2000) apresenta baixos níveis de sofrimento global ($\bar{x} = 110.02$) e o de Ramos (2013) valores de 125.27.

Poderíamos justificar os supra expostos dados recorrendo ao estudo de Alves et al. (2012) que relata que o impacto do sofrimento global tem forte correlação com o nível de habilitações literárias, em que os grupos que mais sofrem são aqueles que possuem menor e maiores habilitações. Ora esta ideologia encontra-se fortemente expressa no presente estudo, uma vez que em termos de habilitações constatou-se que grande parte da amostra, para o grupo experimental, detinha o 1.º ciclo do ensino básico, ou nível inferior, apresentando dados na ordem dos 50%, embora não tão expressivo, mas não menos importante, obtivemos uma percentagem na ordem dos 12.5% para a amostra com licenciatura. No que diz respeito ao grupo de controlo constatou-se que 60% da amostra possuía habilitações iguais ou inferiores ao 1.º ciclo de ensino básico e que 6.7 possuíam uma licenciatura.

Ao longo do trabalho, constatou-se que o mal-estar físico é uma constante, bem como o conseqüente confronto com o seu lado frágil, com o surgimento de debilitações/alterações em termos físicos, afetivo-relacional e socioprofissional, onde passa a imperar a insegurança, medo, ansiedade e *stress* (Marques, 1991). Em termos emocionais a capacidade reativa por parte dos doentes interliga-se à doença, à sua conseqüente evolução e a todo o processo a que o doente está sujeito não negligenciando o aspeto sociocultural e a significância atribuída à crise da vida (Gameiro, 2004). No âmbito da insuficiência e inadequação das respostas à respetiva crise geram-se alterações no funcionamento pessoal e social (Ribeiro, 1995).

Segundo Gameiro (1999), sofrer é viver as repercussões biopsicossociais de um mal-estar com elevado domínio sobre a consciência, alterando o saber existencial, bem como, a capacidade de interação com o seu redor e é nesta fase que se dá o confronto com a vulnerabilidade, finitude, ameaçando o seu “Eu”.

Não existe a desassociação do ser humano para com o Mundo, conseqüentemente não podemos separar a mente do mundo (Varela et al., 1991). O sofrimento evolui de um estado de desconforto mental ou espiritual para angústia, desespero, sentimento de abandono e até negligência perante si (Gameiro, 1999).

Face ao exposto podemos afirmar que o sofrimento possui maior amplitude e abrangência que a dor, incidindo diretamente sobre a integridade do ser humano, envolvendo o foro físico, cognitivo, social e emocional (Gameiro, 1999; Cerqueira, 2010).

Justificar-se-iam o posicionamento dos supramencionados dados, seguindo a ideologia dos seguintes autores, Gameiro (1999) por sua vez apurou a existência de uma correlação negativa entre a idade e o sofrimento, recorrendo a dados portugueses e segundo Carqueja

(2009) deu-se importância ao sexo, idade, estado civil e habilitações literárias como itens diretamente influenciadores do sofrimento.

Esta corrente ideológica encontra-se presente no corrente estudo. Ambos os grupos apresentam idades compreendidas entre 52,31 e 52,40, comumente conhecida como a meia-idade, no que diz respeito às idades constatou-se que obtivemos uma amostra equilibrada sendo que para o grupo experimental apresentavam 8 participantes para o sexo feminino, bem como para o sexo masculino.

Em termos percentuais constatou-se que a grande maioria de cada um dos grupos encontrava-se no estado civil de casado/unido de facto rondando valores na ordem dos 68.8% para o grupo experimental e 80% para o grupo de controlo, no que diz respeito à situação laboral no grupo experimental os dados rondavam os 31.3% e as inativas na ordem dos 68,7%, sendo que os doentes que se encontravam em situação de reforma apresentavam os maiores valores rondando os 50%, face a 13.3% de situação ativa do grupo de controlo.

Nestes termos o impacto do sofrimento é mais do que físico, este reflete-se diretamente no «Eu» e na conexão entre este e o mundo. Estes sintomas desencadeiam, no doente, desconforto e alterações somáticas, cognitivas e/ou afetivas e ficam dependentes da forma como interpreta toda a situação envolvente, desde ameaças ao significado à sua situação de doença (Teixeira, 1993).

O sofrimento põe em causa as relações com o mundo e, conseqüentemente gera-se uma nova caminhada em busca de um novo significado e de um novo sentido para a vida (Mcintyre et al., 1995).

As significações são aquelas que servem o propósito aos acontecimentos que ocasionam a causa do sofrimento, motivando e conduzindo para uma busca de respostas emocionais e atitudes nos processos de recuperação e de reabilitação da doença. Esta significação está diretamente interligada às crenças e convicções tendo como base as experiências de vida, seja ela em termos externos e/ou internos (Gameiro, 2004).

O sofrimento para Neto (2005) é visto como um ato excessivamente ilusório no âmbito do controlo, pois se observarmos de forma extremista gera-se a ilusão de controlo da morte e quando este controlo não existe gera-se sofrimento.

Ora a idealização perfeccionista da vida, o contemplar o destino e o sofrimento como parte integrante da vida e a crença na vida para além da morte são segundo Renaud (1995) in Cerqueira (2010) as diversas razões do sofrimento.

Tendo em conta a significância atribuída pelas pessoas no que diz respeito à integração psicoafectiva e à avaliação cognitiva das ameaças, o ICN (2016) define que o sofrimento é consequência de sentimentos prolongados de martírio, necessidade de enfrentar e suportar condições devastadoras e a NCCN (2016) refere o sofrimento como consequência do estado psicológico, social e/ou espiritual que, por sua vez pode interferir com a capacidade de adaptação do doente face ao cancro, aos sintomas e ao tratamento.

À luz do que acontece no presente estudo, Béfécadu (1993) categoriza o sofrimento em quatro tipos: físico, psicológico, relacional e espiritual, enquanto Gameiro (1999) e Barbosa (2010) subdividem o sofrimento em duas dimensões: ontológica (espiritual e relacional) e pática (psicológica e física). Em 2000 Gameiro acrescenta a estas dimensões as experiências positivas na doença, embora o sofrimento seja vivido como um todo (Chochinov et al., 2009).

Os efeitos secundários da doença refletem-se no desencadear de problemas psíquicos: nomeadamente ansiedade, depressão, medo, revolta, desespero, esperança, problemas sociais onde nasce o isolamento, a mudança/perda de papéis, a perda de controlo autonomia; e as questões relacionadas com a evolução do cancro com o desenvolvimento da doença, tratamentos, dor, entre outros (Cameron et al., 2007).

Sendo nosso objetivo avaliar o resultado deste sofrimento através da massagem terapêutica, constatou-se o surgimento de sinais de evolução positiva com consequente melhoria nos doentes, apurando-se o benefício desta intervenção. Com a incidência e aplicação desta ação os doentes sentiram um alívio no âmbito desta dimensão do sofrimento, apurando-se uma diminuição dos índices médios no grupo experimental na ordem de 35.31, apresentando na avaliação inicial média de 158.69 e na avaliação final de 123.38.

Analogamente, o estudo Currin e Meister (2008) retratou um quadro de diminuição significativa nas dimensões do sofrimento, associando-se a estes dados o estudo de Tabatabaee et al. (2016), onde constataram a subjetividade destes benefícios que incidem na melhoria no humor, na ajuda no bem-estar e nas relações interpessoais. Consequentemente referem que se gera uma diminuição dos níveis de preocupação, explosões e inquietação e reacquirição da sua capacidade funcional, restaurando o equilíbrio, harmonia e a sensação de bem-estar

À luz do que tem vindo a ser espelhado constatamos que o resultado foi negativo para o grupo de controlo tendo em conta que houve aumento médio na ordem de 5.47, evoluindo de $\bar{x} = 143.33$ para $\bar{x} = 148.00$.

Estes dados demonstram que a massagem terapêutica diminui os níveis de sofrimento por parte dos doentes oncológicos, tendo efeitos positivos sobre a mesma.

3.3 - EFEITO DA MASSAGEM TERAPÊUTICA NA SAÚDE MENTAL

No que respeita à Saúde Mental observamos os resultados que constituem o Quadro 10. Tendo presente que todas as dimensões, subescalas e global são avaliadas numa escala que varia entre o mínimo de 0 e o máximo de 100 pontos.

Verificamos que, na maioria das situações, os doentes de ambos os grupos apresentaram resultados médios e medianos que se situaram em torno do valor central da escala, ou seja, em torno de 50 pontos. Na avaliação inicial não se observaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas ao comparar o grupo experimental com o grupo de controlo ($p > 0.050$).

No entanto, na avaliação final encontraram-se diferenças significativas nas dimensões referentes à ansiedade ($p = 0.038$), perda de controlo emocional/comportamental ($p = 0.007$) e afeto positivo ($p = 0.016$). Similarmente, observam-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas *distress* psicológico ($p = 0.011$), bem-estar psicológico ($p = 0.007$) e na saúde mental global ($p = 0.009$). Em todas estas situações, os doentes do grupo experimental evidenciaram melhor estado de saúde mental em relação aos do grupo de controlo.

A comparação longitudinal, entre as avaliações final e inicial, revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas, no grupo experimental, na ansiedade ($p < 0.001$), na depressão ($p = 0.001$), na perda de controlo emocional/comportamental ($p = 0.001$), no afeto positivo ($p < 0.001$), nos laços emocionais ($p = 0.004$), no *distress* psicológico ($p < 0.001$), no bem-estar psicológico ($p < 0.001$) e na saúde mental global ($p < 0.001$). No grupo de controlo, apenas se observaram diferenças significativas em termos de afeto positivo ($p = 0.011$), dos laços emocionais ($p = 0.024$), do bem-estar psicológico ($p = 0.004$) e da saúde mental global ($p = 0.027$).

Da análise comparativa das medidas de tendência central, é importante salientar que as diferenças significativas ocorreram com variações de sentidos opostos, ou seja, no grupo experimental as diferenças foram consequência da melhoria na saúde mental e no grupo de controlo essas diferenças correspondem ao agravamento da saúde mental.

Atendendo a estes resultados podemos afirmar que os dados corroboram a hipótese formulada «os doentes oncológicos, no ambulatório, quando sujeitos a massagem terapêutica têm melhores níveis de saúde mental em comparação com os do grupo de controlo».

Quadro 10a - Comparação da saúde mental entre grupos e entre momentos de avaliação

Variável	Grupo	Avaliação inicial		Avaliação final		Testes (Comparação entre momentos)
		Experimental	Controlo	Experimental	Controlo	
		N	%	n	%	
Ansiedade						
\bar{x}		50.00	54.53	65.50	54.93	Gr. Exp. z = -3.519 p < 0.001 ⁽¹⁾ Gr. Cont. z = -0.725 p = 0.469 ⁽¹⁾
Md		53.00	54.00	65.00	56.00	
s		15.85	9.64	12.58	9.65	
x_{\min}		14	32	46	34	
x_{\max}		74	68	88	66	
p		0.702	0.174	0.784	0.079	
Teste Mann-Whitney		z = -0.654	p = 0.513	z = -2.079	p = 0.038	
Depressão						
\bar{x}		54.43	58.61	65.63	60.00	Gr. Exp. z = -3.309 p = 0.001 ⁽¹⁾ Gr. Cont. z = -0.669 p = 0.503
Md		52.08	58.33	66.67	58.33	
s		11.83	7.46	10.26	9.29	
x_{\min}		38	50	46	42	
x_{\max}		75	75	79	75	
p		0.231	0.078	0.113	0.808	
Teste Mann-Whitney		z = -1.321	p = 0.186	z = -1.563	p = 0.118	
Perda de controlo emocional/ comportamental						
\bar{x}		54.83	54.85	66.48	52.73	Gr. Exp. z = -3.431 p = 0.001 ⁽¹⁾ Gr. Cont. z = -1.490 p = 0.136 ⁽¹⁾
Md		50.00	54.55	67.05	54.55	
s		16.84	11.06	16.44	8.16	
x_{\min}		25	39	34	41	
x_{\max}		80	75	91	66	
p		0.247	0.464	0.519	0.369	
Teste Mann-Whitney		z = -0.040	p = 0.968	z = -2.695	p = 0.007	

⁽¹⁾ Teste de Wilcoxon

Quadro 10b - Comparação da saúde mental entre grupos e entre momentos de avaliação

Variável Grupo	Avaliação inicial		Avaliação final		Testes (Comparação entre momentos)
	Experimental	Controlo	Experimental	Controlo	
Afeto positivo					
\bar{x}	35.45	41.94	48.98	39.15	Gr. Exp. $z = -3.527$ $p < \mathbf{0.001}^{(1)}$ Gr. Cont. $z = -2.537$ $p = \mathbf{0.011}^{(1)}$
Md	36.36	43.64	47.27	40.00	
s	13.99	6.92	13.90	7.95	
x_{\min}	9	22	16	22	
x_{\max}	55	53	75	53	
p	0.359	0.018	0.871	0.004	
Teste Mann-Whitney	$z = -1.150$	$p = 0.250$	$z = -2.419$	$p = \mathbf{0.016}$	
Laços emocionais					
\bar{x}	55.43	56.00	61.67	51.11	Gr. Exp. $z = -2.913$ $p = \mathbf{0.004}^{(1)}$ Gr. Cont. $z = -2.264$ $p = \mathbf{0.024}^{(1)}$
Md	53.33	53.33	60.00	53.33	
s	18.81	9.02	17.30	10.59	
x_{\min}	27	33	33	33	
x_{\max}	100	67	100	67	
p	0.490	0.017	0.839	0.093	
Teste Mann-Whitney	$z = -0.406$	$p = 0.685$	$z = -1.830$	$p = 0.067$	
Distress psicológico					
\bar{x}	52.70	55.48	65.89	55.14	Gr. Exp. $z = -3.523$ $p < \mathbf{0.001}^{(1)}$ Gr. Cont. $z = -0.063$ $p = 0.950^{(1)}$
Md	49.15	56.78	65.68	57.63	
s	13.67	7.12	12.35	6.34	
x_{\min}	31	42	49	42	
x_{\max}	75	66	86	63	
p	0.286	0.615	0.292	0.105	
Teste Mann-Whitney	$z = -0.890$	$p = 0.373$	$z = -2.553$	$p = \mathbf{0.011}$	

⁽¹⁾ Teste de Wilcoxon

Quadro 10c -. Comparação da saúde mental entre grupos e entre momentos de avaliação

Grupo Variável	Avaliação inicial		Avaliação final		Testes (Comparação entre momentos)
	Experimental	Controlo	Experimental	Controlo	
	n	%	n	%	
Bem-estar psicológico					
\bar{x}	39.73	44.95	51.70	41.71	Gr. Exp. z = -3.533 p < 0.001 ⁽¹⁾
Md	41.43	45.71	52.86	44.29	
s	13.11	4.77	13.54	6.83	
x_{\min}	13	31	20	26	Gr. Cont. z = -2.851 p = 0.004 ⁽¹⁾
x_{\max}	64	50	80	49	
p	0.768	0.009	0.633	0.003	
Teste Mann-Whitney	z = -1.452 p = 0.147		z = -2.694 p = 0.007		
Saúde mental global					
\bar{x}	47.87	51.56	60.61	50.14	Gr. Exp. z = -3.520 p < 0.001 ⁽¹⁾
Md	45.48	53.19	59.31	52.13	
s	12.20	5.10	11.83	5.37	
x_{\min}	30	41	38	39	Gr. Cont. z = -2.216 p = 0.027 ⁽¹⁾
x_{\max}	70	60	84	57	
p	0.381	0.510	0.912	0.217	
Teste Mann-Whitney	z = -1.206 p = 0.228		z = -2.631 p = 0.009		

⁽¹⁾ Teste de Wilcoxon

Conforme já anteriormente abordado, uma das dimensões em análise no âmbito da saúde mental é o **distress psicológico** e este é comumente utilizado em saúde pública como o indicador da saúde mental da população em geral. Segundo Bultz e Johansen (2011) referem que a Psycho-Oncology Society considerou o *distress* como o sexto sinal vital aquando da prestação de cuidados ao doente oncológico. Esta dimensão analisa e associa indiferenciadamente a depressão, a ansiedade geral e a perda de controlo emocional e comportamental do doente.

O *distress* psicológico é denominado como um estado subjetivo desagradável de depressão e ansiedade, que relaciona o estado emocional às suas manifestações psicológicas (Mirowsky & Ross, 2008). É visualizado como uma fase contínua de infelicidade, nervosismo, irritabilidade e geração de problemas no âmbito das relações interpessoais. Traduz-se num conjunto de sensações que uma pessoa tem aquando o confronto desta com

situações perturbadoras, frustrantes ou prejudiciais, acrescentado que as variações de *distress*, entre o leve e o extremo, traduzem-se numa doença mental (Lerutla, 2000).

Na perspetiva de Massé (2000), o *distress* é visto como uma função psicológica inadaptaada quando se dá o confronto com ocasiões *stressantes* e aponta como principais propulsionadores do *distress* a desmoralização e o negativismo associado ao futuro, sofrimento e *stress*, a não valorização do seu eu, o isolamento e alienação social, a somatização e a alienação do Eu.

Segundo Mirowsky et al. (2008), o *distress* psicológico é definido como uma circunstância de sofrimento em termos emocionais, indícios depressivos, associados à perda de interesse, tristeza e desespero. Estes sintomas podem eventualmente estar ligados a sintomas somáticos, nomeadamente à falta de energia e cefaleias consequentes de alguma patologia. Em termos de desgaste emocional constatou-se que estes podem ser consequência de fatores internos e externos ao *stress*, sendo por isso considerado como um distúrbio emocional (Ritsner et al., 2002), o que, por sua vez, pode afetar toda a envolvente das pessoas.

O *distress* abrange sintomas depressivos e de ansiedade, como a baixa autoestima, os sentimentos de desesperança, a agitação e a tristeza, constituindo indicadores de presença e/ou desenvolvimento futuro de psicopatologia, do planeamento e do tratamento adequado e sua evolução (Van den et al., 2010; Slade et al., 2011).

Recorrendo à comparação do *distress* no presente estudo, apurou-se que entre os grupos e em termos de avaliação inicial o grupo experimental e de controlo apresentavam uma média na ordem dos 52.70 e 55.48 respetivamente, constatando-se que em ambos os grupos estão ligeiramente acima dos valores intermédios da escala (50), o que contraria os resultados do estudo de Guadalupe (2008) que apresentou uma média de *distress* nos doentes oncológicos de 40.58.

O tratamento do cancro relaciona-se diretamente com a angústia e o sofrimento, para além das perturbações económico-financeiras e sócio relacionais a que se associa os sintomas, o tratamento e a perceção do doente e dos membros da família, afetando assim o doente em termos emocionais (Powell et al., 2008).

No foro oncológico o *distress* detém um impacto negativo na qualidade de vida, na satisfação com a prestação de cuidados, o que consequentemente faz com que diminua a adesão terapêutica (Howell & Olsen, 2011; Mitchell et al., 2012).

O *distress* transforma-se numa experiência desagradável em termos psicológicos, sociais e/ou emocionais. Já se apurou anteriormente que, tendencialmente os maiores níveis de *distress* são apresentados pelas mulheres, já no círculo dos jovens/idade média, apresentam maior probabilidade de desenvolver *distress* emocional, e os de menores valores surgem nos homens em termos de funcionamento emocional e cognitivo, o que poderá levar à fadiga (Pandey et al., 2006).

A elevada incidência desta dimensão nas mulheres, independentemente do tipo de cancro, é consequência dos elevados níveis de ansiedade e depressão. No âmbito do *distress* físico, constatou-se que este é mais frequente nos homens em consequência das alterações de rotina diária (Bultz et al., 2006; Linden et al., 2012).

