



Perceção de sobreviventes de cancro relativamente ao efeito de um programa de exercício físico no seu Bem-Estar Psicológico e Imagem Corporal

Relatório de Estágio apresentado com vista à obtenção do 2º ciclo em Atividade Física e Saúde, da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, ao abrigo do Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, na redação dada pelo Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto.

Orientador: Professora Maria Paula Maia dos Santos

Mónica Irene Conceição Pereira

Porto, 2019

Ficha de Catalogação:

Pereira, M. (2019). Perceção de sobreviventes de cancro relativamente ao efeito de um programa de Exercício Físico no seu Bem-Estar Psicológico e Imagem Corporal. Porto: M. Pereira. Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre em Atividade Física e Saúde, apresentado à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Palavras-chave: ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE, CANCRO, IMAGEM CORPORAL, BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

Agradecimentos

Pela essencial colaboração, contributo e apoio que diversas pessoas me transmitiram, expresso a minha gratidão:

Aos meus pais e ao meu irmão, por todo o apoio que me deram. Sem vocês isto não seria possível;

À FADEUP pela formação que me proporcionaram;

À Associação Portuguesa de Leucemias e Linfomas e ao Porto Lazer, por me darem a oportunidade de fazer parte do programa;

À professora Maria Paula Santos, pelo auxílio, conhecimentos e profissionalismo transmitidos;

A todas as pessoas que fazem parte do programa, pela forma como me receberam e por terem confiado no meu trabalho;

E agradeço também a todos aqueles que não mencionei, mas que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste trabalho.

Muito obrigada!

Índice

AGRADECIMENTOS	III
ÍNDICE DE FIGURAS	VII
ÍNDICE DE TABELAS	VII
RESUMO	IX
ABSTRACT	XI
ABREVIATURAS	XIII
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I	3
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
O INDIVÍDUO COM CANCRO	5
EFEITOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS E SOCIAIS DO TRATAMENTO DO CANCRO	5
IMAGEM CORPORAL	8
FADIGA RELACIONADA COM O CANCRO (FRC)	12
EXERCÍCIO FÍSICO E O CANCRO	13
CAPÍTULO II	17
PLANO DE ESTÁGIO	17
1. DIMENSÃO PESSOAL	19
1.1. EXPECTATIVAS INICIAIS	21
1.1.1. <i>Expectativas iniciais gerais</i>	21
1.1.2. <i>Expectativas iniciais específicas</i>	21
2. CONTEXTO DA PRÁTICA	23
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO	25
2.2. POPULAÇÃO ALVO DO “DE VOLTA À FORMA”	26
2.3. RECURSOS HUMANOS	26
2.4. RECURSOS MATERIAIS	27
2.5. EQUIPAMENTO	27
3. PLANEAMENTO E JUSTIFICAÇÃO	29
3.1. DEFINIÇÃO INICIAL DA ÁREA DE INTERVENÇÃO	31
3.2. CALENDARIZAÇÃO E HORÁRIO DO ESTÁGIO	31
3.3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	31
4. REFLEXÃO FINAL	37
4.1. REFLEXÃO FINAL	39
CAPÍTULO III	41
ESTUDO QUALITATIVO	41
METODOLOGIA	43
PARTICIPANTES	43
ENTREVISTAS	43
ANÁLISE DOS DADOS	44
RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
PERCEÇÕES ACERCA DO CORPO E DA IMAGEM CORPORAL	45
<i>O efeito sentido – Imagem Corporal:</i>	45

1. <i>Sentimentos no corpo</i>	45
2. <i>Sentimentos para com os outros/as</i>	46
3. <i>Sentimentos para si (Intrapessoal)</i>	47
CONCLUSÃO	49
BIBLIOGRAFIA	51

Índice de Figuras

FIGURA 1 - CARTAZ DO PROGRAMA "DE VOLTA À FORMA" -----	25
--	----

Índice de Tabelas

TABELA 1 – RESULTADOS DOS TESTES (<i>HAND GRIP STRENGTH TEST</i> E <i>6MIN WALK TEST</i>) -----	33
---	----

Resumo

A elaboração do presente documento nasce no âmbito da Unidade Curricular do Estágio Profissional inserida no plano de estudos da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, relativo ao Mestrado em Atividade Física e Saúde. A sua realização visa documentar as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Profissional, que decorreu no programa “De Volta à Forma”, através de uma análise crítica e reflexiva de todo o processo. O Estágio Profissional neste programa foi conduzido por um núcleo de estágio composto por dois elementos, ambos do sexo feminino, sob orientação da professora orientadora da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Maria Santos.

O estudo revela a importância de considerar as perceções dos participantes, uma vez que grande parte dos benefícios pode não ser objetivamente mensurada através de parâmetros quantitativos, podendo contribuir para uma melhor compreensão dos efeitos benéficos dos programas de exercício estruturado para doentes oncológicos, no contexto comunitário.

Palavras-chave: ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE, CANCRO, IMAGEM CORPORAL, BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

Abstract

This report was prepared under the scope of the Professional Internship Course of the Master in Physical Activity and Health from the Faculty of Sports of the University of Porto. Its purpose is to document the activities developed during the Professional Internship, which took place in the “De Volta à Forma” program, through a critical and reflective analysis of the whole process. The Professional Internship in this program was conducted by a group of two elements, both female, under the guidance of a supervisor from the Faculty of Sports of the University of Porto, Maria Santos.

The study reveals the importance of considering participants' perceptions, as most of the benefits may not be objectively measured by quantitative metrics. The goal lies in a better understanding of the beneficial effects of structured exercise programs for oncologic patients.

Keywords: PHYSICAL ACTIVITY, HEALTH, CANCER, BODY IMAGE, PSYCHOLOGICAL WELL BEING

Abreviaturas

APLL - Associação Portuguesa de Leucemias e Linfomas

FRC - Fadiga relacionada com o Cancro

IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física

NCCN - National Comprehensive Cancer Network

Introdução

A atividade física é essencial para a nossa saúde e bem-estar. Atividade física adequada e desporto para todos constituem um dos pilares para um estilo de vida saudável, a par de alimentação saudável, vida sem tabaco e o evitar de outras substâncias perniciosas para a saúde. A evidência científica e a experiência disponível mostram que a prática regular de atividade física e o desporto beneficiam, quer fisicamente, quer socialmente, quer mentalmente, toda a população, homens ou mulheres, de todas as idades, incluindo pessoas com incapacidades.

Apesar disso, o mundo tem assistido a um aumento significativo das doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas. Este aumento global, epidémico, destas doenças está estritamente relacionado com alterações dos estilos de vida, nomeadamente, o tabagismo, sedentarismo e a uma alimentação não saudável.

Sendo o desporto uma das minhas grandes paixões e, a saúde, uma área ao qual sempre me suscitou curiosidade, debruicei-me neste desafio, de estudar a influência da atividade física na doença do século XXI, o cancro. O meu objetivo foi aprofundar os meus conhecimentos relativamente a este processo, de tentar melhorar a vida de doentes oncológicos, tanto na fase de tratamento como na fase de recuperação física, para se tornarem mais confiantes e aptos a todos os desafios diários e, por fim, de analisar a perceção dos participantes do programa relativamente ao efeito do exercício físico no seu Bem-Estar Psicológico e Imagem Corporal

O presente Relatório de Estágio apresenta uma estrutura que se centra essencialmente em três capítulos. O primeiro capítulo diz respeito ao “Enquadramento Teórico”. O segundo capítulo, diz respeito ao “Plano de Estágio”, descrevendo a experiência vivida no Estágio. Relativamente ao terceiro capítulo, “Estudo Qualitativo”, é referenciado o estudo e análise qualitativa realizada durante o Estágio Profissional, particularmente direcionado para o bem-estar psicológico e a imagem corporal.

Capítulo I

Enquadramento Teórico

Enquadramento teórico

O indivíduo com cancro

O termo “cancro” é uma designação que permite identificar, de forma geral, o amplo conjunto de doenças designadas por tumores malignos (Ribeiro, 2005). Estes são muito díspares, uma vez que ostentam causas, evoluções e tratamentos diferentes, conforme o tipo de tumor. Todavia, todos os tipos de cancro têm em comum a divisão celular descontrolada das células, conduzindo ao desequilíbrio orgânico (Schwartzmann, 1991). Segundo o mesmo autor, os genes impulsadores do cancro são denominados de oncogenes. O choque e o stress que ocorre nos pacientes, após o diagnóstico, são comuns (Ogden, 1999).

Em todo o mundo, o cancro na mama é a localização neoplásica maligna mais frequente (Patrão e Leal, 2004). Segundo Ribeiro (2005), o cancro do pulmão, da mama e do tubo gastrointestinal, em simultâneo, representam mais de 50% da incidência total de cancro.