Quando esta patologia se encontra em estado avançado e, conseqüentemente, o doente encontra-se em fim de vida gera-se por parte dos doentes elevados níveis de ansiedade, indícios de depressão, bem como o medo do abandono ou da solidão, ou seja, dá-se uma perda de controlo, em que os doentes ficam física e psicologicamente dependentes, passando a apresentar condutas autodestrutivas e conflitos familiares (Mitchell et al., 2012). Segundo a NCCN (2016) é nesta fase que devemos estar atentos às necessidades emocionais do doente que deverá estar numa fase de bem-estar em termos psicológicos, existenciais, espirituais e sociais.

Tendo em conta o supra referenciado apuramos o impacto da massagem terapêutica nos doentes com patologia oncológica, e no nosso estudo, foi explicitamente positivo uma vez que demonstrou sinais de evolução fazendo com que os níveis de *distress* psicológico melhorassem aumentando assim a saúde mental. Por conseguinte, é visível o aumento, apresentando valores de avaliação inicial na ordem de $\bar{x} = 52.70$ para o grupo experimental e com a aplicação da massagem terapêutica o valor aumentou para um valor médio de 65.89, o que traduz claramente uma melhoria nos termos da saúde mental, fazendo com que esta variasse positivamente na ordem de $\bar{x} = 13.19$, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0.001$).

Verifica-se que ocorreu o oposto, no grupo de controlo, em concordância do que se tem vindo a demonstrar ao longo deste estudo, sendo o resultado para este grupo inversamente positivo, dado que os resultados apresentavam valores numa fase inicial na ordem de $\bar{x} = 55.48$, constituindo uma diminuição face à fase final com valores na ordem de $\bar{x} = 55.14$, o que se constata que este grupo sofreu uma diminuição, embora não muito expressiva, dos níveis de saúde mental traduzindo-se, conseqüentemente, esta variação num declínio ainda mais profundo em termos de *distress* psicológico.

Estes resultados corroboram os estudos de Ahles et al. (1999) que mencionaram efeito imediato na diminuição do *distress* ($p = 0.02$) e com Marchand (2014) que revelou redução dos níveis de *stress*.

Segundo Domenico e Wood (1998) a massagem terapêutica melhora o fluxo sanguíneo e linfático, proporciona a vasodilatação da pele e reduz a fadiga, promovendo o alívio do *stress* e o relaxamento. Similarmente Cassar (2001) e Veiga (2007) referem que melhora o retorno venoso, ajudando o relaxamento muscular, a redução das formulações nodulares e a redução da fadiga. González-Iglesias et al. (2009) especifica que a massagem terapêutica do rosto, cabeça e do pescoço proporciona relaxamento, libertando preocupações, *stress* e fadiga.

Constatam-se resultados positivos nesta dimensão, apresentando melhorias em termos dos níveis da dimensão *distress* na saúde mental.

A **ansiedade** é definida como um conjunto de emoções negativas associadas a sentimentos de ameaça, perigo e angústia (ICN, 2016). Esta pode ser uma consequência das ligações entre a persistência de ansiedade e o feedback de medo, podendo descrevê-la como um conjunto de emoções marcado por um sentimento de perigo iminente, desagradáveis e desproporcionais à representação da ameaça (Thielking, 2007).

Segundo Patten et al. (2006) e Somers et al. (2006), a ansiedade é uma das contrariedades mentais mais comuns. Há que ter em atenção não só à frequência e à forma como estas debilitam o Ser, mas também à concomitância em que estes ocorrem (Andrews et al., 2008; Lopez, 2006; Revicki et al, 2012).

Recorrendo à comparação da ansiedade no presente estudo, apurou-se que entre os grupos e em termos de avaliação inicial que o grupo experimental e o de controlo apresentavam uma média na ordem dos 50.00 e 54.53 respetivamente. Constatamos que em ambos os grupos estão ligeiramente acima dos valores intermédios da escala (50), o que contraria os resultados do estudo de Guadalupe (2008) que apresentou uma média de ansiedade nos doentes oncológicos de 47.01.

O estudo de Costa (2015) corrobora os resultados no presente estudo pois refere que 48.2% dos doentes apresentam ansiedade e a maioria das pessoas sentiram ansiedade moderada ou grave (61.4%). Nos estudos de Carvalho (2010) e de Milhomens (2014) observou-se uma associação estatisticamente significativa ($p = 0,047$) ($p = 0.017$) entre género e níveis de ansiedade, em que as mulheres apresentam níveis de ansiedade mais elevados em relação aos homens relatam relação entre a ansiedade e a dor ($p = 0.004$) ($p = 0.003$), em que os doentes com níveis de ansiedade mais elevados apresentam mais intensidade de dor.

Autores como Massie e Shakin (1993) qualificaram e dividiram esta dimensão em três grupos: ansiedade reativa, transtornos de ansiedade pré-existentes e ansiedade relacionada. No mesmo seguimento o autor Townsend (2002) descreveu a ansiedade em quatro níveis nomeadamente: ansiedade leve, moderada, grave e de pânico.

Segundo Breitbart et al. (2010) os doentes oncológicos são alertados para eventuais casos de reincidência de tratamento ineficazes, em consequência do mesmo estes têm um choque inicial ou sucumbem face a uma fase de descrença, gerando-se uma revolta em termos emocionais, alterações em termos de ansiedade/sintomas depressivos. Em consequência destes fatores dá-se uma fragilização dos índices de concentração, um aumento de insónias, falta de apetite, transtorno de sociabilidade irritabilidade e pensamentos intrusivos sobre o futuro. Seguindo a ideologia de Stark et al. (2002) constatamos que a ansiedade é uma resposta reativa normal às ameaças, como é o caso dos doentes objeto de estudo, e apresenta-se de forma prejudicial ao desempenho das tarefas do quotidiano do doente. Verificando-se que os níveis de ansiedade aumentam proporcionalmente à medida que a doença progride ou, com o nível de agressividade do tratamento, ou com alterações que se representem como ameaças ao longo do curso da doença, independentemente de representarem respostas agudas ao cancro ou o seu tratamento, ou que façam parte de um transtorno de ansiedade preexistente, exacerbado pelo seu diagnóstico.

A semelhança dos sintomas faz-se refletir na maioria dos doentes e de acordo American Psychiatric Association (2013), no DSM-IV, torna-se relevante avaliar os primeiros sinais consequentes das perturbações de ansiedade através de uma avaliação física completa às perturbações da ansiedade generalizada, do pânico, das fobias, das perturbações obsessivo-compulsivas e de pós-*stress* traumático.

A ansiedade aguda abrange as alterações fisiológicas, gastrointestinais e psicológicas (Thielking, 2003). A dificuldade em relaxar, excitação nervosa, agitação, irritabilidade, reação exagerada e impaciência são sintomas referenciados nos estudos de Pais-Ribeiro et al. (2004). Por sua vez Miovic e Block (2007) complementam referindo inquietação, sensação desagradável de excitação, inquietação, irritabilidade, incapacidade de relaxar, tendência a sobressaltar, insónias, pensamentos intrusivos e imagens de pessoas com cancro, sensação de desgraça iminente, desamparo e uma sensação de perda de controlo sobre os próprios sentimentos e distúrbios vegetativos (anorexia, diminuição do interesse sexual) (Miovic & Block, 2007).

De acordo a sintomatologia da ansiedade, Monroy, Torres e Aguilar (2009), distribuem-na em três tipos, nomeadamente em somática, cognitiva e comportamental. A ansiedade tem efeitos diretos na saúde, podendo, eventualmente, afetar o comportamento dos doentes, o que faz com que as medidas de prevenção sofram atrasos, desleixos ou o adiamento da procura de cuidados médicos, podendo assim adulterar as estimativas do prognóstico negativo. A ansiedade patológica tendencialmente é desproporcional ao nível de ameaça, é de caráter persistente e na ausência de intervenção deteriora-se, tornando inaceitável a intensidade dos sintomas, fazendo com que os doentes vivam um corte no âmbito das atividades normais ou desejáveis. Como a patologia oncológica está sempre associada a alguma forma de ameaça estes critérios são de difícil aplicação (Smith et al., 2011).

A ansiedade revela-se com os seguintes sintomas: presença de medos excessivos, sofrimento excessivo e antecipado, elevados níveis de preocupação persistente e excessiva de forma indesejada, isolamento ou afastamento súbito, medo de ficar sozinho, ocorrência de pesadelos, náuseas, vômitos aquando a separação de pessoas próximas (Sousa, 2014).

Na opinião de Hardeveld et al. (2010) os doentes que vivenciam estes sintomas, de elevada taxa de ocorrência, vão vivendo a doença dia-a-dia. Alguns estudos deram a conhecer que as estratégias de autogestão desempenham um papel extremamente relevante na recuperação da saúde mental (Russell & Browne, 2005; Sterling et al., 2010; Murray et al., 2011).

Existe uma recomendação dirigida aos enfermeiros em termos de procedimentos a ter com os doentes que apresentam perturbações de ansiedade nomeadamente, manter a calma (agir em prol da segurança para o doente, fazer com que o mesmo se concentre), uma comunicação aberta para que ele exteriorize verbalmente os seus pensamentos e sentimentos, avaliar eventuais sinais de pensamentos suicidas, registar mudanças comportamentais e encorajar atividades (Neeb, 2000).

Constatou-se neste estudo que o resultado da massagem terapêutica no doente oncológico foi positivo, observando-se que as médias de saúde mental associadas à ansiedade aumentaram, incrementando melhorias na saúde mental. O grupo experimental na fase de avaliação inicial, apresentava valores na ordem de $\bar{x} = 50.00$ e com a intervenção da massagem terapêutica fez que o valor médio se elevasse para valor 65.50 na fase de avaliação final. Esta diferença é estatisticamente significativa ($p < 0.001$) o que retrata que houve uma melhoria em termos de saúde mental fazendo com que diminuísse a ansiedade nos doentes objeto de estudo.

No que diz respeito ao grupo de controlo constata-se uma diminuição da ansiedade e uma ligeira melhoria da saúde mental apresentando, numa fase de avaliação inicial, valores de $\bar{x} = 54.53$, que aumentam ligeiramente para a fase da avaliação final ($\bar{x} = 54.93$), verificando-se uma alteração nos valores da média de 0.40, concluindo que estes resultados não são estatisticamente significativos ($p = 0.469$).

Os resultados do presente estudo estão de acordo com os resultados publicados sobre o efeito da massagem terapêutica nos doentes oncológicos e que podemos destacar, Ferrell-Torry e Glick (1993) que observaram efeitos na diminuição na ansiedade com 24%, indicando a sua ação relaxante e, conseqüentemente, aumento do relaxamento. Ahles et al. (1999) relata efeito imediato na ansiedade ($p < 0.001$) e Cassileth et al. (2004) mencionam diminuição da média da ansiedade na ordem do 2.8 ($p < 0.05$). Todavia no estudo de Toth, et al. (2003) a ansiedade aumentou de 3,83 para 4,75. Field (2000), Post-White et al. (2003), Hernandez-Reif et al. (2004), Deng et al. (2005) e Marchand (2014) referem uma redução significativa ($p < 0.05$) da ansiedade após a massagem terapêutica. Jane et al. (2009) relatam, no seu estudo, melhorias de imediato ($p = 0.001$), a curto prazo (20/30 minutos) ($p < 0.001$) e a longo prazo (16/18 horas) ($p = 0.04$) no alívio da ansiedade.

No estudo de Billhult et al. (2007) não se verificou diferenças significativas na ansiedade em ambos os grupos e no de Ahles et al. (1999) e de Soden et al. (2004) não existiram diferenças significativas da ansiedade a longo prazo. Wilkinson et al. (2007) corroboram estes resultados referindo que não existiram diferenças significativas na melhoria da ansiedade e da depressão, no entanto, e mediante entrevistas estruturadas, o autorrelato da ansiedade melhorou para os doentes que receberam massagem terapêutica.

Segundo González-Iglesias et al. (2009) e Ernst (2009) a massagem terapêutica nos pés tem efeitos benéficos nos casos de problemas circulatórios dos membros inferiores e a nível do abdómen e tórax, estimulando a circulação sanguínea e linfática dos membros inferiores, acalmando as pessoas em ansiedade e *stress*, minimizando a dor, a fadiga, as náuseas, a ansiedade, a depressão e o *stress*.

Por conseguinte, evidenciam-se os efeitos positivos da massagem terapêutica, apresentando melhorias nos níveis de saúde mental e uma conseqüente diminuição dos níveis de ansiedade para o grupo experimental.

A **depressão** é originária de um acumular de sintomas associados à perda de interesse e de prazer em executar quase todas as atividades e às alterações de humor. Ao analisar os resultados do presente estudo costatamos níveis médios de depressão na avaliação inicial de 54.43 para o grupo experimental e de 65.63 para o grupo de controlo.

Comprovamos que ambos os grupos estão ligeiramente acima dos valores intermédios da escala (50), o que contraria os resultados do estudo de Guadalupe (2008) que apresentou uma média de depressão, nos doentes oncológicos de 40.2. No estudo de Machado (2011) revelou que 60.0% os doentes mencionaram depressão grave, 20.0% depressão de nível moderado e 12.0% leve. No estudo de Costa (2015) 42,2% das pessoas referiram depressão leve, 26,5% depressão moderada e 31,3% depressão grave e verificaram a existência de um equilíbrio entre os homens (60,6%) e as mulheres (54,8%) que referiram depressão moderada ou grave.

Tal como acontece na ansiedade, Carvalho (2010) e Milhomens (2014) referem uma associação estatisticamente significativa entre a depressão e a dor ($p = 0.012$) ($p = 0.048$), em que os doentes com níveis de depressão mais elevados apresentam mais intensidade de dor. Rodrigues (2007) complementa referindo que as pessoas com dor tendem a apresentar níveis de depressão mais elevados ($p < 0.001$), apresentando valores de 54.5% para a depressão moderada, 20.5% para a depressão leve e 25% não apresentam depressão.

Tendo em conta a ideologia de Miovic e Block (2007) a depressão nos doentes com patologia oncológica detém níveis de baixa adesão terapêutica e, em consequência, do mesmo dá-se o recurso a internamentos de maior duração o que faz com que diminua a qualidade de vida nestes doentes.

Segundo Bottino et al. (2009) sentimentos de tristeza e de desespero são as principais causas à não adesão aos tratamentos estando estas diretamente relacionadas com o tumor e a sua localização, nível de dor, bem como com as suas capacidades funcionais e de suporte social. Em 2010 Jadon et al., relataram possíveis causas da depressão no doente oncológico como sendo: o diagnóstico, a duração do tratamento e os seus efeitos, bem como a perturbação da vida.

Um decréscimo da autoestima como consequência da ansiedade e da depressão geram sinais dúbios e de incapacidade (Carr et al., 2002). Os mesmos autores referem que isto está relacionado com as mudanças no corpo, eventual deformação ou até remoção na estrutura do mesmo, podendo gerar sentimentos de inferioridade e constrangimento, levando os doentes ao possível isolamento da sociedade e até da família.

Constatou-se que a dor está presente entre 14% a 100% dos doentes com patologia oncológica e que depende da doença no seu todo e da sua prevalência. Estudou-se que a dor e a depressão são sintomas subdiagnosticados, embora passíveis de serem tratados nos doentes com cancro. Ao longo do estudo apuramos que todo este conjunto de sintomas tem um efeito oposto no bem-estar do doente, bem como do seu estado funcional, fazendo

com que nos casos de cancro avançado surjam desejos de morte acelerada (Gripp et al., 2007).

O estudo de Lichtenstein et al. (2015), aquando da associação entre a depressão e o apoio social na tentativa de quantificar os níveis de depressão de doentes com cancro, revelou uma simetria em termos de depressão, validando que os níveis mais elevados se encontravam associadas ao sexo feminino, à baixa escolaridade, ao desemprego, a baixos níveis de apoio social e a altos níveis de desestabilização social. Constatou-se que no presente estudo esta simetria encontra-se exposta, uma vez que apresenta dados que consolidam esta ideologia, sendo que parte da amostra, para o grupo experimental, detinha apenas o 1.º ciclo do ensino básico ou nível inferior, apresentando dados na ordem dos 50% e para o grupo de controlo estes dados situavam-se na ordem dos 60%, o que comprova que estas características podem estar ligadas à média de depressão apresentada pelos doentes do presente estudo.

Os autores Ryff e Keyes (1995) constataram que a capacidade de controlo da envolvente, com base nos recursos e necessidades traduz-se em bem-estar, fazendo com que os doentes tenham mais confiança e satisfação, entrem numa fase de autoaceitação e de autonomia. Atitudes como a paciência, honestidade, comunicação e tolerância são alguns dos pontos a ter em conta aquando da prestação de cuidados por parte das equipas de enfermagem (Neeb, 2000).

Ao estudar os efeitos da massagem terapêutica nesta dimensão comprovou-se sinais de melhorias significativas ($p = 0.001$). Constatou-se o benefício da massagem terapêutica no grupo experimental pois os valores aumentaram de um valor médio de 54.43 para um valor de 65.63 na fase final.

No âmbito do grupo de controlo comprovou-se uma melhoria, embora não tão proporcional ao que apuramos no grupo experimental, sendo que a sua evolução fez com que os resultados variassem de $\bar{x} = 58.61$ para $\bar{x} = 60.00$, contudo não foi estatisticamente significativo ($p = 0.503$).

Este efeito foi corroborado nos estudos de Field (2000), Post-White et al. (2003) e Deng et al. (2005) em que referem uma redução significativa da depressão após a massagem terapêutica. Ahles et al. (1999) e Hernandez-Reif, Ironson et al. (2004), Cassileth et al. (2004) e Chang (2008) acrescentam que a massagem terapêutica tem efeito imediato na diminuição da depressão. Ahles et al. (1999) e de Soden et al. (2004) mencionam a inexistência de diferenças significativas da depressão a longo prazo.

Por sua vez Hernandez-Reif, Ironson et al. (2004) mencionam efeitos imediatos no humor deprimido ($p < 0.01$) e raiva ($p < 0.01$) e conforme os autores Post-White et al. (2003), Deng e Cassileth (2005) e Currin e Meister (2008) esta intervenção diminuiu a incidência de fadiga muscular ($p < 0.05$).

De acordo Cassileth e Young (2004) a massagem terapêutica promove o alívio sintomático e os efeitos colaterais, como por exemplo dor, ansiedade, depressão, *stress*, sono, anorexia, obstipação, edema, náuseas, fadiga, disfunção muscular, entre outras.

Assim, podemos constatar que a massagem terapêutica tem efeito benéfico na diminuição dos níveis médios da depressão no doente oncológico.

Segundo Cardoso et al. (2009) constatou-se no seu estudo, uma maior procura por parte dos doentes oncológicos, em se integrarem em atividades de relaxamento ou em grupos de autoajuda, pois são estes métodos psicológicos que acabam por promover a adaptação à situação de doença. É através destas estratégias de melhoria na doença que fazem com que o doente apresente um melhor **controlo emocional e comportamental**, bem como uma melhor evolução e capacidade de realização de atividades. Opostamente denotou-se que os doentes que se rendem à doença apresentam maior índice de desenvolvimento de perturbações do foro mental e comportamental.

Recorrendo à comparação dos níveis médios desta dimensão, no presente estudo, apurou-se que entre grupos e em termos de avaliação inicial o grupo experimental e de controlo apresentavam uma média na ordem dos 54.83 e 66.48 respetivamente. Podemos constatar que em ambos estão ligeiramente acima dos valores intermédios da escala (50), o que contraria os resultados do estudo de Guadalupe (2008) que apresentou uma média de ansiedade nos doentes oncológicos de 33.42.