Derivado do tratamento oncológico, depois do diagnóstico de cancro, o indivíduo passa por um conjunto de transformações a nível corporal. A resposta face à doença é sempre uma reação de perda, privação da funcionalidade de órgãos, falta de capacidades psicossociais e carência de intimidade (Dias & Durá, 2002). Desta forma, Santos e Vieira (2011) defendem que, por exemplo, a cirurgia mamária pode ser experienciada de forma traumática, dependendo do valor que se concede à imagem corporal. Portanto, o impacto físico leva a uma tensão psicológica, uma vez que os indivíduos estão constantemente a lembrar-se da doença e da eventualidade de não recuperarem a capacidade física que detinham anteriormente (Collins et al., 2004).

Efeitos físicos, psicológicos e sociais do tratamento do cancro

O procedimento médico, para Ribeiro (2014), atua não só sobre a doença, mas também sobre o paciente. As consequências do tratamento são filtradas

pelas crenças, atitudes e valores do doente que influenciam, em simultâneo, nas suas capacidades físicas, no seu bem-estar, na vida social e na sua situação profissional.

Apesar de alguns doentes conseguirem adaptar-se à doença, outros apresentam dificuldades nesse processo após o diagnóstico, sendo possível a ocorrência de perturbações emocionais, como é o caso da ansiedade e/ou depressão clinicamente significativas (Cardoso et al., 2009).

Os efeitos adversos do tratamento do cancro têm um impacto geral no bem-estar físico dos doentes, verificando-se restrições perceptíveis na aptidão física, alterações negativas na composição corporal, aumento da fadiga, ansiedade ou depressão (DieliConwright & Orozco, 2015). Alguns destes efeitos secundários resultam na diminuição da capacidade cardiorrespiratória, em limitações a nível de mobilidade e funcionalidade dos membros superiores e também num aumento do peso (Jones et al., 2012).

Ainda relativamente às alterações físicas, estas atingem a relação dos pacientes com as pessoas mais próximas. Para além de uma marca física, as transformações corporais são também uma representação social da presença do cancro (Rasmussen et al., 2010). No caso específico da alopecia, a perda de cabelo poderá ter um enorme impacto na autoimagem, fundamentalmente nas mulheres, devido ao papel importante que geralmente lhe é atribuído (Ogden, 2008).

Desta forma, as intervenções referentes à manutenção e/ou recuperação da qualidade de vida são essenciais em diferentes vanguardas. Os indivíduos afetados emocionalmente pela gravidade da doença e do tratamento médico são, inevitavelmente, menos crenes, colaboradores e capazes de usufruir da assistência que lhes é facultada (Justo, 2015).

Em contexto profissional, tendo em conta que a doença pode implicar mudanças definitivas ou temporárias, o regresso à atividade profissional é, muitas vezes, um processo vivido com insegurança. Alguns autores defendem

que sejam realizados programas de intervenção em grupo, que tenham como objetivo capacitar os doentes para o regresso ao trabalho (Rasmssen & Elverdam, 2008). Assim, a criação de grupos com pessoas que tenham vivido situações semelhantes, neste caso, ameaçadoras da sua vida e da sua saúde são de grande potencial terapêutico (Costa, 2015). Num estudo realizado a mulheres com cancro da mama, onde participaram num programa em grupo de 6 semanas de exercício aeróbio (9h/semana), foi possível apurar melhorias significativas no bem-estar e na saúde mental dessas pacientes (Midtgaard et al., 2006).

Paredes, Canavarro e Simões (2011) realizaram um estudo em que procuraram comparar o ajustamento emocional e a qualidade de vida de doentes diagnosticados com cancro do osso e tecidos moles, que se encontravam em diferentes fases do percurso da doença. Nas diferentes fases da doença, a maioria dos doentes com sarcoma revelou níveis normais ou ligeiros de ansiedade e depressão, mas, uma minoria considerável apresentou níveis moderados a severos. De um modo geral, os doentes em cada etapa da doença revelaram um distress emocional sem relevância clínica e comparável ao de indivíduos saudáveis. Somente os doentes a realizarem tratamento exibiram níveis de depressão significativamente superiores aos manifestados pelos sobreviventes na fase de *follow-up*. Na fase de diagnóstico e tratamento observou-se uma pior perceção de qualidade de vida global e na dimensão física, quer comparativamente à fase de *follow-up* quer aos controlos saudáveis. O impacto na qualidade de vida, de um modo geral, parece ser mais evidente na fase de tratamento dados os piores níveis de funcionamento em diversas áreas da vida e a maior experiência de sintomas físicos, principalmente em relação à fase de *follow-up*. Os sobreviventes livres de doença apresentam uma qualidade de vida comparável à de indivíduos da população geral, nas suas diferentes dimensões. Concluindo, o número de doentes que exhibe um distress emocional significativo (entre 25,0% e 29,6% para a ansiedade e 8,3% e 23,6% para a depressão) e o impacto do cancro do osso e tecidos moles na qualidade de vida, principalmente na fase de diagnóstico e durante os tratamentos, apelam para a necessidade de implementar intervenções multidisciplinares em indivíduos