Seguindo a ideologia de Kvale et al. (2007) denota-se que as perturbações negativas podem corromper o tratamento, originando pavor, angústia e pânico. São poucas as experiências que oferecem um impacto tão forte como a receção do diagnóstico de cancro no adulto, tendo em conta as ameaças, as decisões, os tratamentos e os desafios a ele associados, levando em consequência do mesmo a uma não adesão das recomendações de tratamento por parte dos doentes.

Tendo em conta que 56.2% dos doentes do grupo experimental e 46.6% dos doentes do grupo de controlo têm conhecimento do seu diagnóstico há menos de 5 anos, podemos constatar que estes níveis de perda de controlo emocional e comportamental podem ser explicados por Sousa (2014) que relata o nervosismo, a tristeza, o choro, a hostilidade, a euforia, a raiva, a auto compaixão, a culpa, a desesperança, o aborrecimento, o cansaço emocional, as perturbações no sono com presença de pesadelos, desejo da morte,

sensação de perda de controlo, sentimento de inutilidade, incompreensão, dificuldade em pensar, desinteresse, atenção centrada nos sintomas e doença, queixas, valorizações negativas atuais e da vida, crise de crenças, aflição, medo, desesperança, pensamentos catastróficos relacionados com ideias que desencadeiem o dramatismo e problemas de autoestima como alterações emocionais decorrentes da falta de controlo. Em contrapartida, Cardoso et al. (2009) complementam aquela informação com o estado de pânico e o isolamento.

Os mesmos autores citam que toda a envolvente está relacionada com a evolução da doença e que o seu tratamento gera, no doente, sentimentos de perda de controlo comprometendo a capacidade funcional, bem como o status social, a autoestima, a autovalorização e a autoimagem. Outros autores reforçam outras alterações emocionais como o *stress*, a confusão mental, a desorientação, a alucinação, o delírio, a demência, a agitação, o isolamento e o medo (Emanuel et al., 2002; Pereira, 2010; International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC), 2012).

Decorrente dos acontecimentos que acompanham estes doentes, ocorre a existência de emoções expressas tais como tristeza, raiva, culpa, injustiça, desespero, preocupação, medo, apatia, baixa autoestima, angústia, solidão, abandonado, pensamentos ruminativos na doença, derrota, ameaça, perda de interesse, incerteza (Sousa, 2014). Constatou-se que a família/cuidadores partilham algumas das emoções tais como sentimentos de culpa por sentirem incapacidade de lidar com a doença ou por se sentirem responsáveis da irritação e infelicidade do doente. Ao longo do estudo averiguamos que todos os diagnósticos, associado aos doentes oncológicos expressam um elevado risco de aumento de sintomas do foro psicológico (Mitchell et al., 2011).

Existe uma volatilidade associada aos sintomas psicológicos experimentados pelos doentes oncológicos. Há que haver uma melhor compreensão da história das alterações emocionais e comportamentais, dos fatores de risco e dos métodos envolvidos no processo de recuperação do doente, com o intuito de melhorar a eficiência das intervenções (Hui et al., 2013).

Em consequência da falta de controlo pode originar-se o declínio face à perceção da evolução da doença, bem como da sua gravidade e vulnerabilidade (Sousa, 2014). O uso de estratégias comportamentais visa a adaptação e depreciação das reações vivenciais tais como a agressividade, a minimização, a negação, o evitamento/denegação, a dependência, a resignação, a atuação e a focalização hipervigilante (Barbosa & Neto, 2006).

Ao estudar esta dimensão apuramos que os doentes do grupo experimental evidenciaram melhorias significativas ($p = 0.001$) através do aumento do valor médio de 54.83 para 66.48, apresentando uma variação na ordem 11.65. Segundo Fritz (2000) a massagem terapêutica melhora a influência na função mental mediante a conexão corporal/mente.

No que diz respeito ao grupo de controlo apuramos que os resultados foram inversos, deu-se uma diminuição de valores o que retrata um aumento da instabilidade no controlo emocional e comportamental, embora estas diferenças não fossem estatisticamente significativas. Nos parâmetros desta dimensão, o seu decréscimo fez com que os resultados variassem de $\bar{x} = 54.85$ na fase da avaliação inicial para $\bar{x} = 52.73$ na fase de avaliação final.

Podemos constatar que a massagem terapêutica tem efeito benéfico no controlo das perdas emocionais e comportamentais do doente oncológico.

O **bem-estar psicológico**, já anteriormente referido, integra o afeto positivo e os laços emocionais. Este associa-se de forma complementar ao prolongamento de vida, focando-se não só na longevidade mas também no modo de como será experienciado o fim-de-vida, tendo como principal foco e à luz da citação de Queirós (2013, p.116) “a busca do bem-estar é motor do desenvolvimento humano”. É impensável imaginar o real impacto das sequelas físicas, emocionais e estéticas que a doença provoca na vida do doente.

Para Meleis (2013) o bem-estar centraliza a missão de enfermagem, pois esta profissão é facilitadora de processos de transição e defende a existência de quatro tipos de transição, nomeadamente na transição de desenvolvimento durante o ciclo vital, transição das situacionais onde ocorre mudança de papéis em diversos contextos onde a pessoa está inserida, transição na saúde-doença onde existe alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica ou, de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar e transições organizacionais onde pode desencadear alterações em contexto social, político e económico.

O ICN (2016) conceptualiza o bem-estar como um autoconhecimento particular, em que a pessoa se percebe como bem, equilibrada e confortável. Estas características expressam-na abertura aos outros e na capacidade de relaxar ou de estar satisfeito.

O autor Queirós (2013) subdivide a sua visão sobre o bem-estar (BE) com base em vários autores onde expõe os seguintes pontos: social (Snyder & Lopes, 2007), físico (ICN, 2016), espiritual (Volcan et al., 2009), subjetivo (Galinha, 2008) e a felicidade e psicológico (Ryff & Keyes, 1995).

Tendo em conta a pretensão de felicidade, atualmente existe um modelo relacionado com o bem-estar que abrange a perspetiva hedónica que, segundo Novo (2003), está relacionada com a satisfação com a vida ou seja, bem-estar subjetivo e eudaimónica que se encontra associada com a dimensão emocional nomeadamente ao bem-estar psicológico (Diener et al., 2002).

Segundo autores como Diener et al. (2002), Galinha e Pais-Ribeiro (2005) e Galinha (2008) é de elevada complexidade o conceito atribuído ao bem-estar subjetivo (BES) uma vez que este é pluridimensional. Está sujeito ao ponto de vista do doente para com a vida, diretamente interligado a vertentes cognitivas/emocionais e com a origem dos seus domínios, por exemplo a afetividade.

Em termos espirituais esta dimensão revela a existência de uma relação entre o doente consigo mesmo, com os outros, com o ambiente, com algo ou com alguém que transcende o humano (Queirós, 2013). A espiritualidade é vista como um conjunto de princípios transcendentais à sua natureza biológica e psicossocial (ICN, 2015).

Recorrendo à análise dos dados quantitativos do presente estudo podemos constatar que, numa fase inicial, o grupo experimental e de controlo apresentavam uma média na ordem dos 39.73 e 51.70 respetivamente. Estes resultados não corroboram com o estudo de Guadalupe (2008), pois esta refere um valor médio para os doentes oncológicos de 52.75 nesta dimensão, nem com o estudo de Rosa (2014) que confirmou altos níveis de satisfação com a vida ($p = 0.049$) para os doentes que estão no ativo e uma associação entre a satisfação com a vida e com a autoestima ($r = 0.425$ e $p < 0.001$). Esta divergência de resultados pode ser devido à amostra do presente estudo ser maioritariamente reformada/inválida (50% para o grupo experimental e 46.7% para o grupo de controlo).

O estudo de Costa (2015) consolida os resultados, do presente estudo, ao mencionar que os doentes apresentam vários níveis de alteração do bem-estar, nomeadamente ligeiras (32,5%), moderadas (30,1%) e graves (37,3%). Contudo, os homens (75,6%) referiram maiores alterações na sensação de bem-estar (moderada ou grave) em relação às mulheres (59,5%).

Os fenómenos da autorrealização, da maturidade, do funcionamento total e do desenvolvimento humano, consolidaram o significado de bem-estar na vertente psicológica (Ryff et al., 1995). Constata-se então que o BEP é um constructo multidimensional, inclui a avaliação e as atitudes positivas com autoaceitação, a maturidade, o autoconhecimento, o desenvolvimento contínuo, o crescimento pessoal com a abertura e a finalização de desafios em todas as fases da vida, associados a toda evolução e objetivos traçados na vida.

Desta feita, Ryff et al.(1995) e Keyes et al. (1998) apuraram que estas dimensões espelham toda a vida socio relacional e pessoal tendo em conta o seu passado e as perspetivas futuras no âmbito da felicidade e satisfação com a vida. Neste ponto o BEP traduz-se numa avaliação em prol da satisfação com a vida, com a felicidade, com as emoções agradáveis, com os sentimentos de realização pessoal e profissional (Albuquerque et al., 2004).

Poder-se-á avaliar o bem-estar psicológico através dos resultados da saúde emocional que relata a imagem corporal, os índices de depressão, a esperança, a identidade, a solidão, o equilíbrio do humor, a auto estima a identidade sexual e a vontade de viver (Queirós, 2013).

Constata-se que o bem-estar psicológico e como menciona Huppert (2009) está relacionado com o sentimento sadio, funcionamento eficaz e com a vida.

Denotamos nesta dimensão que os doentes evidenciaram melhorias significativas no grupo experimental ($p < 0.001$). Em termos quantitativos na fase da avaliação inicial o valor médio, para o grupo experimental foi de 39.73 apresentando na fase de avaliação final 51.70, apresentando uma variação de 11.97.

O mesmo já não se verifica no grupo de controlo, uma vez que os resultados foram oposto, gerando um decréscimo nos valores, retratando um declínio em termos de bem-estar psicológico, sendo que o aquele originou que os resultados variassem de $\bar{x} = 44.95$ na fase da avaliação inicial para $\bar{x} = 41.71$ na fase de avaliação final, sendo esta diminuição de bem-estar estatisticamente significativa ($p = 0.004$).

Vários estudos confirmaram este efeito da massagem terapêutica no bem-estar, nomeadamente Ferrell-Torry et al (1993), Post-White et al. (2003) e Deng et al. (2005) referem diminuição dos sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória), indicando a ação relaxante da massagem terapêutica. Grealish et al. (2000) e Adams et al. (2010) complementam que esta intervenção aumenta, de imediato, o relaxamento, o bem-estar emocional e os padrões de sono.

Conforme Fritz (2000) a massagem terapêutica promove a drenagem linfática manual e tem uma ação calmante, promovendo segundo Veiga (2007) bem-estar total. Downen (2003) refere que com a ativação da circulação e o aumento do fluxo sanguíneo produz mais glóbulos vermelhos que aportam o oxigénio para os músculos, desencadeando uma sensação de bem-estar.

Para Munford (2010), a massagem terapêutica é uma forma complexa e agradável de promover uma experiência sensível, que consiste na arte do toque para estimular a pessoa de forma integral e Mandim (2011) complementa ao mencionar que esta intervenção aumenta o conforto, a sensação de bem-estar e relaxamento, proporcionando melhores

padrões de sono. Ainda Florentino (2012) refere que esta estimula os recetores sensoriais, desencadeando sensação de prazer e/ou bem-estar. Toth et al. (2013) reforça referindo que esta manobra estimula o sistema parassimpático, desencadeando um relaxamento generalizado em simultâneo com a ativação da circulação dos líquidos.

Tendo em conta o exposto sobre esta dimensão podemos constatar que a massagem terapêutica tem efeito benéfico na mesma de forma significativa.

A felicidade associa-se positivamente ao bem-estar subjetivo e este por sua vez relaciona-se com o **afetivo positiva**, negativo e a satisfação com a vida (Diener et al., 2009). Dá-se uma complementaridade desta ideologia por parte de outros autores quando referem que o BES é analisado numa base tridimensional, sendo os mesmos a satisfação com a vida, o afeto positivo e o negativo. Constata-se também que embora haja uma relação entre os mesmos estes divergem. Face ao exposto, para a existência de uma satisfação com a vida há que ter uma apreciação da vida em termos cognitivos positivos e as vivências e afetos emocionais sejam eles positivos/negativos que o doente tenha experienciado/sentido perante a doença. Constata-se que a esta apreciação assiste uma volatilidade que se adapta de acordo com o dia-a-dia da pessoa devendo existir um equilíbrio entre ambos (Diener et al., 2002; Hutz et al., 2014).

A diminuição dos comportamentos de saúde do doente e o conseqüente aumento dos efeitos colaterais dos tratamentos e tendo em conta o potencial dos estímulos provenientes das ameaças externas geram os afetos negativos (Primi, 2003), sendo que estes limitam as atividades do quotidiano dos doentes (Blasco et al., 2000). Noronha et al. (2015) dão a conhecer que doentes nesta fase experienciam tristeza, desânimo e preocupação, que por sua vez fazem com que os doentes experienciem uma visão realista da vida.

Recorrendo à análise estatística desta dimensão, podemos observar níveis médios de 35.45 para o grupo experimental e 48.98 para o grupo de controlo. No âmbito dos afetos positivos constatou-se ao longo do estudo que estes encontram-se associados a sentimento agradáveis gerando bons estados de humor, o que refletem ausência de sentimentos negativos. Dado isto, em termos complementares, os afetos positivos estimulam os pensamentos internos, bem como a assimilação dos eventos externos (Primi, 2003). Keyes (2005) acrescenta às emoções anteriormente mencionadas o bom humor, felicidade, tranquilidade, satisfação e realização. Segundo Zanon et al. (2013) o afeto positivo é um fator de proteção contra psicopatologias, tendo em conta que os mesmos percebem felicidade adquirindo assim emoções benéficas em relação à vida. Encontram-se associadas a estas afetividades os sucessos ao longo da vida, fazendo com que estes tenham a capacidade de adaptação social.

No estudo de Noronha et al. (2015) constatou-se uma correlação significativa entre extroversão e afetos positivos tendo em conta a intensidade das interações interpessoais. Embora não haja benefício associado ao otimismo irrealista, dado que se traduzem em comportamentos de saúde preventiva (Hevey et al., 2009). Sob o ponto de vista de Cassidy et al. (2008) outra associação do afeto positivo é o compromisso com o lazer, uma vez que é no tempo de lazer que a pessoa deve promover comportamentos agradáveis. Rosa (2014) complementa esta informação revelando que os doentes no seu estudo apresentaram associação entre idade com o otimismo ($r = -.292$ e $p < 0.001$) e com o pessimismo ($r = 0.251$; $p = 0.019$); Otimismo com a satisfação com a vida ($r = 0.453$ e $p < 0.001$) e com a autoestima ($r = 0.518$ e $p < 0.001$)

Diversos fatores intrínsecos, como a personalidade, o *locus* de controlo, as cognições, as emoções, as estratégias de *coping*, as crenças, a espiritualidade e certos fatores extrínsecos designadamente as condições económicas, as condições climatéricas, a qualidade dos relacionamentos estão diretamente interligados ao afeto positivo (Woyciekoski et al., 2012). A satisfação com a vida é uma constante em pessoas com *locus* de controlo interno e que testemunham emoções positivas devido à autoestima e adaptabilidade.

Ao analisar os efeitos da massagem terapêutica apurou-se a existência de efeitos benéficos desta massagem, no grupo experimental, pois gerou-se um acréscimo em termos de valor médio em 13.53, apresentando na fase da avaliação final valores na ordem de 48.98, retratando assim uma melhoria significativa ($p < 0.001$). O mesmo não se constatou para o grupo de controlo onde apuramos que o resultado foi inversamente positivo em termos comparativos com o experimental, este sofreu uma alteração de $\bar{x} = 41.94$ para $\bar{x} = 39.15$, refletindo-se num aumento dos seus níveis médios de afeto positivo nesta dimensão e de forma significativa ($p = 0.011$).

De acordo com Damásio (2000) a variação psíquica e física é consequência da emoção como resposta a um estímulo, contribuindo a emoção para avaliar a envolvente onde estamos inseridos a nossa capacidade de adaptação e reativa. Complementarmente Twain (2010) cita que estas atitudes relacionam-se e direcionam-se a alguém ou alguma coisa ou alguma situação promove **laços emocionais**.

Arriaga e Almeida (2010) evidenciaram que as emoções tanto podem se repercutir positiva ou negativamente, tendo em conta o seu direcionamento pode manifestar-se aquando do confronto com a situação de múltiplas maneiras. Estas manifestações podem ser retratadas através de comportamentos expressivos com recurso à linguagem verbal e não-verbal, às alterações fisiológicas e neurológicas.

As características emocionais associadas à nossa capacidade reativa são dependentes de um acontecimento externo e inesperado e emergem através de alterações fisiológicas e de comportamentos expressivos, expressando-se mediante respostas negativas ou positivas, com especial *focus* no que realmente é importante para a vida e para o momento (Espinoza, 2004).

Recorrendo à análise estatística desta dimensão, podemos observar níveis médios de 55.43 para o grupo experimental e 56.00 para o grupo de controlo. Fischer e Manstead (2008) caracterizam a emoção como uma sensação reguladora e modeladora no comportamento inter-relacional com outras pessoas ou grupos, por questões de segurança e adaptabilidade e através dos comportamentos expressos nos casos em que há perigo. De acordo com Ekman (2011) constatou-se que em termos interpessoais são as emoções que estabelecem o bem-estar dos doentes e estão interligadas ao relacionamento interpessoal durante a atividade laboral, na família e na comunidade.

Podem-se gerar emoções de índole positivo ou negativo de longa ou curta duração, de intensidade intensa ou moderada, sendo passíveis de ser de origem primária ou secundária (Werner et al., 2010). Em forma adicional foi constatado que a emoção não é mais do que uma resposta automática aos estímulos, intensa e repentina, inconsciente/consciente, tendo em conta a sua capacidade de adaptação (Magalhães, 2013a)

A manutenção das relações socio-relacionais entre si e os indivíduos que lhe rodeiam é de extrema relevância, pois estas têm que possuir uma capacidade de regulação emocional com o intuito de obter o bem-estar e a felicidade (Hilt et al., 2011).

Para que haja um controlo dos laços emocionais deve existir a regulação das emoções, caso contrário, podem-se desencadear emoções negativas o que faz gerar um desequilíbrio entre o seu Eu e as suas relações. A regulação das emoções por forma a não a eliminar as emoções negativas sentidas, vendo-as como reações impulsionadoras na regulamentação das emoções, capacitando-as de geri-las com o intuito de manter o bem-estar em termos pessoais e uma boa capacidade relacional de foro familiar e social (Bermejo, 2005).

O objetivo da teoria da vinculação é o de compreender as relações interpessoais que se vão estabelecendo ao longo da vida, onde desde a infância há uma projeção em termos de desenvolvimento psicológico da pessoa (Bowlby, 1988). As experiências vivenciadas e memórias de apoio e conforto integram-se nas relações positivas proporcionando sensações de bem-estar emocional associado a vínculos e laços afetivos emocionalmente seguros (Soares, 2007).

Com a capacidade de regulação emocional gera-se um equilíbrio da manutenção relacional, sendo que o vínculo desta deve ser seguro com o objetivo de criar uma maior capacidade de confronto no âmbito das situações e de desenvolvimento de estratégias na regulação emocional com representações mentais e ajustamento pessoal (Cassidy, 2008).

Ao estudar esta dimensão denotamos a existência de melhorias significativas ($p = 0.004$) por parte dos doentes integrados no grupo experimental, tendo em conta que em termos quantitativos, fizeram-se sentir positivamente os efeitos da massagem terapêutica representando em termos estatísticos uma melhoria de saúde mental associada aos laços emocionais. Constata-se que fase da avaliação inicial o valor médio era de $\bar{x} = 55.43$ apresentando uma evolução para um valor médio na fase de avaliação final na ordem de 61.67, evidenciando uma variação positiva na ordem de 6.24.