diagnosticados com este tipo específico de patologia oncológica. Estas intervenções deverão incluir um componente psicossocial e ser adaptadas a cada fase da trajetória da doença.

Numa outra vertente, Dias et al. (2001) afirmam que as preocupações pessoais da doente e o impacto ao nível da sua autoimagem remetem para medos e fantasias recalcadas que comprometem a relação conjugal e a sua sexualidade. No mesmo sentido, Pereira e Mestre (1997) mencionam que as perdas narcísicas associadas à cirurgia e aos tratamentos têm um impacto grave na vida relacional da mulher que sofre de cancro de mama.

Não obstante, Dias et al. (2001) consideram que, na maior parte dos casos, a doença oncológica acaba por fortalecer a relação conjugal no que toca à comunicação e à intimidade. Contrariamente ao referido por estes autores, Estapé (2002) afirma que as relações conjugais são o fator mais deteriorado nos pacientes com cancro da mama. Segundo a autora, a diminuição da autoestima, na mulher mastectomizada, repercute-se na sua autoimagem, afetando a sua sexualidade e, por consequência, a relação com o companheiro.

Imagem Corporal

No caso do cancro da mama, os tratamentos a que o indivíduo é submetido, trazem alterações da imagem corporal, relacionadas com a mastectomia e com a alopecia (Razavi e Delvaux, 2002). Essencialmente no caso da mulher, a amputação a que é submetida coloca, para além da ameaça à vida, o problema da perda de uma parte do corpo com conotações especiais quanto à autoestima, sexualidade e feminilidade (Marques et al., 1991). Os mesmos autores referem que, no caso da mastectomia radical, é significativa a ocorrência de depressão, ansiedade, baixa autoestima e deterioração da atividade sexual, acrescentando, com base em Maguire (1980) que, o diagnóstico de depressão duplica nas doentes que realizaram quimioterapia (Marques et al, 1991).

O corpo, como elemento principal da expressividade do ser humano, pode

assumir diferentes traduções, podendo até contradizer-se a si próprio. A vivência corporal implica, deste modo, a existência biológica e a existência pessoal, que se pode designar de fusão entre a alma e o corpo (Oliveira, 2004). Já em 1935, com base em princípios psicanalíticos (Schilder, 2004) atribuía-se uma dimensão absoluta à imagem corporal, através da qual se estabeleciam estreitas relações entre a imagem corporal e a psicanálise. Segundo o mesmo autor, o termo imagem corporal significa que não estamos perante uma mera sensação ou imaginação, mas sim que existe uma perceção do corpo, embora esta nos chegue através dos sentidos. Existem figurações e representações mentais envolvidas, mas não é uma mera representação, nem uma simples perceção (Oliveira, 2004).

Schilder (2004) descreve a imagem corporal como as relações intra e interpessoais e os sentimentos do indivíduo para consigo, para com os outros e para com o ambiente, sendo, desta forma, essencial compreender que cada atitude e ação, estejam envoltos num universo de representações compostas pela vida de cada um. Também Oliveira (2004) refere que os sentimentos e as experiências individuais e da imagem corporal estão de tal forma relacionados que, existe a possibilidade de alguns indivíduos projetarem a culpa no seu próprio corpo, em função das imperfeições abrangidas noutras facetas de si próprias. Isto é, os indivíduos com propensão para adotar uma visão negativa quanto à sua imagem corporal, irão apresentar-se mais melindráveis às experiências negativas do seu *eu*, ou seja, da imagem consciente e/ou inconsciente que o sujeito tem acerca de si próprio, ao longo da sua vida (Ferreira, 2004).