Em contrapartida, apuramos que para o grupo de controlo deu-se um decréscimo significativo ($p = 0.024$), o que em termos de valores estatísticos retrata um declínio em termos de saúde mental, associada aos laços afetivos, na ordem de $\bar{x} = 56.00$ na fase da avaliação inicial para $\bar{x} = 51.11$ na fase de avaliação final.

Manter ou melhorar a saúde **mental global** no nosso quotidiano não é fácil, uma vez que esta transcende a ausência de doença física, elevando a sua abrangência ao foro mental. Keyes (2002) relata que a saúde mental saudável reflete-se positivamente em aspetos como sentimentos positivos de bem-estar de índole emocional e espiritual onde haja a presença de valores como a cultura, a equidade, a justiça social, as interconexões e a dignidade.

Através de uma análise aos pontos fortes e fracos da saúde mental constata-se que uma pessoa com atitude positiva, embora consciente dos seus limites, deverá adotar os seis indicadores de saúde mental, que são: a identidade, a capacidade de crescimento/desenvolvimento, a capacidade de realização pessoal, a capacidade de integração/autonomia, a perceção da realidade e o domínio do ambiente (Towsend, 2002).

A doença mental detém uma conotação negativa, dado que, no seu âmago, aborda os problemas associados às habilidades cognitivas e socio-emocionais das pessoas, abarcando tanto estes problemas como as doenças de foro mental.

Ao longo do nosso estudo podemos constatar múltiplas doenças do foro mental, nomeadamente a depressão, as alterações de humor, a ansiedade, a bipolaridade, os distúrbios psicóticos e alimentares e os transtornos de personalidade. Desta forma, Keyes et al. (2010) demonstram que os problemas do foro mental interferem diretamente com as capacidades cognitivas e socio-emocionais, bem como nas habilidades dos doentes.

É imperativo que se avalie sistematicamente a variável da saúde mental, aquando da prestação diária de cuidados aos doentes com patologia oncológica, sendo que, e em consequência do mesmo, dá-se a necessidade de identificar antecipadamente o *distress*, compreender a sua proveniência e quais os fatores que serão influenciados pela mesma, por forma a apurarmos se aquela ansiedade é ou não prejudicial à saúde (Bainbridge et al., 2011; Kolva et al., 2011; Traeger et al., 2012).

Ao analisar quantitativamente a dimensão da saúde mental global e o efeito da massagem terapêutica nos doentes oncológicos apuramos que os resultados evidenciaram sinais de evolução positiva, melhorando assim os índices de saúde mental e consequente melhoria nos doentes. Comprovamos que esta intervenção, no grupo experimental, fez com que aumentasse os níveis de saúde mental, sendo que numa fase inicial o grupo experimental apresentava valores de avaliação na ordem de $\bar{x} = 47.87$ e que em fase posterior à aplicação da massagem terapêutica fez com que o valor médio da saúde global ascendesse a um valor médio de 60.61, o que traduz claramente uma melhoria em termos de saúde mental, fazendo com que esta variasse positivamente na ordem de $\bar{x} = 12.74$, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0.001$).

Se formos a analisar os dados do grupo de controlo, e em consonância do que se tem vindo a demonstrar ao longo deste estudo, constatamos que o resultado foi inversamente positivo, ou seja, verifica-se que este grupo sofreu uma diminuição dos níveis de saúde mental global, apresentando valores numa fase inicial na ordem de $\bar{x} = 51.56$, regredindo na fase da avaliação final para valores na ordem de $\bar{x} = 50.14$, o que consequentemente representa um declínio em termos de saúde mental global. Este decréscimo dos níveis de saúde mental no grupo de controlo foi estatisticamente significativo ($p = 0.027$).

Da análise comparativa das medidas de tendência central, é importante salientar que as diferenças significativas ocorreram com variações de sentidos opostos, ou seja, enquanto no grupo experimental as diferenças são consequência da melhoria na saúde mental, no grupo de controlo essas diferenças correspondem a um agravamento daquela. Comprovamos que a massagem terapêutica melhora a saúde mental dos doentes oncológicos a nível de saúde mental global, bem como em todas as suas dimensões da escala, nomeadamente no *distress* psicológico (ansiedade, depressão e perda de controlo emocional/comportamental) e no bem-estar psicológico (afeto positivo e laços emocionais).

CONCLUSÃO

Com este trabalho pretendia-se verificar se a massagem terapêutica tinha efeitos na dor, no sofrimento e na saúde mental no doente oncológico, em regime de ambulatório, e para tal realizou-se um estudo de investigação baseado no método científico quase-experimental. Foram estabelecidos dois grupos independentes, denominados de grupo experimental, em que foi aplicada a intervenção de enfermagem massagem terapêutica e o de controlo em quem não foi submetido a esta aplicação. Foram avaliadas as variáveis dor, sofrimento e saúde mental em dois momentos, nomeadamente num momento inicial da colheita de dados e após as 4 semanas da realização do primeiro questionário. A colheita de dados foi possível através de um instrumento de pesquisa com duas partes, a primeira que pretendia avaliar os dados biográficos dos participantes e a segunda parte constava nos três instrumentos de colheita de dados que permitiram avaliar as variáveis em estudo.

A metodologia descrita acima permitiu obter resultados que comprovaram o efeito benéfico da massagem terapêutica no doente oncológico em todas as variáveis estudadas no grupo experimental em relação ao grupo de controlo. Nomeadamente na dor, podemos constatar melhoria significativa na dimensão da intensidade da dor ($p < 0.001$) e da interferência da dor ($p < 0.001$). No sofrimento constatamos benefício na dimensão psicológica ($p < 0.001$), no físico ($p = 0.001$), no existencial ($p < 0.001$), no socio relacional ($p = 0.005$) e no sofrimento global ($p < 0.001$). No que concerne à saúde mental evidenciamos melhorias significativas ($p < 0.001$) na ansiedade, na depressão, nas perdas de controlo emocional, no afeto positivo, nos laços emocionais, no *distress* psicológico e no bem-estar psicológico. Não se observou diferenças significativas nas dimensões da existência e alívio da dor, e apenas na dimensão das experiências positivas do sofrimento o grupo de controlo apresentou diferenças significativas $p = 0.042$.

Desta forma, como é possível depreender os objetivos inicialmente delineados, para responder à questão inicial e central “Qual o efeito da Massagem Terapêutica na dor crónica, no sofrimento e na saúde mental no doente oncológico?” foram avaliados positivamente na sua globalidade.

Os resultados encontrados podem contribuir para alicerçar de forma estruturada o papel do enfermeiro, e desenvolver estratégias de prevenção, e minimização da dor, do sofrimento e da saúde mental no doente oncológico. Tendo em conta que os resultados revelam dor, sofrimento e alterações na saúde mental no doente oncológico, também exigem a necessidade de melhorias de intervenção no âmbito organizacional.

Estes resultados apesar de, alguns, serem corroborados por estudos antecedentes, podem ser de difícil análise e interpretação, uma vez que, muitos dos trabalhos existentes sobre os efeitos da massagem terapêutica no doente oncológico não são da população Portuguesa e os trabalhos de investigação atuais em Portugal são escassos, acrescentando também a inexistência de trabalhos com esta temática, até à data, na RAM. Do mesmo modo não encontramos nenhum estudo que relacionasse a massagem terapêutica e o sofrimento do doente, dificultando assim a discussão dos resultados.

Depois da análise dos resultados e durante toda a realização do trabalho surgem sugestões com alternativas e rumos diferentes que, certamente, também produziriam dados merecedores de análise, que são:

- Elaborar um estudo com o mesmo desenho e com a avaliação das mesmas variáveis, mas com avaliação longitudinal, em que se calculava, não só a curto prazo, mas também a longo prazo o efeito da massagem terapêutica;
- Aprofundar o efeito da massagem terapêutica nas implicações funcionais no doente oncológico, nomeadamente no sono, na anorexia, na fadiga, na capacidade funcional, entre outras alterações funcionais supramencionadas.

Ao longo deste trabalho fomos vivenciando e tomando consciência de algumas limitações, nomeadamente a escolha e a dimensão da amostra, relacionada com as dificuldades de seleção dos doentes com os critérios pré-estabelecidos, bem como a sua adesão, a escassa formação dos enfermeiros na área da massagem terapêutica, pelo que houve necessidade de homogeneizar a técnica e, conseqüentemente, o protocolo. Outra limitação são as referências bibliográficas que são escassas e as que existem não são recentes.

Consideramos que, com este estudo, surge uma marcante investigação na área da saúde, uma vez que, embora saibamos que a massagem terapêutica é uma intervenção de enfermagem e é um tratamento não farmacológico para alívio da dor, também estamos cientes de que não é atualmente inserida na prática dos cuidados. Assim sendo, para além de termos contribuído para um conhecimento científico mais sustentado nesta temática, achamos pertinente fomentar a intervenção massagem terapêutica e, conseqüentemente otimizar a prática de cuidados, qualidade e, melhoria contínua.

Com a contribuição e divulgação deste estudo, consideramos ser um fator importante em políticas de saúde, podendo impulsionar e motivar a implementação desta intervenção nas diferentes áreas de cuidados, como seja, a nível hospitalar e comunitário. Sugere-se a adoção de consultas abertas à comunidade da RAM, como já ocorre em Coimbra com os doentes oncológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abdi, W., Amathieu, R., Adhoum, A., Poncelet, C., Slavov, V., Kamoun, W., . . . Dhonneur, G. (2010). Sparing the larynx during gynaecological laparoscopy: a randomized trial comparing the LMA supreme Tm and the ETT. *Acta Anaesthesiologica Scandinavia*, 54(2), 141-6.
- Adams, R., White, B., & Beckett, C. (2010). The effects of massage therapy on pain management in the acute care setting. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*, 3(1), 4-11.
- Adib-Hajbaghery, M., Abasi, A., Rajabi-Beheshtabad, R., & Azizi-Fini, I. (2012). The Effects of Massage Therapy by the Patient's Relative on Vital Signs of Males Admitted in Critical Care Unite. *Nursing and Midwifery Studies*, 1(1), 16-21.
- Ahles, T., Tope, D., Pinkson, B., Walch, S., Hann, D., Whedon, M., . . . Silberfarb, P. (1999). Massage therapy for patients undergoing autologous bone marrow transplantation. *Journal of pain & Sympton Management*, 18(3), 157-63.
- Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T., & Furukawa, T. (2008). Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16(2).
- Albuquerque, A., & Tróccoli, B. (2004). Desenvolvimento de uma Escala de Bem-estar Subjectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-64.
- Alicikus, Z., Gorken, I., Sen, R., Kentli, S., Kinay, M., Alanyali, H., & Harmancioglu, O. (2009). Psychosexual and body image aspects of quality of life in turkish breast cancer patients: a comparison of breast conserving treatment and mastectomy. *Tumori*, 95, 212-8.
- Almeida, A. (2015). *Experiência Subjetiva de Sofrimento na Doença e Sintomatologia Psicopatológica em Doentes Oncológicos* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Almeida, M., & Duarte, S. (2000). Massagem dorsal de bem-estar e de conforto. *Referência*, 5(1), 75-8.
- Alves, M., Jardim, M., & Freitas, O. (2012). Sofrimento do doente oncológico. *Referência*, 3(8), 115-24.
- American Cancer Society. (2011). *Global Cancer: facts & figures* (2ª ed.). Atlanta: American Cancer Society.

- American Psychiatric Association. (2005). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV* (5ª ed.). São Paulo: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5* (5ª ed.). São Paulo: Artmed.
- Anandarajah, G., & Hight, E. (2001). Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE questions as a practical tool for Spiritual Assessment. *American Family Physician*, 63(1), 81-8.
- Andar, D., Waters, R., Hibberd, C., Rush, R., Cargill, A., Wall, L., . . . Sharp, M. (2007). Fatigue clinically excellent in cancer patients: the cancer study symptom Edimburg Center. *Annals of Oncology*, 18(11), 1861-9.
- Anderson, P., & Cutshall, S. (2007). Massage therapy: a comfort intervention for cardiac surgery patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(3), 161-5.
- Andrews, G., Anderson, T., & Slade, T. (2008). Classification of Anxiety and Depressive disorders: problems and solutions. *Official Journal of ADAA*, 25(4), 274-81.
- Arriaga, P., & Almeida, P. (2010). Fábrica de emoções: a eficácia da exposição a excertos de filmes na indução de emoções. *Laboratório de Psicologia*, 8(1), 63-80.
- Asghari, A., & Nicholas, M. (2001). Pain self-efficacy and pain behaviour. A prospective study. *Pain*, 94, 85-100.
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (1991). *Estatutos da APED*. Porto.
- Azevedo, L., Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., . . . Castro-Lopes, J. (2007). Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreio e Avaliação do Impacto da Dor Crónica. *Dor*, 15, 6-56.
- Backonja, M., & Woolf, C. (2010). Future directions in neuropathic pain therapy: closing the translational loop. *Oncologist*, 15(2), 24-9.
- Bainbridge, D., Seow, H., Sussman, J., Pond, G., Martelli-Reid, L., Herbert, C., & Evans, W. (2011). Multidisciplinary health care professionals' perceptions of the use and utility of a symptom assessment system for oncology patients. *Journal of Oncology Practice*, 7(1), 19-23.
- Bair, M., Robinson, R., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity. *Archives of Internal Medicine*, 163(10), 2433-45.
- Ballantyne, J., & LaForge, K. (2007). Opioid dependence and addiction during opioid treatment of chronic pain. *Pain*, 129(3), 235-55.

- Baptista, C. (2014). *O impacto dos factores de risco social na dor oncológica* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Barbosa, A. (2010). Espiritualidade. In A. Barbosa, & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 595-659). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2006). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Barreto, P., Lapeyre-Mestre, M., Vellas, B., & Rolland, Y. (2013). Potential Underuse of analgesics for recognized pain in nursing home residents with dementia: a cross-sectional study. *Pain*, 154(11), 2427-31.
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da dor: Manual de estudo - Versão 1*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Béfécadu, E. (1993). La souffrance: clarification conceptuelle. *Revue Canadienne de Recherche en Sciences Infirmières*, 25(1), 7-21.
- Beng, T., Guan, N., Seang, L., Pathmawathi, S., Ming, M., Jane, L., . . . Loong, L. (2014). The experiences of suffering of palliative care patients in Malaysia: a thematic analysis. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 31(1), 45-56.
- Bermejo, J. (2005). *Inteligencia emocional. La sabiduría del corazón en la salud y en la acción social* (5ª ed.). Madrid: Sal Terrae.
- Bertisch, S., Wee, C., & McCarthy, E. (2008). Use of complementary and alternative therapies by overweight and obese adults. *Obesity*, 16(7), 1610-5.
- Billhult, A., Bergbom, I., & Stener-Victorin, E. (2007). Massage relieves nausea in women with breast cancer who are undergoing chemotherapy. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(1), 53-7.
- Blasco, T., Pallarés, C., Alonso, C., & Lóspéz, J. (2000). The role of anxiety and adaptation to illness in the intensity of postchemotherapy nausea in cancer patients. *Spanish Journal of Psychology*, 3(1), 47-52.
- Bottino, S., Fráguas, R., & Gattaz, W. (2009). Depressão e câncer. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(3), 109-15.
- Bower, J., Ganz, P., Desmond, K., Rowland, J., Meyerowitz, B., & Belin, T. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: Occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 18(4), 743-53.

- Bowlby, J. (1988). *A secure-base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Boyd, C., Crawford, C., Paat, C., Price, A., Xenakis, L., & Zhang, W. (2016). The Impact of Massage Therapy on Function in Pain Populations-A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials: Part II, Cancer Pain Populations. *Pain Medicine*, 17(8), 1553-68.
- Breitbart, W., & Alici, Y. (2010). Fatigue. In J. Holland, W. Breitbart, P. Jacobsen, M. Lederberg, M. Loscalzo, & R. Mccorkie, *Psycho-Oncology* (pp. 336-244). New York: Oxford University Press.
- Brevik, H., Borchgrevink, P., Allen, S., Rosseland, L., Romundstad, L., Hals, E., . . . Stubhaug, A. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*, 101(1), 17-24.
- Bultz, B., & Carlson, L. (2006). Emotional distress: the sixth vital sign-future directions in cancer care. *Psychooncology*, 15(2), 93-5.
- Bultz, B., & Johansen, C. (2011). Screening for Distress, the 6th Vital Sign: where are we, and where are we going? *Psycho-Oncology*, 20, 569-71.
- Byar, K. (2006). Impact of adjuvant breast cancer chemotherapy on fatigue, other symptoms, and quality of life. *Oncology nursing forum*, 33(1), 18-26.
- Cadete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital*. Loures: Lusociência.
- Caldeira, S., Carvalho, E., & Vieira, M. (2014). Entre o bem-estar espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, 22(1), 1-7.
- Cambron, J., Dexheimer, J., & Coe, P. (2006). Changes in blood pressure after various forms of therapeutic massage: a preliminary study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(1), 65-70.
- Cameron, L., Booth, R., Schlatter, M., Ziginiskas, D., & Harman, J. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*, 16(3), 171-80.
- Canobbio, M. (2006). *Mosby's handbook of patient teaching*. St Louis: Osby Elsevier.
- Capela, R., & Apóstolo, J. (2012). O sofrimento do doente oncológico em cuidados paliativos. *Onco.news*, 21(1), 41-8.

- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 6(2), 8-18.
- Carlson, L., Groff, S., Maciejewski, O., & Bultz, B. (2010). Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: a randomized controlled trial. *Journal Clinical of Oncology*, 28(33), 4884-91.
- Carlson, L., Waller, A., Groff, S., & Bultz, B. (2013). Screening for distress, the sixth vital sign, in lung cancer patients: effects on pain, fatigue, and common problems-secondary outcomes of a randomized controlled trial. *Psychooncology*, 22(8), 1880-8.
- Carqueja, E. (2009). A prática religiosa e a percepção do sofrimento: Um estudo em doentes com cancro e em doentes com dor crónica. *Cadernos de Saúde*, 2(1), 7-40.
- Carr, D., Goudas, L., Lawrence, D., Pirl, W., Lau, J., DeVine, D., . . . Miller, K. (2002). *Management of Cancer Symptoms: Pain, Depression, and Fatigue : Summary*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Carvalho, S. (2010). *Intensidade da dor, níveis de ansiedade e de depressão em doentes oncológicos* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto
- Carvalho, S. (2015). *Sofrimento e Coping na Doença Oncológica*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga, Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais, Braga.
- Cascais, A., Martini, J., & Almeida, P. (2008). Representações Sociais da Pessoa Estomizada sobre o Cancer. *Revista Enfermagem*, 16(4), 495-500.
- Cassar, M. (2001). *Manual de Massagem Terapêutica: Um guia completo de massoterapia para o estudante e para o terapeuta*. Barsil: Manole.
- Cassidy, J. (2008). The Nature of the Child's Ties. In J. Cassidy, & P. Shaver, *Handbook of Attachment* (2ª ed., pp. 3-22). New York: The Guildford Press.
- Cassidy, J., & Shaver, P. (2008). *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (2ª ed.). New York: The Guilford Press.
- Cassileth, B., & Vickers, A. (2004). Massage therapy for symptom control: Outcome study at a major cancer center. *Journal of Pain and Sympton Management*, 28(3), 244-9.
- Cella, D., Davis, K., Breitbart, W., Curt, G., & Coalition, F. (2001). Cancer-related fatigue: Prevalence of proposed diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 19(14), 3385-91.