Outros estudos analisam a relação entre o cancro e o autoconceito, sendo este definido como um sistema cognitivo, avaliativo e comportamental (Bruges, 2001). Assim, há estudos que concluem que o baixo autoconceito físico em doentes oncológicos, num período inferior ou igual a 3 meses após a mastectomia, está correlacionado com a depressão, ansiedade, sensibilidade interpessoal e hostilidade (Vicente e Marques, 2003).

Relativamente à componente cognitiva, Bruges (2001) menciona o aspeto

perceptivo do autoconceito, que determina por autoimagem, composta por três subcomponentes: a autoimagem real, a ideal e a social. A autoimagem real refere-se à percepção que a pessoa tem das suas próprias características e atributos. A autoimagem ideal abrange a percepção que o indivíduo possui acerca das suas ambições nos diversos aspetos da sua vida. Já a autoimagem social reúne a crença acerca do sujeito em si mesmo, em função da opinião dos que o envolvem.

O sistema avaliativo abrange a autoestima, constituindo esta um processo de autoavaliação. A autoestima constitui o núcleo da personalidade (Bruges, 2001). Desta forma, é possível perceber que a alteração da imagem corporal provocada pela alopecia e pela mastectomia pode conduzir alterações do autoconceito e, conseqüentemente, da autoestima.

No caso da mulher, avalia-se como um dado adquirido que o seio seja um símbolo de feminilidade, de atração sexual e do princípio da vida, oriundo da amamentação, simbolizando a identidade feminina. Assim, a mastectomia agride a identidade da mulher. O nível desta agressão está submisso na relação que a mulher mantém com o seu corpo e a forma como encara a alteração física a que foi sujeita (Burton e Watson, 1998), tal como do meio sociocultural onde está inserida (Oliveira, 2004). Razavi e Delvaux (2002) referem que cerca de 3 a 12 meses após a intervenção de uma mastectomia, a alteração da forma corporal é maior preocupação dos pacientes.

Spencer, Carver e Price (1998) e Razavi e Delvaux (2002), afirmam que o stress emocional é mais elevado na fase de diagnóstico e que ocorre uma diminuição significativa após 4 a 6 meses do diagnóstico. Segundo Spencer, Carver e Price (1998), o stress psicológico, somático e a ansiedade diminuem gradualmente ao longo do primeiro ano após o primeiro diagnóstico, embora alguns receios se prolonguem ao longo de muitos anos após o terminar os tratamentos.

É estimado que cerca de 50% das mulheres com cancro da mama tenham intensificado os níveis de ansiedade, podendo ocorrer uma depressão, no

espaço de um ano, após o diagnóstico (Burges et al., 2005). Estas condições influenciam negativamente a qualidade de vida em geral, aumentam o risco de propagação de comorbidades e o desenvolvimento de novos cancros, podendo elevar o risco de morte (Dieli-Conwright & Orozco, 2015).

Num estudo realizado por Fonseca (2011), pretendeu-se caracterizar os níveis de sentido de vida, otimismo, imagem corporal, depressão e satisfação com a vida num grupo de mulheres com cancro da mama, bem como comparar mulheres mastectomizadas e tumorectomizadas em relação a estas mesmas variáveis. Adicionalmente, pretendeu-se estudar a relação da idade, do tempo decorrido desde o diagnóstico, do sentido de vida, do otimismo, da imagem corporal e da depressão com a satisfação com a vida (variável através da qual se avaliou a adaptação à doença). Participaram neste estudo 55 mulheres com cancro da mama com idades compreendidas entre os 32 e os 79 anos ($M = 54.33$, $DP = 11.03$), submetidas a intervenção cirúrgica no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial. As participantes formavam dois grupos: um constituído por 26 mulheres tumorectomizadas e outro composto por 29 mulheres mastectomizadas. Os resultados indicam que a maioria das participantes do estudo não apresenta sintomatologia depressiva. 12.6% das participantes apresenta sintomatologia moderada ou grave. Relativamente à perturbação na imagem corporal o valor médio obtido indica uma perturbação ligeira. A satisfação com a vida destas mulheres aponta para valores acima da média. Para além disso, foi encontrada uma relação positiva significativa entre o sentido de vida e a satisfação com a vida e entre o otimismo e a satisfação com a vida. Altos níveis de otimismo e de sentido de vida surgem associados a maior satisfação com a vida e, portanto, a maior adaptação à doença. Pelo contrário, a relação entre a imagem corporal e a satisfação com a vida e entre esta última e a depressão é inversa. Altos valores de depressão e de perturbação na imagem corporal estão associados a uma menor satisfação com a vida e, por conseguinte, a pior adaptação à doença. Não se verificou uma relação significativa entre a idade e a satisfação com a vida, nem entre o tempo de diagnóstico e a satisfação com a vida. Ao comparar as variáveis principais deste estudo entre os dois grupos de doentes,

tumorectomizadas e mastectomizadas, só se encontraram diferenças estatisticamente significativas na imagem corporal, sendo a perturbação na imagem corporal superior em mulheres mastectomizadas.

Também Moreira e Canavarro (2012) efetuaram uma pesquisa bibliográfica em bases de dados nacionais e internacionais, pretendendo rever o vasto conjunto de investigações sobre a influência do tipo de cirurgia (mastectomia e cirurgia conservadora) na adaptação psicossocial e imagem corporal da doente, que deu origem à revisão detalhada de 23 publicações científicas. A grande maioria dos estudos não encontrou diferenças significativas entre grupos cirúrgicos, nos principais indicadores de adaptação psicossocial, ainda que este resultado não seja consensual. A única diferença constante encontrada refere-se à imagem corporal da mulher, ou seja, as doentes que conservam a mama reportam uma imagem corporal mais positiva.

Estas variações do foro psicológico têm sido alvo de investigação, sendo que a literatura sugere que alguns dos efeitos desta problemática, para além da depressão e ansiedade, sejam as perturbações de humor (Dias & Durá, 2002), raiva e frustração (Phillips, 2006).

Fadiga relacionada com o Cancro (FRC)

A Fadiga relacionada com Cancro é definida pela National Comprehensive Cancer Network (NCCN) como uma sensação de esgotamento, cansaço físico, emocional e cognitivo, devido ao cancro ou ao tratamento do mesmo, que restringe a capacidade do indivíduo em executar as atividades diárias (Mock et al., 2000).

Uma meta-análise, que incluiu 27 estudos (12,327 sobreviventes de cancro da mama), cujos objetivos eram analisar fatores de risco demográficos, estimar o predomínio e descrever o nível de fadiga após o tratamento do cancro, concluiu que cerca de um em cada quatro sobreviventes de cancro da mama sofre de fadiga e que, o risco de fadiga depende do estágio de desenvolvimento do cancro

e do tipo de tratamento. Desta forma, os sobreviventes que se encontravam em estádios de cancro mais avançados e os que eram tratados com quimioterapia apresentavam um risco de fadiga mais elevado do que aqueles que se encontravam em estádios menos avançados do cancro e sem quimioterapia. Já os sobreviventes tratados com cirurgia e cirurgia mais radioterapia exibiam menor risco de fadiga do que os sobreviventes tratados com hormonoterapia (Abraham et al., 2016).

Em suma, a atividade física regular e prescrita corretamente provoca uma redução do risco de cancro até 30%, além de ser um mecanismo incontestável no controlo do peso. Nos casos de diagnóstico de cancro, vários estudos apontam o exercício físico como uma forma alternativa na preservação das funções fisiológicas e metabólicas, particularmente na preparação física e psicológica do indivíduo para encarar o tratamento. Durante as fases do tratamento, auxilia na manutenção do peso e das funções neuromusculares e no combate de estados de fadiga e caquexia (Bacurau & Rosa, 1997).

Exercício Físico e o Cancro

O sistema imunológico e o metabolismo celular interagem constantemente por meio de proteínas imuno-moduladoras, denominadas citocinas, com o objetivo de manter a dinâmica e a comunicação entre os sistemas, sendo, na atualidade, amplamente difundido nas diversas áreas do conhecimento, principalmente no campo da saúde, como imunometabolismo. As principais doenças do século XXI, incluindo o cancro, caracterizam-se por apresentar processos inflamatórios bem elucidados, aos quais provocam o agravamento da doença e a instalação de comorbidades associadas à alteração metabólica. De forma geral, a resposta inflamatória está associada à dieta inadequada e ao sedentarismo, modificando a dinâmica metabólica entre citocinas, ácidos gordos e endotoxinas e ativando, assim, fatores de transcrição genética. Por outro lado, a prática regular de exercício físico é amplamente recomendada como potente ferramenta na prevenção e tratamento de distúrbios metabólicos em virtude do seu poder anti-

inflamatório e antiaterogénico por meio da produção de miocinas advindas do músculo-esquelético e com atuação anti-inflamatória, provenientes dos estímulos gerados pela contração muscular, e pela ativação de proteínas e fatores de transcrição genética (Antunes et al., 2017). Exercício físico de intensidade moderada estimula uma resposta pró-inflamatória, enquanto que, os de alta intensidade tendem a promover respostas anti-inflamatórias visando diminuir os danos na musculatura esquelética (Terra et al., 2012).