- Cerqueira, M. (2010). *A pessoa em fim de vida e família : o processo de cuidados face ao sofrimento* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Chang, S. (2008). Effects of aroma hand massage on pain, state anxiety and depression in hospice patients with terminal cancer. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 38(4), 493-502.
- Cherny, N., Coyle, N., & Foley, K. (1994). Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy. *Journal of Palliative Care*, 10(2), 57-70.
- Chochinov, H. (2006). Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 56(2), 84-103.
- Chochinov, H., Hassard, T., & McClement, S. (2009). The landscape of distress in the terminally ill. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(5), 641-9.
- Chow, S., Chow, R., Lam, M., Rowbotton, L., Hollenberg, D., Friesen, E., . . . Hermann, N. (2016). Pain Assessment Tools for Older Adults With Dementia in Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. *Neurodegenerative Disease Management*, 6(6), 525-38.
- Chua, A., DeSantis, S., & Fingeret, M. (2015). Body image investment in breast cancer patients undergoing reconstruction: taking a closer look at the Appearance Schemas Inventory-Revised. *Bogy image*, 13, 33-7.
- Cleeland , C., Farrar , J., & Hausheer, F. (2010). Assessment of cancer-related neuropathy and neuropathic pain. *Oncologist*, 15(2), 13-8.
- Conceição, A. (2012). *Avaliação psicológica em dor crónica: desenvolvimento de um instrumento de triagem para a consulta de dor crónica no Hospital Santo Antonio dos Capuchos - CHLC* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, B. (2015). *Padrão Emocional da Pessoa em Situação Paliativa* (Dissertação de Mestrado não publicada) . Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.
- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., & Cordeiro, S. (2005). *Cancro e a Qualidade de Vida*. Lisboa.
- Costa, L., Maher, C., McAuley, J., Hancock, M., & Smeets, R. (2011). Self-efficacy is more important than fear of movement in mediating. *European Journal of Pain*, 15, 213-9.

- Craske, M., Rauch, S., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D., & Zinbarg, R. (2009). What Is an Anxiety Disorder? *Depress Anxiety*, 26(12), 1066-85.
- Currin, J., & Meister, E. (2008). A hospital-based intervention using massage to reduce distress among oncology patients. *Cancer Nursing*, 31(3), pp. 214-21.
- Curt, G., Breitbart, W., Cella, D., Groopman, J., Horning, S., Itri, L., . . . Vogelzang, N. (2000). Impact os cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. *Oncologist*, 5(5), 353-60.
- Dalton, w., Kolshus, E., & McLoughlin, D. (2014). Epigenetics and depression: return of the repressed. *Journal of Affective Disorders*, 155, 1-12.
- Damásio, A. (2000). *O Sentimento de Si. O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. Portugal: Europa-América.
- Daneault, S., Lussier, V., Mongeau, S., Paillé, P., Hudon, E., Dion, D., & Yelle, L. (2004). The nature of suffering and its relief in the terminally ill: a qualitative study. *Journal of Palliative Care*, 20(1), 7-11.
- Deci, E., & Ryan, R. (2006). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11.
- Deng, G., & Cassileth, B. (2005). Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55(2), 109-16.
- Deng, G., Cassileth, B., & Yeung, K. (2004). Complementary therapies for cancer-related symptoms. *Journal of Supportive Oncology*, 2(5), 419-26.
- DeSantis, C., Bryan, L., & Jemal, A. (2014). Breast cancer statistics, 2013. *Cancer Journal of Clinicians*, 64(1), 52-62.
- Dias, H. (2000). *Cuidados Paliativos*. Coimbra: FORMASAU.
- Dias, M. (2001). Cancro da Mama : A (contra) informação dos Mass Média ? In Climepsi, *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 51-73). Lisboa: Climepsi.
- Dias, M., & Durá, E. (2014). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.
- Diener, E., Lucas, R., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. Snyder, & S. Lopez, *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Diener, E., Scollon, C., & Lucas, R. (2009). The evolving concept of subjective well-being: The Multifaceted Natura of Hapiness. *Advances in Cell Aging Gerontology*, 15, 187-219.

- DiMatteo, R., Lepper, H., & Croghan, T. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101-7.
- Dinis, A. (2008). A Relação terapêutica. *Pessoas & Sintomas*, 5(3).
- Direção Geral da Saúde. (2001). *Plano Nacional da Luta Contra a Dor*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (12 de junho de 2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2016). *Portugal - Doenças Oncológicas em Números - 2015: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Portugal Doenças Oncológicas em números – 2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Domenico, G., & Wood, E. (1998). *Técnicas de massagem de Beard* (4ª ed.). São Paulo: Manole.
- Downen, B. (2003). *Massagem: Terapia de contacto para relaxamento*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Downey, L., Diehr, P., Standish, L., Patrick, D., Fisher, D., Congdon, S., & Lafferty, W. (2009). Might massage or guided meditation "mean to a better end"? Primary outcomes from an efficacy trial with patients at the end of life. *Journal of Palliative Care*, 25(2), 100-8.
- Drageset, S., & Lindstrom, T. (2005). Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 217-26.
- Duggleby, W., Williams, A., Popkin, D., & Holtslander, L. (2007). Living with Hope: Initial Evaluation of a Psychosocial Hope Intervention for Older Palliative Home Care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(3), 247-57.
- Dunn, E., Uddin, M., Subremanian, S., Smoller, J., Galea, S., & Koenen, K. (2011). Research review: gene-environment interaction research in youth depression - a systematic review with recommendations for future research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 12, 1223-38.
- Dunn, J. (2004). Annotation: children's relationships with their non-resident fathers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 659-71.

- Edelen, M., & Saliba, D. (2010). Correspondence of verbal descriptor and numeric rating scales for pain intensity: an item response theory calibration. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 65(7), 778-85.
- Eizirik, C., Kapczinski, F., & Bassols, A. (2001). *O Ciclo da Vida Humana: Uma Perspectiva Psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed.
- Ekman, P. (2011). *A linguagem das emoções*. São Paulo: Lua de Papel.
- Ellis, J., Cobb, M., O'Connor, T., Dunn, L., Irving, G., & Lloyd-Williams, M. (2015). The meaning of suffering in patients with advanced progressive cancer. *Chronic Illness*, 11(3), 198-209.
- Emanuel, L., Ferris, F., & Von Gunten, C. (1999). EPEC. Education for Physicians on End-of-Life Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 19(1), 17-8.
- Emanuel, L., Ferris, F., & von Gunten, C. (2002). EPEC. Education for Physicians on End-of-Life Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 19(1), 17-8.
- Ernst, E. (2009). Massage therapy for cancer palliation and supportive care: a systematic review of randomised clinical trials. *Supportive Care Cancer*, 17(4), 333-7.
- Espinoza, F. (2004). *O impacto de experiências emocionais na atitude e intenção de comportamento do consumidor* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande Sul, Porto Alegre.
- Everdingen, M., Rijke, R., Kessels, A., Schouten, H., Van Kleef, M., & Patijn, J. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology*, 18(9), 1437-49.
- Falkensteiner, M., Mantovan, F., Müller, I., & Them, C. (2011). The Use of Massage Therapy for Reducing Pain, Anxiety, and Depression in Oncological Palliative Care Patients: A Narrative Review of the Literature. *International Scholarly Research Network Nursing*, 1-8.
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V., & Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer*, 84(8), 1011-5.
- Farrar, J., Young, J., LaMoreaux, L., Werth, J., & Poole, R. (2001). Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain*, 94, 149-58.

- Fattah, M., & Hamdy, B. (2011). Pulmonary functions of children with asthma improve following massage therapy. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(11), 1065-8.
- Fecho, K., Miller, N., Merritt, S., Klauber-Demore, N., Hultman, C., & Blau, W. (2009). Acute and persistent postoperative pain after breast surgery. *Pain Medicine*, 10(4), 708-15.
- Feltman, J. (1995). *Prevention Magazine's Hands-On Healing: Message Remedies for Hundreds of Health Problems*. Random House.
- Fernandes, E. (2010). *Competências em educação para a saúde*. Lisboa: Dissertação de mestrado, não publicada da Faculdade de Motricidade Humana: Universidade Técnica de Lisboa.
- Ferreira, A., & Lauretti, G. (2007). Estudo dos efeitos da massoterapia no alívio da dor e na melhoria da qualidade de vida em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. *Revista Dor*, 8(2), 983-93.
- Ferreira-Valente, M., Pais-Ribeiro, J., & Jensen, M. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, 152(10), 2399-404.
- Ferrell, B. (2004). The management of pain in long-term care. *The Clinical Journal of Pain*, 20(4), 240-3.
- Ferrell-Torry, A., & Glick, O. (1993). The use of therapeutic massage as a nursing intervention to modify anxiety and the perception of cancer pain. *Cancer Nursing*, 16(2), pp. 93-101.
- Field, T. (2016). Massage Therapy research review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, 19-61.
- Fischer, A., & Manstead, A. (2008). Social functions of emotion. In M. Lewis, M. Haviland-jones, L. Barrett, & L. Barrett, *handbooks emotions* (3^a ed.). New York: Guilford.
- Fisher, J. (2010). Helps to fostering students' spiritual health. *International Journal of Children's Spirituality*, 4(1), 29-49.
- Fleming, M. (2002). Dor mental: Um Para Além do Representável. *Revista Portuguesa Psicanálise*, 23, 123-32.
- Florentino, D., Sousa, F., Maiworn, A., Carvalho, A., & Silva, K. (2012). A Fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. *REvista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11(2), 50-7.
- Floriani, C., & Schramm, F. (2008). Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 13(2), 2123-32.

- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fraser, J., & Ross, J. (2008). Psychosociological effects of back massage on elderly institutionalised patients. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 238-45.
- Fredrickson, B. (2013). Positive emotions broaden and build. In A. Plant, & P. Devine, *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 1-53). Burlington: Academic Press.
- Fritz, S. (2000). *Fundamentos da Massagem Terapêutica*. São Paulo: Manole.
- Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjectivo: Factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologiam Saúde & Doença*, 6(2), 203-14.
- Gameiro, M. (1999). *Sufrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gameiro, M. (2000). IESSD: um instrumento para a abordagem do sofrimento na doença. *Referência*, 4, 57-65.
- Gameiro, M. (2004). Estar Doente: Atribuição Pessoal de Significações. *Referência*, 12(1), 35-44.
- Gao, W., Bennett, M., Stark, D., Murrau, S., & Higginson, I. (2010). Psychological distress in cancer from survivorship to end of life care: prevalence, associated factors and clinical implications. *European Journal of Cancer*, 46(11), 2036-44.
- George, R. (2009). Suffering and healing--our core business. *Palliative Medicine*, 23(5), 385-7.
- Gill, T., Shanahan, E., Taylor, A., Buchbinder, R., & Hill, C. (2013). Shoulder pain in the community: an examination of associative factors using a longitudinal cohort study. *Arthritis Care Res*, 65(12), 2000-7.
- Gilron, I., & Jensen, M. (2011). Clinical trial methodology of pain treatment studies: selection and measurement of self-report primary outcomes for efficacy. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 36(4), 374-81.
- González-Iglesias, J., Fernández-de-las-Peñas, C., Cleland, J., Albuquerque-Sendín, F., Palomeque-del-Cerro, L., & Méndez-Sánchez, R. (2009). Inclusion of thoracic spine thrust manipulation into an electro-therapy/thermal program for the management of patients with acute mechanical neck pain: a randomized clinical trial. *Manual Therapy*, 14(3), 306-13.

- Grealish, L., Lomasney, A., & Whiteman, B. (2000). Foot massage: a nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. *Cancer Nursing*, 23(3), 237-43.
- Greenberg, D. (2014). Evaluation and treatment of shoulder pain. *Medical Clinics of North America*, 98(3), 487-504.
- Guadalupe, S. (2008). *A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico* (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Hardeveld, F., Spiker, J., Graaf, R., Nolen, W., & Beekman, A. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 184-91.
- Hegel, M., Moore, C., Collins, E., Kearing, S., Gillock, K., Riggs, R., . . . Ahles, T. (2006). Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*, 107(12), 2924-31.
- Hernandez-Reif, M., Ironson, G., Field, T., Hurley, J., Katz, G., & Diego, M. (2004). Breast cancer functions following massage therapy. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 45-52.
- Herr, K., Bjoro, K., & Decker, S. (2006). Tools for Assessment of Pain in Nonverbal Older Adults with Dementia: A State-of-the-Science Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 170-92.
- Hevey, D., French, D., Marteu, T., & Sutton, S. (2009). Assessing Unrealistic Optimism: Impact of Different Approaches to Measuring Susceptibility to Diabetes. *Journal of Health Psychology*, 14(3), 372-7.
- Hilt, L., Hanson, J., & Pollak, S. (2011). Emotion Dysregulation. *Encyclopedia of Adolescence*, 3, 160-9.
- Hitt, L., Hanson, J., & Pollak, S. (2011). Emotion Dysregulation. *Encyclopedia os Adolescence*, 3, 160-9.
- Hoerster, K., Butler, D., Mayer, J., Finlayson, T., & Gallo, L. (2011). Use of conventional care and complementary/alternative medicine among US adults with arthritis. *Preventive Medicine*, 54(1), 13-17.
- Hopwood, P., Haviland, J., Sumo, G., Mills, J., Bliss, J., & Yarnorl, J. (2010). Comparison of patient-reported breast, arm, and shoulder symptoms and body image after

- radiotherapy for early breast cancer: 5-year follow-up in the randomised Standardisation of Breast Radiotherapy (START). *Lancet Oncology*, 11(3), 231-40.
- Horwitz, A. (2010). How an Age of Anxiety Became an Age of Depression. *Milbank Quarterly*, 88(1), 112-38.
- Howell, R., & Olsen, K. (2011). Distress: the 6th vital sign. *Oncology*, 18(5), 208-10.
- Hudak, C., & Gallo, B. (1997). *Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Hui, C., Morcillo, C., Russo D, Stochl, J., Shelley, G., Painter, M., . . . Perez, J. (2013). Psychiatric morbidity and disability in young people at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 48, 175-80.
- Huppert, F. (2009). Anxiety disorders and depression. In M. Antony, & M. Stein, *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 576-86). New York: Oxford.
- Hutz, C., Midgett, A., Pacico, J., Bastianello, M., & Zanon, C. (2014). The Relationship of Hope, Optimism, Self-Esteem, Subjective Well-Being, and Personality in Brazilians and Americans. *Psychology*, 5(6), 514-22.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Causas de Morte 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Causas de morte - 2015*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- International Agency for Research on Cancer. (2011). Section of Cancer Information (CIN). *Biennial Report 2010/2011*, 27-39.
- Jacobsen, P. (2008). Psychosocial Interventions for Anxiety and Depression. *Cancer Journal for Clinicians*, 58(4), 214-30.
- Jadon, N., Munir, W., Shahzad, M., & Choudhrz, Z. (2010). Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *BMC Cancer*, 10.
- Jane, S., Chen, S., Wilkie, D., Foreman, S., Beaton, R., Fan, J., . . . Liao, M. (2011). Effects of massage on pain, mood status, relaxation, and sleep in Taiwanese patients with metastatic bone pain: a randomized clinical trial. *Pain*, 152(10), 2432-42.
- Jane, S., Wilkie, D., Gallucci, B., Beaton, R., & Huang, H. (2009). Effects of a full-body massage on pain intensity, anxiety, and physiological relaxation in Taiwanese patients with metastatic bone pain: A pilot study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(4), 754-63.

- Jaremka, I., Fagundes, c., Glaser, R., Bennett , J., Malarkey , W., & Kiecolt-Glaser , J. (2013). Loneliness predicts pain, depression, and fatigue: understanding the role of immune dysregulation. *Psychoneuroendocrinology*, 38(8), 1310-7.
- Jensen, M., Smith, A., Alschuler, K., Gilanders, D., Amtmann, D., & Molton, I. (2016). The role of pain acceptance on function in individuals with disabilities: a longitudinal study. *Pain*, 157(1), 247-54.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde*. Edições ASA.
- Juver, J., & Vercosa, N. (2008). Depressão em pacientes com dor no cancer avançado. *Revista Brasileira Anestesiologia*, 58(3), 287-98.
- Kaasa, S., Loge, J., Fayers, P., Caraceni, A., Strasser, F., Hjerstad, M., . . . Haugen, D. (2008). Symptom assessment in palliative care: a need for international collaboration. *Journal of Clinical Oncology*, 26(23), 3867-73.
- Kahn, D., & Steeves, R. (1996). The experience of suffering: Conceptual clarification and theoretical definition. *Journal of Advanced Nursing*, 11(6), 623-31.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1998). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (8^a ed.). New Delhi: Waverly Pty.
- Kaye, A., Kaye, A., Swinford, J., Baluch, A., Bawcom, B., Lambert, T., & Hoover, J. (2008). The effect of deep-tissue massage therapy on blood pressure and heart rate. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(2), 125-8.
- Kehlet, H., Jensen, T., & Woolf, C. (2006). Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*, 367(9522), 1618-25.
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-22.
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 73(3), 539-48.
- Keyes, C., & Ryff, C. (1998). Generativity in adult lives: Social structural contours and quality of life consequences. In D. McAdams, & E. Aubin, *Generativity and adult development: Perspectives on caring for and contributing to the next generation* (pp. 227-63). Washington: American Psychological Association.
- Keyes, C., Dhingra, S., & Simões, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366-71.

- Kirkova, J., Walsh, D., & Russel, M. (2009). Symptom Assessment in Palliative Medicine: Complexities and Challenges. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 27(1).
- Knapp, P., & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, S54-64.
- Kolva, E., Rosenfeld, B., Pessin, H., Breitbart, W., & Brescia, R. (2011). Anxiety in terminally ill cancer patients. *Journal of Pain Symptom Manage*, 42(5), 691–70.
- Kong, L., Zhan, H., Cheng, Y., Yuan, W., Chen, B., & Fang, M. (2013). Massage Therapy for Neck and Shoulder Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Acolher a morte: Uma maravilhosa mensagem de esperança para todos os que perderam alguém próximo*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Kumar, S. (2011). Utilization of brief pain inventory as an assessment tool for pain in patients with cancer: a focused review. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(2), 108-15.
- Kutner, J., Smith, M., Hemphill, L., Benton, K., Mellis, B., Beaty, B., . . . Fairclough, D. (2008). Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 149(6), pp. 369-79.
- Kvale, P., Selecky, P., & Prakash, U. (2007). Palliative care in lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 132(3), 368-403.
- Laird, B., Boyd, A., Colvin, L., & Fallon, M. (2008). Are cancer pain and depression. *Psycho-Oncology*, 18, 459-64.
- Leegard, M., Rustøen, T., & Fagermoen, M. (2010). Interference of postoperative pain on women's daily life after early discharge from cardiac surgery. *Pain Management Nursing*, 11(2), 99-107.
- Lemay, K., Wilson, K., Buenger, U., Jarvir, V., Fitzgibbon, E., Bhimji, k., & Dokkin, P. (2011). Fear of pain in patients with advanced cancer or in patients with chronic noncancer pain. *Clinical Journal of Pain*, 27(2), 116-24.
- Lenz, E., Pugh, L., Milligan, R., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27.
- Lerutla, D. (2000). *Psychological Stress Experienced By Black Adolescent Girls Prior to induced Abortion*. Africa: Medical University of Southern Africa.

- Levin, T., & Alici, Y. (2010). Anxiety Disorders. In J. Holland, W. Breitbart, P. Jácobsen, M. Lederberg, M. Loscalzo, & R. Mccorxle, *Pshycho-oncology* (2^a ed., pp. 324-31). New York: Oxford University Press.
- Lewis, C., Vedia, A., Reuer, B., Schwan, R., & Tourin, C. (2003). Integrating complementary and alternative medicine (CAM) into standard hospice and palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 20(3), 221-8.
- Li, D., Puntillo, K., & Miaskowski, C. (2008). A review of objective painmeasures for use with critical care adult patients unable to self-report. *Pain*, 9(1), 2-10.
- Li, M., Hales, S., & Rodin, G. (2010). Adjustment disorders. In J. Holland, W. Breitbart, P. Jacobsen, M. Lederberg, M. Loscalzo, & R. McCorkle, *Psycho-Oncology* (pp. 303-10). New York: Oxford University Press.
- Lichtenstein, S., Roa, J., Roldan, A., Lai, Z., Miller, A., Mosquera, J., . . . Mc-Innis, M. (2015). Social Undermining and Intimate Partner Support Predict Depression in Cancer Patients. *Archives in Cancer Research*, 3(3).
- Liew, C., Brown, K., Cronan, T., Bigatti, S., & Kothari, D. (2013). Predictors of pain and functioning over time in fibromyalgia syndrome: an autoregressive path analysis. *Arthritis Care & Research*, 65(2), 251-6.
- Lima, L., Bennett, M., Murray, S., Hudson, P., Doyle, D., Bruera, E., . . . Wenk, R. (2012). International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) List of Essential Practices in Palliative Care. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 26(2), 118-22.
- Lin, Y., Stump, P., Kaziyama, H., Teixeira, M., Imamura, M., & Greve, J. (2001). Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. *Revista de Medicina*, 80, 245-55.
- Lindbloom, E., & Ringdahl, E. (2014). Resident duty hour changes: impact in the patient-centered medical home. *Family Medicine*, 46(6), 463-6.
- Linden, W., Vodermaier, A., Mackenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 141(2), 343-51.
- Lopez, A., Mathers, C., Ezzati, M., Jamison, D., & Murray, C. (2006). *The global burden of disease and risk factors*. Washington: Oxford University Press.
- Machado, P. (2011). *A influência da dor na depressão nos doentes em Cuidados Paliativos* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Saude de Viseu, Viseu.

- Magalhães, S. (2013b). *Revisão Integrativa da Literatura sobre o Fenómeno “Dor” - Um Contributo Para O Desenvolvimento De Um Modelo Clínico De Dados Em Enfermagem* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Maj, M., & Sartorius, N. (2005). *Transtornos Depressivos*. Brasil: Artmed.
- Mandim, M. (2011). *A massagem terapêutica: uma mais valia na abordagem da pessoa com dor com cancro do pulmão*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Mansky, P., & Wallerstedt, D. (2006). Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management. *Cancer*, 12(5), 425-31.
- Marchand, L. (2014). Integrative and complementay therapies for patients with advanced cancer. *Annals of Palliative Medicine*, 3(3), 160-71.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A., & Silveira, R. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(1), 65-74.
- Marmelo, H. (2012). *Controlo da dor em ambulatório no doente oncológico em cuidados paliativos*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística - Com Utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Marques, A. (1991). *Reações emocionais à doença grave* (1ª ed.). Coimbra: Psiquiatria Clinica.
- Marques, C. (2010). *A massagem terapêutica em idosos não comunicantes com doença terminal*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Martinez, E., & Barreto, P. (2002). Cuidados Paliativos a la persona en la fase final de la vida. In M. Dias, *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 527-545). Lisboa: Climepsi.
- Martinez-Calderon, J., Struyf, F., Meeus, M., Morales-Ascencio, J., & Luque-Suarez, A. (2017). Influence of Psychological Factors on the Prognosis of Chronic Shoulder Pain: Protocol for a Prospective Cohort Study. *BMJ Open*, 7(3).
- Mason, V., Skevington, S., & Osborn, M. (2010). Assessing the properties of the WHOQOL-Pain: quality of life of chronic low back pain patients during treatment. *Clinical Journal of Pain*, 26(7), 583-92.

- Massé, R. (2000). Qualitative and quantitative analyses of psychological distress, methodological complementary and ontological incommensurability. . *Quantitative Health Research*, 10(3), 411-23.
- Massie, M. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 57-71.
- Massie, M., & Shakin, E. (1993). Management of Depression and Anxiety in Cancer Patients. In W. Breitbart, & J. Holland, *Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- McCaffrey, R., & Taylor, N. (2005). Effective anxiety treatment prior to diagnostic cardiac catheterization. *Holistic Nursing Practice*, 19(2), 70-3.
- McFeeters, S., Pront, L., Cuthbertson, L., & King, L. (2016). Massage, a complementary therapy effectively promoting the health and well-being of older people in residential care settings: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 11(4), 266-83.
- McGuire, L. (2006). Pain, the fifth vital sign. In D. Ignatavicius, & M. Workman, *Medical surgical nursing: Critical thinking for collaborative care* (5^a ed., pp. 63-90). St. Louis: Elsevier Saunders.
- McIntyre, M. (2004). Perda e sofrimento na doença: contributo da psicologia da saúde. *Psychologica*, 35, 167-79.
- Mcintyre, M., & Vila Chã, C. (1995). *O sofrimento do doente : leituras multidisciplinares*. Lisboa: Associação de Psicólogos Portugueses. Leituras Multidisciplinares.
- MedlinePlus. (15 de 06 de 2017). Obtido de <https://www.merriam-webster.com/dictionary>: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/pain>
- Mehta, A., & Chan, L. (2008). Understanding the concept of "total pain": a prerequisite for pain control. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(1), 26-32.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: Development & progress* (5^a ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Meleis, A. (2013). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (5^a ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Milhomens, R. (2014). *Avaliação dos níveis de Ansiedade e Depressão e sua correlação com a intensidade de dor em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

- Miller, K., & Massie, M. (2010). Depressive disorders. In J. Holland, W. Breitbart, P. Jacobsen, M. Lederberg, M. Loscalzo, & R. McCorkle, *Psycho-Oncology* (2^a ed., pp. 311-318). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Miovic, M., & Block, S. (2007). Psychiatric Disorders in Advanced Cancer. *Cancer*, 110(8), 1665-76.
- Mirowsky, J., & Ross, C. (2008). Education and self-rated health: Cumulative advantage and its rising importance. *Research on Aging*, 30, 93-122.
- Mitchell, A., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology*, 12(2), 160-74.
- Mitchell, A., Lord, K., & Symonds, P. (2012). Which symptoms are indicative of DSM-IV depression in cancer settings? An analysis of the diagnostic significance of somatic and non-somatic symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 137-48.
- Mitchinson, A., Kim, H., Rosenberg, J., Geisser, M., Kirsh, M., Cikrit, D., & Hinshaw, D. (2007). Acute postoperative pain management using massage as an adjuvant therapy: a randomized trial. *Archives of Surgery*, 142(12), 1158-67.
- Monroy, N., Torres, L., & Aguilar, S. (2009). Ansiedad asociada al dolor aguda en pacientes oncológicos. *Cancerologia*, 4, 19-29.
- Montagu, A. (1986). *Touching: The significance of the skin*. NY: Harper Row.
- Monteiro, F., Coutinho, M., & Araújo, L. (2007). Sintomatologia Depressiva em. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27(2), 224-35.
- Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S., & Chihara, S. (2000). An exploratory factor analysis of existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients. *Psychooncology*, 9(2), 164-8.
- Mota, D., & Pimenta, C. (2002). Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de cancerologia*, 48(4), 577-83.
- Moyer, C., Rounds, J., & Hannum, J. (2004). A meta-analysis of massage therapy research. *Psychological Bulletin*, 130(1), 3-18.
- Munford, S. (2010). *A Bíblia da Massagem*. São Paulo: Pensamento.
- National Cancer Institute. (10 de julho de 2015). *Spirituality*. Obtido de http://www.cancer.gov/Templates/db_alpha?CrID=441265

- National Comprehensive Cancer Network. (16 de julho de 2016). *www.nccn.org*. Obtido de Clinical Practice Guidelines in Oncology: distress management: www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- Neto, I. (janeiro de 2005). Ajudar a morrer é aprender a viver. (L. Alves, Entrevistador)
- Neto, I. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativo* (2ª ed., pp. 1-42). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I., Aitken, H., & Paldron, T. (2004). *A dignidade e o Sentido da Vida: Uma reflexão sobre a Nossa Existência* (1ª ed.). Cascais: Pergaminho.
- Nijs, J., Goubert, D., & Ickmans, K. (2016). Recognition and treatment of central sensitization in chronic pain patients: not limited to specialized care. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 46(12), 1024-8.
- Nobre, C. (2013). *A experiência da pessoa com dor crónica do foro oncológico: um estudo fenomenológico* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Noronha, A., Martins, D., Campos, R., & Mansão, C. (2015). Relações entre afetos positivos e negativos e os cinco fatores de personalidade. *Estudos de Psicologia*, 20(2), pp. 92-101.
- Novo, R. (2003). *Para além do eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouster Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Novo, R. (2005). Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *RIDEP*, 20(2), 183-203.
- Nunes, C., Hutz, C., & Nunes, M. (2010). *Bateria fatorial de personalidade - manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Observatório Nacional da Saúde. (2003). *A dor na população Portuguesa: alguns aspectos epidemiológicos do ano de 2002*. Lisboa: Observatório Nacional de Saude e Instituto Nacional de saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor, Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Cadernos Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Parecer sobre a utilização de terapias complementares na prática de Enfermagem baseadas na CIPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *The world health report 2008. Primary health care – now more than ever*. Geneva: WHO.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *CID – 10, tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (9ª ed.)*. São Paulo: EDUSP.
- Pacico, J., & Bastianello, M. (2014). As origens da Psicologia Positiva e os primeiros estudos brasileiros. In C. Hutz, *Avaliação em Psicologia Positiva* (pp. 13-23). Porto Alegre:: Artmed.
- Pagano, T., Matsutani, L., Ferreira, E., Marques, A., & Pereira, C. (2004). Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Medical Journal*, 122(6), 252-8.
- Pais-Ribeiro, J. (2001). Mental Health Inventury: Um estudo de adaptação à população. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 77-99.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas De Ansiedade, Depressão e Stress (Eads)de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-39.
- Pandey, M., Sarita, G., Devi, N., Thomas, B., Hussain, B., & Krishnan, R. (2006). Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *World Journal of Surgical Oncology*, 4(68), 1-5.
- Partridge, A., Adloff, K., Blood, E., Dees, E., Kaelin, C., Golshan, M., . . . Winer, E. (2008). Risk perceptions and psychosocial outcomes of women with ductal carcinoma in situ: longitudinal results from a cohort study. *Journal of the National Cancer Institute*, 100(4), 243-51.
- Patrão, I. (2007). *O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto (Tese de doutoramento não publicada)*. Lisboa: ISPA.
- Patten, S., Wang, J., Williams, J., Currie, S., Beck, C., Maxwell, C., & El-Guebaly, N. (2006). Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 84-90.

- Paulo, J. (2006). *As vivências da dor e do Sofrimento na Pessoa com Doença Oncológica em Tratamento Paliativo* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Aberta, Lisboa.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família* (1ª ed.). Climepsi.
- Pereira, C. (2010). *A vivência da morte de um familiar no serviço de urgência: Contributos da Enfermagem* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Pessini, L., & Bertachini, L. (2004). *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Loyola.
- Pestana, M., & Gameiro, J. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais - A Complementariedade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 49-56.
- Pinto, S. (2011). *A Espiritualidade e a Esperança da Pessoa com Doença Oncológica: Estudo numa população de doentes em quimioterapia* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina a Universidade do Porto, Porto.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Post-White, J., Kinney, M., Savik, K., Gau, J., Wilcox, C., & Lerner, I. (2003). Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. *Integrative Cancer Therapies*, 2(4), 332-44.
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo- comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2, 73-80.
- Primi, R. (2003). Inteligência: Avanços nos Modelos Teóricos e nos Instrumentos de Medida. *Avaliação Psicológica*, 2(1), 67-77.
- Queirós, P. (2013). Teoria da Enfermagem: Colectanea de textos publicados para análise na UC de Teoria de Enfermagem dos Mestrado e da UC Gestão do Autocuidado Terapeutico - Opção 4 ano CLE da ESEnfC. Coimbra.
- Queiroz, M. (2010). Seguimento Pós Terapêutico do Doente Oncológico - Cuidados Paliativos. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 7, 57-75.
- Rahman, A., Malik, A., Sikander, S., Roberts, C., & Creed, F. (2008). Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression

- and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 372(9642), 902-9.
- Rajapakse, D., Liossi, C., & Howard, R. (2014). Presentation and management of chronic pain. *Archives of Disease in Childhood*, 99(5), 474-80.
- Raminhos, J. (2005). *Impacto do Diagnóstico de Doença Oncológica no Indivíduo*. Porto: Cidade Solidária.
- Ramos, C. (2013). *A Esperança e o Sofrimento no Doente Oncológico Paliativo* (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Raphael, J., Ahmedzai, S., Hester, J., Urch, C., Barrie, J., Williams, J., . . . Sparkes, E. (2010). Cancer pain: part 1: Pathophysiology; oncological, pharmacological, and psychological treatments: a perspective from the British Pain Society endorsed by the UK Association of Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners. *Pain Medicine*, 11(5), 742-64.
- Revicki, D., Travers, K., Wyrwich, K., Svedäter, H., Locklear, J., Mattera, M., . . . Montgomery, S. (2012). Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe. *Journal of Affective Disorders*, 140(2), 103-12.
- Richmond, C. (2005). Dame Cicely Saunders. *BMJ*, 331(7510), 238.
- Ridner, S. (2004). Nursing theory and concept development oranalysis - Psychological distress: concept analysis. *Journal od Advanced Nursing*, 45(5), 536-45.
- Riessman, C. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. London: Sage.
- Ringdahl, D. (2014). Integrative Nursing Management of Pain. In M. Kreitzer, & M. Koithan, *Integrative Nursing* (pp. 194-210). New York: Oxford University Press.
- Rio, C. (2008). *Depressão Unipolar e Depressão Bipolar: um espectro da doença depressiva?* (Dissertação de mestrado não publicada). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Ripamonti, C., Bossi, P., Santini, D., & Fallon, M. (2014). Pain related to cancer treatments and diagnostic procedures: a no man's land? *Annals of Oncology*, 25(6), 1097-106.
- Ritsner, M., Modai, I., & Ponizovsky, A. (2002). Assessing psychological distress in psychiatric patients: Validation of the Talbieh Brief Distress Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 43(3), 229-34.

- Rocha, A. (2013). *Catastrofização da dor e percepção de doença em indivíduos com dor crónica* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Rodrigues, A. (2007). *Os doentes com dor crónica: estudo de repercussão na ansiedade, na depressão e nas actividades de vida diária* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Rogak, L., Starr, T., & Passik, S. (2010). Substance Abuse and Alcohol. In J. Holland, W. Breitbart, P. Jacobsen, M. Lederberg, M. Loscalzo, & R. Mccorxle, *Pshycho-oncology* (2ª ed., pp. 340-47). New York: Oxford University Press.
- Roxo, J. (2003). O toque – inserir para cuidar. In: Terapias naturais na prática de enfermagem. *Formasau*, 91-118.
- Rumpler, B., & Schutt, K. (1993). *Guia prático das massagens*. Lisboa: Presença.
- Running, A., Shreffler-Grant, J., & Andrews, W. (2008). A Survey of Hospices Use of Complementary Therapy. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(5), 304-12.
- Russell, S., & Browne, J. (2005). Staying well with bipolar disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(3), 187-93.
- Ryan, H., Schofield, P., Cockburn, J., Button, P., Tattersall, M., Turner, J., . . . Bowman, D. (2005). How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 14(1), 7-15.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Reviews Psychology*, 52, 141-66.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-81.
- Ryff, C. (1989). In the eye of the beholder: Views of psychological wellbeing among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4, 195-210.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–27.
- Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
- Sabiston, C., Rusticus, S., Brunet, J., McDonough, M., Hadd, V., Hubley, A., & Crocker, P. (2010). Invariance test of the multidimensional body self-relations questionnaire: do

- women with breast cancer interpret this measure differently? *Quality of Life Research*, 19(8), 1171-80.
- Sales, C. (2003). A existencialidade da pessoa com neoplasia em tratamento quimioterápico. *Acta Scientiarum* (pp. 177-83). Maringá: Health Sciences.
- Santos, M., Costa, F., Watson, M., Greer, S., De Haes, J., Van Knippenberg, F., . . . Van Den Borne, B. (1994). Adaptação psicológica e qualidade de vida em doentes oncológicos - Escalas de Avaliação. *Psicologia Clínica*, 15(1), 25-36.
- Santos, T. (2008). *Qualidade de vida e estratégias de coping dos pacientes oncológicos*. Lisboa: Tese de Mestrado. Universidade de Lisboa: FPCE.
- Santos, V. (2013). *Representações de senso comum e autogestão da doença oncológica: Revisão sistemática da literatura (Dissertação de Mestrado não publicada)*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Santos, Z., & Santos, G. (1994). Ansiedade e percepção de controlo. *Psiquiatria CLinica*, 15(3), 125-9.
- Sapeta, P. (2007). Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos. *Dor*, 15(1), 16-21.
- Schaffer, A., Cairney, J., Cheung, A., Veldhuizen, S., & Levitt, A. (2006). Community survey of bipolar disorder in Canada: lifetime prevalence and illness characteristics. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(1), 9-16.
- Schim, J., & Stang, P. (2004). Overview of pain management. *Pain Practice*, 4(1S), S4-S18.
- Sebastião, L. (1995). A pedagogia da dor e do sofrimento. *Cadernos de Bioética*, 9, 41-5.
- Sene-Costa, E. (2006). *Universo da depressão: Historias e tratamentos pela psiquiatria e peli psicodrama*. Sao Paulo: Ágora.
- Serra, A. (2007). *O stress na vida do todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Shah, S., Engelhardt, R., & Ovbiagele, B. (2008). Patterns of complementary and alternative medicine use among United States stroke survivors. *Journal of the Neurological Sciences*, 271(1-2), 180-5.
- Sharpe, P., Williams, H., Granner, M., & Hussey, J. (2007). A randomised study of the effects of massage therapy compared to guided relaxation on well-being and stress perception among older adults. *Complementary Therapies in Medicine*, 15(3), 157-63.