A atividade física revela-se preventiva relativamente ao cancro por ativar mecanismos biológicos que atuam no sistema imunológico, através do aumento de enzimas ativas nos radicais livres e células “*natural-killer*”, às quais podem inibir a formação do tumor (Bacurau & Rosa, 1997).

O estudo sobre exercício físico em oncologia tem crescido exponencialmente nos últimos anos. Algumas das primeiras investigações foram efetuadas em mulheres com cancro da mama, que passaram pelo processo de quimioterapia, no final da década de 1980 (DieliConwright & Orozco, 2015). Através de vários procedimentos, o exercício físico retarda e diminui o crescimento do tumor (Desnoyersa et al., 2016).

A literatura indica que o exercício físico tem vários benefícios para doentes oncológicos, tais como, melhorias na aptidão física, na qualidade de vida e nos indicadores psicológicos de bem-estar, como a melhoria da sensação de bem-estar e da capacidade de enfrentar o tratamento do cancro (Milne et al., 2008).

Uma recente meta-análise, foi realizada com o objetivo de avaliar os diferentes parâmetros da prescrição de exercício físico durante o tratamento do cancro na fadiga relacionada com o cancro (FRC) e de obter informações sobre a segurança e a viabilidade do exercício durante o tratamento do cancro. No total, foram 18 estudos, dos quais, 12 de cancro da mama, 4 na próstata e 2 em outros locais. Durante o tratamento do cancro de mama, a atividade física doméstica levou a uma redução pequena e não significativa, enquanto o exercício aeróbio supervisionado revelou uma redução média significativa na FRC, em comparação com nenhum exercício. Numa análise a um dos

subgrupos, a atividade física doméstica, o treino aeróbio supervisionado e o treino de força em pacientes com cancro na próstata não mostraram redução significativa da FRC em obséquio do exercício físico em grupo. De forma geral, esta meta-análise concluiu que, ao longo do tratamento, o exercício físico tem resultados benéficos sobre a fadiga geral e fadiga física (Van Vulpen et al., 2016).

Uma análise de 24 estudos empíricos permitiu concluir que, no geral, o exercício físico tem um efeito positivo na qualidade de vida, após o diagnóstico do cancro da mama, promovendo o bem-estar físico, nomeadamente, a composição corporal, capacidade funcional, força, fadiga e náuseas, e ainda o bem-estar psicológico e emocional, isto é, a autoestima, o estado de humor e também a demonstração da personalidade (Valenti et al., 2008).

Em suma, pelo menos no caso do cancro da mama, o exercício físico tem vindo a ser fortemente associado à melhoria da qualidade de vida. Alguns estudos efetuados, com o objetivo de avaliar o impacto do exercício na qualidade de vida após tratamento de cancro, concluíram que existem efeitos positivos nos sobreviventes mais ativos (Couneya & Friedenreich, 2003).

Capítulo II

Plano de Estágio

1. Dimensão pessoal

1.1. Expectativas Iniciais

As expectativas iniciais foram uma linha orientadora para o que seria o percurso no programa. Todas as expectativas previamente definidas, ou seja, os objetivos a que me propus, foram atingidos. Dentro destas expectativas existem as gerais e as específicas. As gerais são os objetivos mais amplos e que abrangem todas as áreas de intervenção do projeto. As específicas são os objetivos específicos para a área de intervenção.

1.1.1. Expectativas iniciais gerais

- Tomar conhecimento da realidade da doença oncológica;
- Aprofundar competências que habilitem uma intervenção profissional qualificada;
- Aplicar conhecimentos teóricos e práticos apreendidos ao longo da minha experiência profissional e do conhecimento adquirido nas unidades curriculares lecionadas na licenciatura, mestrado e fora dele;
- Observar e refletir em qualquer intervenção, melhorando sempre o meu desempenho;
- Desenvolver capacidades comunicativas e de interação com os alunos de forma a ser clara na informação que transmito.