- Silva, I. (2014). *Estudo Comparativo sobre o bem-estar subjectivo em pacientes oncológicos, familiares e população em geral (Dissertação de mestrado não publicada)*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Silva, M., Elsen, I., & Lacharité, C. (2003). Resiliência : concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia*, 13(26), 147-56.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, M. (2000). O bem-estar subjetivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 5(2), 243-79.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, M. (2003). O bem-estar subjetivo dos adultos: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37(1), 5-30.
- Simone, C., Vapiwala, N., Hampshire, M., & Metz, J. (2012). Cancer patient attitudes toward analgesic usage and pain intervention. *Clinical Journal of Pain*, 28(2), 157-62.
- Singer, P., Martin, D., & Kelner, M. (1999). Quality end of life care: patient's perspectives. *The Journal of the American Medical Association*, 281(2), 163-8.
- Slade, T., Grove, R., & Burgess, P. (2011). Kessler Psychological Distress Scale: normative data from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 308-16.
- Smith, D., Griffiths, E., Kelly, M., Hood, K., Craddock, N., & Simpson, S. (2011). Unrecognized bipolar disorder in primary cancer patients with depression. *British Journal of psychiatry*, 199(1).
- Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento. Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios.
- Sobral, H. (2006). Experiências Subjectivas de Sofrimento em Doentes Oncológicos: Percepção da Doença e Religiosidade. *Interações*, 11, 147-162.
- Soden, K., Vincent, K., Craske, S., Lucas, C., & Ashley, S. (2004). A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Palliative Medicine*, 18(2), pp. 87-92.
- Solano, J., Silva, A., Soares, I., Ashmawi, H., & Vieira, J. (2016). Resilience and Hope During Advanced Disease: A Pilot Study With Metastatic Colorectal Cancer Patients. *Palliative Care*, 15(70), 5-8.
- Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G., & Maislinger, S. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived

- social support, and need for psychosocial counselling? *British Journal of Cancer*, 84(2), 179-85.
- Somers, J., Goldner, E., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100-13.
- Sousa, M. (2014). *Comorbidade e relação temporal entre ansiedade e depressão em idosos institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga. Escola Superior de Altos Estudos.
- Souza, J., & Seidl, E. (2014). Distress e enfrentamento: da teoria à prática em psico-oncologia. *Brasília Médica*, 50(3), 242-52.
- Souza, J., Fontana, J., & Pinto, M. (2005). *Depressão- Diagnóstico e Tratamento pelo*. São Paulo: Roca.
- Spoerri, T. (2000). *Introdução à Psiquiatria* (8ª ed.). São Paulo: Atheneu.
- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A., & Selby, P. (2002). Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 20(14), 3137-48.
- Steinhauser, K. (2000). Factors considered important at the end of life by patients family physicians and other care providers. *The Journal of the American Medical Association*, 284(19), 2476-82.
- Sterling, E., von Esenwein, S., Tucker, S., Fricks, L., & Druss, B. (2010). Integrating wellness, recovery, and self-management for mental health consumers. *Community Mental Health Journal*, 46(2), 130-8.
- Sui-Whi, J., Wilkie, D., Gallucci, B., Beaton, R., & Huang, H. (2011). Effects of massage on pain, mood status, relaxation, and sleep in Taiwanese patients with metastatic bone pain. A randomized clinical trial. *Pain*, 152(10), 2432-42.
- Tabatabaee, A., Tafreshi, M., Rassouli, M., Aledavood, S., AlaviMajd, H., & Farahmand, S. (2016). Effect of Therapeutic Touch in Patients with Cancer: a Literature Review. *Medical Archives*, 70(2), pp. 142-7.
- Taylor, L., & Herr, K. (2003). Pain intensity assessment: a comparison of selected pain intensity scales for use in cognitively intact and cognitively impaired African American older adults. *Pain Management Nursing*, 4(2), 87-95.

- Te Bovedelt, N., Vernooij-Dassen, M., Burger, N., Ijsseldijk, M., Vissers, K., & Engels, Y. (2013). Pain and its interference with daily activities in medical oncology outpatients. *Pain Physician*, 16(4), 379-89.
- Teixeira, J. (1993). *Psicologia da Saúde e Sida*. Lisboa: ISPA.
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e Depressão em Medicina - Modelos teóricos e avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 89-98.
- Teodoro, A. (2013). *O impacto psicossocial do distress em doentes oncológicos: Género, tempo de diagnóstico e tipo de cancro (Dissertação de mestrado não publicada)*. Lisboa: Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- Thielking, P. (2007). Cancer Pain and Anxiety. *Cancer Pain*, 7, 249-61.
- Thompson, D., Oldham, K., & Woby, S. (2016). Does Adding Cognitive-Behavioural Physiotherapy to Exercise Improve Outcome in Patients With Chronic Neck Pain? A Randomised Controlled Trial. *Physiotherapy*, 102(2), 170-7.
- Toth, M., Kahn, J., Walton, T., Hrbek, A., Eisenberg, D., & Russell, P. (2003). Therapeutic massage, intervention for hospitalized patients with cancer. *Alternative & Complementary therapies*, 9(3), 117-24.
- Toth, M., Marcantonio, E., Davis, R., Walton, T., Kahn, J., & Philips, R. (2013). Massage therapy for patients with metastatic cancer: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(7), 650-6.
- Townsend, M. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica. Conceitos de Cuidados* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Traeger, L., Greer, J., Fernandez-Robles, C., Temel, J., & Pirl, W. (2012). Evidence-Based Treatment of Anxiety in Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 1197-205.
- Trancas, B., Cardoso, G., Luengo, A., Vieira, C., & Reis, D. (2010). Depressão no Doente Oncológico: Considerações Diagnósticas e Terapêuticas. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 1102-12.
- Turan, N., Öztürk, A., & Kaya, N. (2010). Hemsirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemsirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 93-8.
- Turk, D., & Wilson, H. (2010). Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: Conceptual models, assessment, and treatment implications. *Current Pain and Headache Reports*, 14(2), 88-95.

- Twain, M. (2010). Emoções e Sentimentos. In S. Robbins, *Comportamento Organizacional* (pp. 91-103). São Paulo: Pearson.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climpesi.
- Vaingankar, J., Subramaiam, M., Lim, Y., Sherbourne, C., Luo, N., Ryan, G., . . . Chong, S. (2012). From well-being to positive mental health: Conceptualization and qualitative development of an instrument in Singapore. *Quality of Life Research, 21*(10), 1785-94.
- Valentine, A. (2003). Cancer Pain and Depression Management of the Dual-diagnosed Patient. *Current Pain and Headache Reports, 7*, 262-69.
- Van den Beuken-van Everdingen, M., Rijke, R., Kessels, A., Schouten, H., Van Kleef, M., & Patijn, J. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology, 18*(9), 1437-49.
- Van den Broeck, U., D'Hooghe, T., Enzlin, P., & Demyttenaere, K. (2010). Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction, 25*(6), 1471-80.
- Van Herk, R., Boerlage, A., Van Dijk, M., Baar, F., Tibboel, D., & Wit, R. (2009). Pain management in Dutch nursing homes leaves much to be desired. *Pain Management Nursing, 10*(1), 32-9.
- Van Hyfte, G., Kozak, L., & Lepore, M. (2014). A survey of the use of complementary and alternative medicine in Illinois hospice and palliative care organizations. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 31*(5), 553-61.
- Varela, M., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The embodied mind*. Cambridge: MIT Press.
- Vargas, S., Wohlgemuth, W., Antoni, M., Lechner, S., Holley, H., & Carver, C. (2010). Sleep dysfunction and psychosocial adaptation among women undergoing treatment for non-metastatic breast cancer. *Psychooncology, 19*(6), 669-73.
- Varni, J., Stucky, B., Thissen, D., DeWitt, E., Irwin, D., Lai, J., . . . DeWalt, D. (2010). PROMIS Pediatric Pain Interference Scale: An item response theory analysis of the pediatric pain item bank. *Pain, 11*(11), 1109-19.
- Veiga, P. (2007). *Os benefícios das massagens*. Sintra: Editores Impala.
- Visser, A., Garssen, B., & Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psychooncology, 19*(6), 565-70.

- Ward, S., Donovan, H., Owen, B., Grosen, E., & Serlin, R. (2000). An individualized intervention to overcome patient-related barriers to pain management in women with gynecologic cancers. *Nursing & Health, 23*(5), 393-405.
- Watson, R., Gardiner, E., Hogston, R., Gibson, H., Stimpson, A., Wrate, R., & Deary, I. (2009). A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *Journal of Clinical Nursing, 18*(2), 270-8.
- Weinrich, S., & Weinrich, M. (1990). The effect of massage on pain in cancer patients. *Applied Nursing Research, 3*(4), 140-5.
- Werner, K., & Gross, J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. Kring, & D. Sloan, *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13-37). New York: Guilford Press.
- Wilkie, D., Kampbell, J., Cutshall, S., Halabisky, H., Harmon, H., Johnson, L., . . . Rake-Marona, M. (2000). Effects of massage on pain intensity, analgesics and quality of life in patients with cancer pain: a pilot study of a randomized clinical trial conducted with hospice care delivery. *Journal Physical, Psychosocial & Pastoral Care of the Dying, 15*(3), 31-53.
- Wilkinson, S., Love, S., Westcombe, A., Gambles, M., Burgess, C., Cargill, A., . . . Ramirez, A. (2007). Effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patients with cancer: a multicenter randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology, 25*(5), 532-8.
- Williamson, A., & Hoggart, B. (2005). Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal Clinical of Nursing, 14*(7), 798-804.
- Woby, S., Urmston, M., & Watson, P. (2007). Self-efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients. *European Journal of Pain, 11*(7), 711-8.
- Woyciekoski, C., Stenert, F., & Hutz, C. (2012). Determinantes do bem-estar subjetivo. *Psico, 43*(3), 280-8.
- Wyatt, G., Sikorski, A., Wills, C., & Su, H. (2010). Complementary and alternative. *Nursing, 59*(1), 58-66.
- Zanon, C., Bastianello, M., Pacico, J., & Hutz, C. (2013). Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. *Psico-USF, 18*(2), pp. 193-202.

Zhou, Y., Petpichetchian , W., & Kitrungrrote, L. (2011). Psychometric properties of pain intensity scales comparing among postoperative adult patients, elderly patients without and with mild cognitive impairment in China. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 449-57.

ANEXOS

ANEXO I

Escala Mini Mental State Examination

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

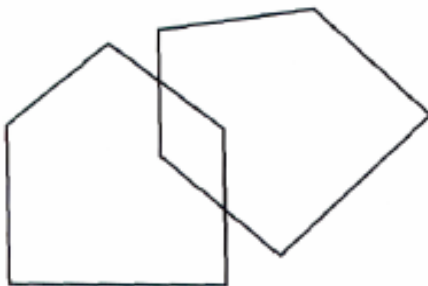
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO II

Autorização escrita da comissão de ética do Hospital Dr. Nélio Mendonça



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

**Comissão de Ética para a Saúde do SESARAM,EPE
(CES/SESARAM,EPE)**

PARECER Nº 10 /2014

Sobre o Pedido/Estudo: **"Efeito da massagem terapêutica no doente oncológico em situação paliativa"**

A – RELATÓRIO

A.1 A Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM,EPE) iniciou a análise do Documento Nº 11 da reunião de 24 de Março de 2014, enviado pelo Conselho de Administração para parecer, relativo a pedido de autorização de **Márcia Lúcia Sousa Dias Alves**, Enfermeira, a desempenhar funções no serviço de ORL/Hemato-oncologia, doutoranda no Curso de Doutoramento em Ciências da Enfermagem, pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, para a alteração dos critérios de seleção, do pedido de estudo n.º E1306647, que deu entrada no dia 11/01/2013, dos doentes oncológicos em situação paliativa na unidade de dor crónica, no hospital-de-dia e na unidade de cuidados paliativos complexos, para a obtenção de dados necessários à realização da Tese de Doutoramento.

A.2 O documento em análise é composto por: ofício ao Presidente do Conselho de Administração do SESARAM,EPE, Parecer N.º 20/2013 da CES/SESARAM,EPE, aprovado na sua reunião de 13 de Maio de 2013, ofício ao Presidente do Conselho de Administração datado de 07 de Maio de 2013, cópia e original do Parecer N.º 04/2013 da CES/SESARAM,EPE, aprovado na sua reunião de 14 de Janeiro de 2013, Projeto Cuidados Paliativos (Setembro 2012), ofício ao Presidente do Conselho de Administração datado de 11 Janeiro 2013 e Projeto de Investigação "Efeito da massagem terapêutica no doente oncológico em situação paliativa", Questionário-Profissional (com critérios de inclusão já alterados), Questionário (para recolha de dados) e duas Folhas de Consentimento Informado (uma para o profissional de saúde e outra para o participante no estudo).

A.3 O pretendido, no presente pedido, é a alteração dos critérios de seleção para os doentes oncológicos com dor e/ou ansiedade em regime ambulatorio e com idade superior a 18 anos, excluindo dessa forma a seleção de apenas os doentes



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

oncológicos em situação paliativa e a restrição de idade (18-65 anos), pois a investigadora não está a conseguir uma amostra significativa para a execução do estudo.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1 Trata-se da alteração dos critérios de seleção dos doentes com patologia oncológica.

B.2 Estão dadas garantias de confidencialidade e anonimato dos participantes.


B.3 Reconhece-se a pertinência do estudo e o interesse prático nos resultados esperados.

C – CONCLUSÃO

A CES/SESARAM,EPE deliberou emitir **Parecer Favorável** ao presente pedido, nos termos em que o mesmo foi submetido, por não se levantarem quaisquer questões de ordem ética.

Aprovado em reunião do dia 24 de Março de 2014, por unanimidade.

O Presidente da CES/SESARAM,EPE


(Ricardo Santos)

ANEXO III

Autorização do Núcleo Regional da Madeira da Liga Portuguesa Contra o Cancro

2017-6-26

Email – marcialves96@hotmail.com

Date: Mon, 25 Nov 2013 00:30:49 +0000
From: isabelvfa@netmadeira.com
To: marcialves96@hotmail.com
CC: nucleomadeira@ligacontracancro.pt; isabel.aguiar@ligacontracancro.pt
Subject: Re: Pedido de autorização do estudo

Olá Márcia

Serve o presente para confirmar o aval da Direção do NRM da LPCC para a sua proposta de estudo a ser efectuada da Casa da Liga do Hospital Dr Nélio Mendonça.

Envio em CC os novos emails utilizados pelo Núcleo pelo que agradeço que tome nota dos mesmos.

Obrigada

Atenciosamente

Isabel da Veiga França Aguiar - presidente
NRM LPCC

----- Mensagem de marcialves96@hotmail.com -----

Data: Sun, 17 Nov 2013 23:22:03 +0000

De: Marcia Alves <marcialves96@hotmail.com>

Assunto: Pedido de autorização do estudo

Para: "cancromadeira@netmadeira.com" <cancromadeira@netmadeira.com>

Boa Tarde

Em anexo envio o pedido de autorização para a realização do estudo na Casa da Liga

Obrigada


ANEXO IV

Autorização dos autores das escalas

2017-6-26

Email – marcialves96@hotmail.com

Re: pedido de autorização e remissão do Questionário Brief Pain Inventory (BPI)

L Luís Azevedo <lazevedo@med.up.pt>  Responder |
qua 29/08/2012, 13:03
Você; José Castro-Lopes (jclopes@med.up.pt)

Cara Enfª Márcia Alves,

É sempre muito satisfatório ver o nosso trabalho a ter utilidade para outros investigadores e profissionais. Obviamente, tem a nossa autorização para a utilização da nossa versão portuguesa do questionário Brief Pain Inventory – BPI no seu trabalho.

Chamo-lhe, no entanto, a atenção para o facto de este instrumento ter copyright que pertence aos autores da versão original do mesmo, pelo que deverá, também, obter a autorização destes.

Para isto, recomendo-lhe que envie um e-mail aos responsáveis pela gestão do copyright do instrumento, de forma a obter também a sua autorização. Deixo-lhe em seguida o contacto que tenho disponível para este questionário:

- BPI > Prof. Tito Mendoza (tmendoza@mdanderson.org), da Universidade do Texas, USA.

Avise-me, por favor, se precisar que lhe envie a versão portuguesa do instrumento em PDF ou em Word. Os meus votos de felicidades para o seu trabalho.


Muito atentamente,

Luís Azevedo.

2017-6-25

Email – marcialves96@hotmail.com

RE: Order Form for Pain Research Group Assessment Tools

S symptomresearch <symptomresearch@mdanderson.org>  Responder |
qua 29/08/2012, 21:47
Você; symptomresearch (symptomresearch@mdander

BPI-SF_Portuguese-24H_...
59 KB

Baixar Salvar no OneDrive - Pessoal

I have attached the BPI-SF as you requested. Please let me know if you have any questions. Thank you for your interest in the BPI.

The email that is sent with the tool is the authorization letter for all the non-funded academic research or educational purpose.

Best regards,

Nazim Ali

2017-6-26

Email – marcialves96@hotmail.com

Re: autorização e remissão do IESSD

M mgameiro
seg 19/03/2012, 09:33
Você



Responder |

Cara Enf.^a Marcia Lúcia Sousa Dias Alves

Em resposta à sua solicitação, declaro que autorizo a aplicação do Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD) no âmbito da sua investigação com doentes com necessidade de cuidados paliativos realizada para efeitos da elaboração da Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem do ICBAS - Universidade do Porto.
Cordiais cumprimentos,

Manuel Gameiro

2017-6-26

Email – marcialves96@hotmail.com

RE: pedido de autorização do ISM

J José Luis Pais Ribeiro
qua 11/07/2012, 11:58
Você



Responder |

Autorizo o uso do inventário.

Informo que existe um annual que é editado em formato digital pela editora placebo, e que tem mais informação sobre o questionário. Pode adquirir via nete e uma vez pago faz imediatamente o download para o seu computador

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>


ANEXO V

Recomendações da autora Tiffany Field no protocolo da massagem terapêutica em estudo

2017-6-26

Email – marcialves96@hotmail.com

RE: massage therapy

FT Field, Tiffany <TField@med.miami.edu>  Responder |
sáb 25/08/2012, 17:00
Você

Marcia-We used a different protocol in the different studies but basically all you need to know is that moderate pressure is required to get positive effects. Tiffany

From: Marcia Alves [marcialves96@hotmail.com]
Sent: Friday, August 24, 2012 9:27 PM
Subject: massage therapy

good morning

I am a doctoral student in nursing sciences in Porto.

I will study the effect of massage therapy on pain, anxiety and depression in cancer patients in palliative situation on the island of Madeira.

I wonder if you could help in adequate protocol of massage therapy for these patients?, because I am with some difficulty, and as you have a wide experience in this area I would like your cooperation.

thank you very much


Sorry for my english.

Nurse Marcia Alves

2017-6-26

Email – marcialves96@hotmail.com

RE: massage therapy

FT Field, Tiffany <TField@med.miami.edu>  Responder |
dom 26/08/2012, 11:53
Você

A full body massage with moderate pressure.

From: Marcia Alves [marcialves96@hotmail.com]
Sent: Saturday, August 25, 2012 3:11 PM
To: Field, Tiffany
Subject: RE: massage therapy

Hello

But what they are used for cancer patients in palliative care?

2017-6-26

Email – marcialves96@hotmail.com

RE: Therapeutic massage

FT

Field, Tiffany <TField@med.miami.edu>

qui 06/09/2012, 20:09

Você



Responder |

Yes, of course. The key is moderate pressure.

From: Marcia Alves [marcialves96@hotmail.com]

Sent: Thursday, September 06, 2012 3:11 PM

To: Field, Tiffany

Subject: Therapeutic massage

Good night

Sorry for the inconvenience, but would like to get your opinion.

I did a literature review on the effects of massage therapy and consequently noticed the same procedures.

I visualized a procedure for his work with Dr. Hernandez-Reif in patients with cancer and as such tried to adapt it:

The massage sessions followed a standardized protocol with moderate and mild:

- Head / neck (2min): Stretching the neck, stroking the lateral frontal region, fondling and performing stretching of muscles and smoothing over the face and jaw;
- Arms (4 min each arm): Progressive intermittent compression of the axillary region toward the chest (6 times), intermittent compression of the arm, starting at the shoulder and increasing 4-6 inches of the arm to the wrist until inclusive; large circular movements of the sternum toward the shoulder; slow movements including arm flexion, abduction, horizontal adduction and abduction and rotation of the humerus.
- Legs / feet (4 min for each leg): Pull both legs and each leg separately; foot massage, kneading including the heel, slip the ankle to the knee, kneading the muscles of the thigh and sliding short and superficial hip up foot. Ask the participants to put themselves in a position ventral:
- Legs (3 min for each leg): Achilles tendon sprain; slip surface and knead the twins, long gliding strokes from the heel to the hip; rounding courses to the hip area, and long strokes from the hip to the feet.
- Costas (5 min): Using both hands, slowly sliding deep muscles of the lower back (10 times); sliding surface from the lower back to the shoulders and arms, kneading the muscles of the trapezius; using the outer edge of each side to perform short movements along both sides of the spine from the collar to the lower back; kneading neck muscles, sliding from the shoulders to the lower back, legs to feet.

After 30 minutes of massage therapy, the participant remains at rest on the table for at most 5 minutes.

I wonder if I can use this in my research work?

Thank you and once again sorry for the inconvenience

I await feedback

Enf. Marcia Alves



APÊNDICES

APÊNDICE I

Seleção dos doentes participantes

Exmo(a).

Estamos a realizar um trabalho de investigação, no âmbito do programa de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, nos doentes oncológicos. Gostaríamos de ter a sua colaboração para a seleção e fornecimento de dados dos mesmos. O tratamento destes é para fins de investigação e será garantido o anonimato e a confidencialidade. Obrigado!

Data da recolha dos dados ___/___/_____

1. IDADE: ___ anos

2. SEXO: F M

3. Para considerar os participantes elegíveis foram utilizados os seguintes critérios: **Doentes oncológicos com dor e/ou ansiedade** em regime ambulatorio e terem **idade superior aos 18 e inferior aos 65anos**:

4. Resultado do Mini Mental State Examination (MMSE): _____

5. A pessoa pretende participar no estudo? Não

Sim

Nome: _____

Contacto: _____

Processo nº: _____

6. DATA DE diagnóstico médico? ___/___/_____

7. LOCALIZAÇÃO? _____

8. Tem METÁSTASES? Não

Sim Onde? ___ _____

9. TRATAMENTO (S) EFETUADO (S):

Cirurgia Sim Não

Quimioterapia Sim Não

Radioterapia Sim Não

Informar o doente que aceitou realizar o estudo que será contactado(a) pelo investigador

Muito obrigado(a) pela sua colaboração.

APÊNDICE II

Consentimento informado aos participantes voluntários

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre a investigação sobre o efeito da massagem terapêutica nos doentes oncológicos com dor e/ou ansiedade em ambulatório, desenvolvido pela Enf.^a Márcia Alves, orientada pela Prof.^a Doutora Helena Jardim, pela Prof.^a Doutora Otilia Freitas e pela Prof.^a Doutora Bárbara Gomes.

Comprometo-me a participar no estudo, voluntariamente, e tenho conhecimento de que este pretende averiguar os efeitos massagem terapêutica na dor, saúde mental e sofrimento na população estudada e implementá-la na prestação de cuidados de enfermagem.

O profissional _____

O investigador _____

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre a investigação sobre o efeito da massagem terapêutica nos doentes oncológicos com dor e/ou ansiedade em ambulatório, desenvolvido pela Enf.^a Márcia Alves, orientada pela Prof.^a Doutora Helena Jardim, pela Prof.^a Doutora Otilia Freitas e pela Prof.^a Doutora Bárbara Gomes.

Comprometo-me a participar no estudo, voluntariamente, e tenho conhecimento de que este pretende averiguar os efeitos massagem terapêutica na dor, saúde mental e sofrimento na população estudada e implementá-la na prestação de cuidados de enfermagem.

O profissional _____

O investigador _____

APÊNDICE III

Informação do estudo aos doentes selecionados

O presente documento pretende convidá-lo(a) para fazer parte de um estudo de investigação. Antes de decidir se deseja ou não participar leia atentamente a descrição escrita do estudo e sempre que haja alguma dúvida, não hesite em questionar.

A sua colaboração é muitíssimo importante e desde já agradecemos a
disponibilidade

Eu, Márcia Lúcia Sousa Dias Alves, Enfermeira no Hospital Dr. Nélio Mendonça, Doutoranda em Ciências de Enfermagem, pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, pretendo realizar um trabalho de investigação orientado pela Prof.^a Doutora Helena Jardim, pela Prof.^a Doutora Otília Freitas e pela Prof.^a Doutora Bárbara Gomes. O objetivo deste estudo é avaliar os efeitos de uma intervenção de enfermagem na dor, saúde mental e sofrimento. A sua participação neste estudo é muito importante, pois, contribuirá para averiguar os efeitos de uma intervenção de enfermagem na população estudada e implementá-la na prestação de cuidados de enfermagem, bem como na formação dos alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem e nas Pós-graduações desta área.

Terá de responder com uma cruz às questões que lhe são colocadas. O preenchimento durará entre 10 a 15min. Não há respostas certas e erradas, todas são valorizadas. Para colaborar no estudo terá de deslocar-se às instalações da liga contra o cancro duas vezes por semana durante 5 semanas consecutivas para a aplicação de intervenções de enfermagem. Cada sessão durará aproximadamente 45min.

A escolha de participar, ou não, no estudo é voluntária. Caso aceite e se durante o questionário decidir suspender a sua colaboração no estudo, poderá fazê-lo. Todos os dados colhidos durante este estudo serão entregues ao investigador em envelope fechado e depois o mesmo tratará os dados de forma confidencial, ou seja, o seu nome e morada não serão registados em qualquer base de dados. No final do trabalho os questionários serão destruídos. Os resultados do estudo serão apresentados em público, no entanto, não será divulgado os nomes dos participantes, nem qualquer identificação individual.

Poderá ter acesso aos resultados do estudo se assim o desejar. No caso de surgir alguma dúvida, preocupação ou a necessidade de qualquer esclarecimento sobre os seus direitos e segurança, deixo o meu contacto: 961882924, marcialves96@hotmail.com.

Obrigado pela sua colaboração

(Márcia Lúcia Sousa Dias Alves)

APÊNDICE IV

Consentimento informado aos doentes selecionados

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre a investigação sobre o efeito das intervenções de enfermagem na dor crónica, sofrimento, saúde mental nos doentes oncológicos, com os critérios estabelecidos, em ambulatório, desenvolvido pela Enf.^a Márcia Alves, orientada pela Prof.^a Doutora Helena Jardim, pela Prof.^a Doutora Otília Freitas e pela Prof.^a Doutora Bárbara Gomes e que tem como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção de enfermagem.

O participante _____

O investigador _____

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre a investigação sobre o efeito das intervenções de enfermagem na dor crónica, sofrimento, saúde mental nos doentes oncológicos, com os critérios estabelecidos, em ambulatório, desenvolvido pela Enf.^a Márcia Alves, orientada pela Prof.^a Doutora Helena Jardim, pela Prof.^a Doutora Otília Freitas e pela Prof.^a Doutora Bárbara Gomes e que tem como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção de enfermagem.

O participante _____

O investigador _____

APÊNDICE V

Questionário com os instrumentos de colheita de dados

N.º _____

Data da recolha dos dados ___/___/_____

Coloque uma cruz no quadrado que estiver mais de acordo com a sua situação.

4. IDADE: ____ anos

2. SEXO: F M

3. ESTADO CIVIL: (1) solteiro(a)

(4) separado(a) judicialmente

(2) casado(a)/união de facto

(5) divorciado(a)

(3) viúvo(a)

4. Qual a sua SITUAÇÃO LABORAL?

(1) ativo(a)

(3) desempregado

(2) reformado(a)/inválido(a)

(4) doméstica(o), ou nunca trabalhou.

5. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

(1) menos de 4 anos de escolaridade

(7) curso tecnológico/profissional/outros

(2) 4 anos de escolaridade

(8) bacharelato

(3) 6 anos de escolaridade

(9) licenciatura

(4) 9 ano de escolaridade

(10) pós-graduação

(5) 11º ano

(11) doutoramento

(6) 12º ano

(12) curso de especialização tecnológica

6. HÁ QUANTO TEMPO sabe do seu diagnóstico médico? _____

7. É seguido (a) pela Unidade de Dor Crónica? Não

Sim. Há quanto tempo? _____

8. Realiza medicação no domicílio? Não

Sim. Qual? _____

9. Está inscrito no Núcleo Regional da liga Portuguesa contra o cancro?

Não

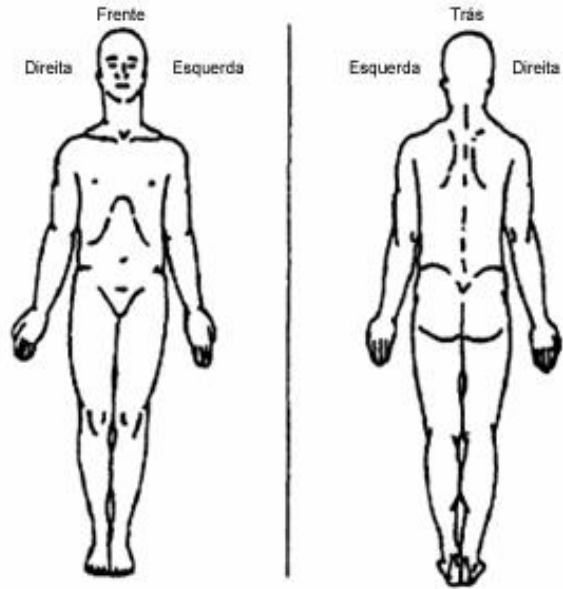
Sim. Há quanto tempo? _____

Inventário Resumido da Dor

1 Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns?

___ Sim	___ Não
---------	---------

2 Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



3 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu durante a última semana.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor										A pior dor que se pode imaginar

4 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu durante a última semana.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor										A pior dor que se pode imaginar

5 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor .

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor										A pior dor que se pode imaginar

6 Por favor classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor .

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor										A pior dor que se pode imaginar

7 Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

8 Nas última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o que sentiu.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Nenhum alívio										Alívio completo

9 Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A Atividade geral

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

B Disposição

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

C Capacidade para andar a pé

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

D Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

E Relações com outras pessoas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

F Sono

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

G Prazer de viver

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

**IESSD (Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença) de GAMEIRO
(1997)**

Abaixo encontram-se algumas afirmações que podem corresponder a experiências das pessoas doentes. Por favor indique até que ponto cada uma das afirmações corresponde (ou não) ao que verdadeiramente se passa consigo, marcando com uma cruz a respetiva quadrícula de acordo com a legenda.

- 1 - Não **corresponde nada** ao que se passa comigo / é **totalmente falso**
- 2 - **Corresponde pouco** ao que se passa comigo
- 3 - **Corresponde bastante** ao que se passa comigo
- 4 - **Corresponde muito** ao que se passa comigo
- 5 - **Corresponde totalmente** ao que se passa comigo / é **totalmente verdadeiro**

01- Sinto-me mais cansado/a desde que estou doente	1	2	3	4	5
02- Penso muito na gravidade e nas consequências da minha doença	1	2	3	4	5
03- Sinto-me apreensivo/a em relação ao que me poderá acontecer	1	2	3	4	5
04- Sinto que a doença me está a roubar tempo para poder fazer aquilo que gostaria	1	2	3	4	5
05- Sinto dificuldade em suportar o estado de tensão que a doença me provoca	1	2	3	4	5
06- Desde que fiquei doente sinto-me triste	1	2	3	4	5
07- Preocupa-me a ideia de a minha doença me poder fazer perder o emprego	1	2	3	4	5
08- A doença obriga-me a pôr de lado alguns projetos importantes que tinha em mente	1	2	3	4	5
09- Desde que estou doente tenho tido momentos de grande desespero	1	2	3	4	5
10- Desde que estou doente tenho sentido mais a falta da minha família	1	2	3	4	5
11- Tenho receio de que com a minha doença me torne uma sobrecarga para a minha família	1	2	3	4	5
12- Angústia-me a ideia de poder deixar as pessoas de quem gosto	1	2	3	4	5
13- Não consigo compreender o que está a provocar a minha doença	1	2	3	4	5
14- Com a doença tenho perdido muita da minha energia e força física	1	2	3	4	5
15- A minha doença deixa-me desiludido/a em relação ao que esperava da vida	1	2	3	4	5
16- Desde que estou doente sinto dificuldade em me controlar e reajo com agressividade	1	2	3	4	5
17- Preocupo-me com as dores que possa vir a ter	1	2	3	4	5
18- Tenho dificuldade em deixar de pensar nas coisas más que me poderão acontecer	1	2	3	4	5
19- Sinto-me revoltado/a perante a minha situação de doença	1	2	3	4	5
20- Não consigo encontrar posição para estar confortável	1	2	3	4	5

- 1 - Não **corresponde nada** ao que se passa comigo / é **totalmente falso**
- 2 - **Corresponde pouco** ao que se passa comigo
- 3 - **Corresponde bastante** ao que se passa comigo
- 4 - **Corresponde muito** ao que se passa comigo
- 5 - **Corresponde totalmente** ao que se passa comigo / é **totalmente verdadeiro**

21- Sinto que com a doença perdi a liberdade de decidir sobre a minha vida	1	2	3	4	5
22- A minha doença faz-me preocupar com o futuro das pessoas que me são Queridas	1	2	3	4	5
23- Tenho dores difíceis de suportar	1	2	3	4	5
24- Apesar de estar doente sinto-me tranquilo/a	1	2	3	4	5
25- Preocupa-me a ideia de não poder ajudar a minha família como antes de Adoecer	1	2	3	4	5
26- Apesar da minha doença não deixo de fazer planos para o futuro	1	2	3	4	5
27- Sinto que já não sou capaz de fazer as mesmas coisas que conseguia fazer antes de adoecer	1	2	3	4	5
28- A minha situação de doente faz-me sentir pena de mim próprio/a	1	2	3	4	5
29- Acho que para mim já não vale a pena pensar no futuro	1	2	3	4	5
30- A doença faz com que me sinta diminuído/a como pessoa	1	2	3	4	5
31- Sinto uma má disposição física que me impede de descansar	1	2	3	4	5
32- Tenho receio de ficar com alguma deficiência física	1	2	3	4	5
33- A minha doença causa-me angústia	1	2	3	4	5
34- Preocupo-me com a possibilidade de não ser capaz de continuar a “ganhar o pão” para a minha família	1	2	3	4	5
35- O ver-me dependente dos outros tem-me sido difícil de suportar	1	2	3	4	5
36- Desde que fiquei doente não consigo evitar certos comportamentos de que não gosto	1	2	3	4	5
37- Sinto que pouco posso esperar do meu futuro	1	2	3	4	5
38- Acho que vou recuperar as minhas forças	1	2	3	4	5
39- Desde que estou doente tenho sentido muitos medos	1	2	3	4	5
40- Desde que fiquei doente sinto dificuldade em encontrar sentido para a minha vida	1	2	3	4	5
41- Tenho dores que não me deixam descansar	1	2	3	4	5
42- Tenho esperança de ainda vir a realizar os meus sonhos	1	2	3	4	5
43- Desejaria que a minha família não sofresse tanto por eu estar doente	1	2	3	4	5
44- Penso que vou melhorar	1	2	3	4	5

IMD (Inventário de Saúde Mental) de Pais Ribeiro (2001)

Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia a dia. Responda a cada uma delas assinalando num dos retângulos por baixo a resposta que melhor se aplica a si.

1- QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?					
Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita	Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo	Geralmente satisfeito e feliz	Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz	Geralmente insatisfeito, infeliz	Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo

2- DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

3- COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

4- DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

5- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

6- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

7- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

8- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ATOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?					
Não, nunca	Talvez um pouco	Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso	Sim, e fiquei um bocado preocupado	Sim, e isso preocupa-me	Sim, e estou muito preocupado com isso

9- SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?					
Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias	Sim, muito deprimido quase todos os dias	Sim, deprimido muitas vezes	Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido	Não, nunca me sinto deprimido	

10- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte das vezes	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca

11- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

12- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

13- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

14- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?					
Sim, completamente	Sim, geralmente	Sim, penso que sim	Não muito bem	Não e ando um pouco perturbado por isso	Não, e ando muito perturbado por isso

15- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

16- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

17- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

18- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

19- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

20- COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

21- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

22- QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

23- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

24- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

25- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOCÊ SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?

Extremamente, ao ponto de não poder fazer o que devia	Muito incomodado	Um pouco incomodado pelos meus nervos	Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso	Apenas de forma muito ligeira	Nada incomodado
---	------------------	---------------------------------------	---	-------------------------------	-----------------

26- NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

27- DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

28- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, umas poucas de vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
-------------------	--------------------	---------------------------	--------------	------------

29- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

30- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

31- DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

32 -DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

33- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?					
Sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase	Sim, muito	Sim, um pouco	Sim, o suficiente para me incomodar	Sim, de forma muito ligeira	Não. De maneira nenhuma

34- NO ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

35- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EM SE MANTER CALMO?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

36- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?					
Sempre	Quase sempre	Uma boa parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca acordo com a sensação de descansado

37- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?					
Sempre, todos os dias	Quase todos os dias	Frequentemente	Algumas vezes, mas normalmente não	Quase nunca	Nunca

38- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?					
Sim, quase a ultrapassar os meus limites	Sim, muita pressão	Sim, alguma, mais do que o costume	Sim, alguma, como de costume	Sim, um pouco	Não, nenhuma

Por favor, confira se respondeu a todas as questões.

Muito obrigado pela sua colaboração!!

APÊNDICE VI

Quadro para o registo dos sinais vitais e de outras observações

Quadro de registo de Sinais Vitais e outras observações

N.º da semana	Data	Hora	Resultados antes da aplicação da massagem terapêutica			Observações/ Notas relevantes
			Tensão Arterial (TA) (mmHg)	Frequência cardíaca (FC) (bat/min)	Frequência Respiratória (FR) (ciclos/min)	
1º semana	___/___/___	__:__				Intercorrências: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> . Quais? Alteração de medicação: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> . Qual?
	___/___/___	__:__				Intercorrências: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> . Quais? Alteração de medicação: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> . Qual?
2º semana	___/___/___	__:__				Intercorrências: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> . Quais? Alteração de medicação: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> . Qual?
	___/___/___	__:__				Intercorrências: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> . Quais? Alteração de medicação: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> . Qual?
3ª semana	___/___/___	__:__				Intercorrências: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> . Quais? Alteração de medicação: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> . Qual?
	___/___/___	__:__				Intercorrências: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> . Quais? Alteração de medicação: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> . Qual?
4ª semana	___/___/___	__:__				Intercorrências: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> . Quais? Alteração de medicação: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> . Qual?
	___/___/___	__:__				Intercorrências: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> . Quais? Alteração de medicação: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> . Qual?

APÊNDICE VII

Lista de verificação das manobras executadas pelos enfermeiros durante o protocolo da massagem terapêutica

Verificação do Protocolo da Massagem Terapêutica traduzida de Tiffany Field

Ordem de observação 1

2

Atividades de comportamento		Pontuação
Cabeça/pescoço (2min)	Alongamento do pescoço (5 vezes) Alisamento dos músculos ao longo do rosto e da mandíbula (5 vezes); Effleurage nas laterais da região frontal (5 vezes)	0 1 2 3
Braços (4min/cada)	Petrissage começando do pulso até à região umeral, inclusive, aumentando 4- 6 polegadas (5 vezes); Petrissage da região axilar em direção ao peito (5 vezes) Fricção do esterno em direção ao ombro (5 vezes); Movimentos lentos do braço incluindo flexão, abdução, adução horizontal e abdução e rotação do úmero.	0 1 2 3
Costas (5min)	Effleurage da região lombar para os ombros e para os braços (10 vezes); Amassar os músculos do trapézio e da cervical (5 vezes); Fricção ao longo de ambos os lados da coluna vertebral (5 vezes);	0 1 2 3
Pernas/pés (7min/cada)	<u>Em posição ventral (3min/cada):</u> Petrissage do tendão de Aquiles (5 vezes); Amassamento dos gêmeos (5 vezes); Effleurage desde o calcanhar até aos glúteos (5 vezes); Amassamento dos glúteos (5 vezes); <u>Em posição dorsal (4min/cada):</u> Tração de ambas as pernas e cada perna separadamente (5 vezes, 5 seg cada); Massagem dos pés, incluindo amassamento do calcanhar (5 vezes); Amassamento dos quadricípedes (5 vezes); Effleurage do pé até à coxa (5 vezes);	0 1 2 3

0 – Nem o tempo, nem a sequência da intervenção estão corretas

1 – O tempo adequado, mas a sequência da massagem terapêutica não

2 – O tempo não está adequado, mas a sequência da massagem terapêutica está bem

3 – Tudo correto