1.1.2. Expectativas iniciais específicas

- Observar e analisar a forma como cada aluno se vê e age consoante as suas limitações ou pela passagem do processo de tratamento, ajudando no meu entendimento do grupo;
- Lecionar as aulas, evitando utilizar métodos de treino ou exercícios não recomendados às suas patologias;

- Adotar uma postura positiva e transmitir aos alunos o *feedback* adequado, de forma a que melhorem tanto a nível da condição física como bem-estar mental;
- Ajudar os alunos sempre que estes necessitem, corrigir a execução menos conseguida dos exercícios, identificando os erros que estão a ser cometidos, para que posteriormente o indivíduo consiga realizar os exercícios com sucesso;
- Incluir nas minhas explicações da aula as componentes pedagógicas no ensino dos movimentos ou exercícios.

2. Contexto da Prática

2.1. Caracterização do Projeto

O “De Volta à Forma” é um programa inovador de reabilitação física especificamente desenvolvido para doentes oncológicos dos centros hospitalares do Grande Porto. Trata-se de uma iniciativa única em Portugal, promovida pela Associação Portuguesa de Leucemias e Linfomas (APLL) e pela Porto Lazer, com a colaboração do Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, cujos alunos monitorizam as atividades.

O objetivo do programa é a reabilitação física dos doentes e o combate à perda de massa muscular após os tratamentos. O programa realiza-se duas vezes por semana, quartas e sextas-feiras, das 15h30 às 16h30, nas Piscinas Municipais da Constituição, no Porto.

No que diz respeito à aula, baseia-se num treino dividido em 3 partes: aquecimento, trabalho das capacidades físicas gerais e o retorno à calma/alongamentos. A programação do treino é adaptada às diferentes capacidades, limitações e faixa etária de cada pessoa.

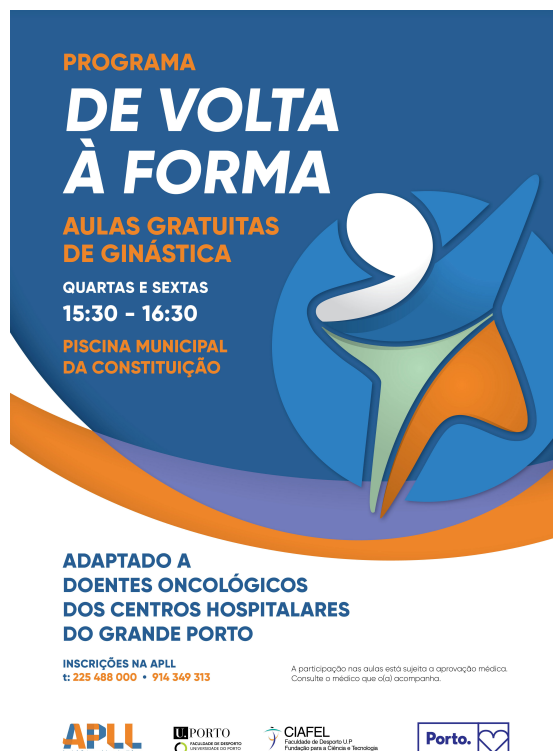


Figura 1 - Cartaz do programa "De Volta à Forma"

2.2. População Alvo do “De Volta à Forma”

O “De Volta à Forma” trata-se de uma entidade que procura dar resposta a todos os doentes oncológicos que procuram a reabilitação física e não apresenta qualquer restrição a nível da idade dos indivíduos.

Atualmente, a população que se encontra a frequentar o programa contém utentes com idades compreendidas entre os 45 aos 72, existindo um elemento do sexo masculino e nove do feminino. A filosofia deste projeto passa por uma máxima que defende a ideia de que a partir do momento em que o indivíduo se sinta capaz de realizar exercício físico, e apresente condições físicas propícias à prática de atividade física, não haverá nenhum obstáculo que se oponha à aprovação do utente no programa.

2.3. Recursos Humanos

Para que houvesse um funcionamento harmonioso no projeto “De Volta à Forma”, no ano 2018/19, existiam duas professoras responsáveis por dar a aula, de acordo com os seus horários, que eram:



Mónica Pereira



Ana Miranda

2.4. Recursos Materiais

No que diz respeito aos recursos materiais, as aulas decorreram em salas da Piscina Municipal da Constituição.

2.5. Equipamento

No que concerne aos equipamentos disponíveis, a sala encontrava-se devidamente equipada com material de qualidade. Os materiais disponíveis eram bicicletas, bandas elásticas, halteres, bolas medicinais, escadas de agilidade, plataformas instáveis, *steps*, *battle rope*, barras e discos.

3. Planeamento e Justificação

3.1. Definição inicial da área de intervenção

Ao longo do estágio e tal como foi decretado inicialmente na reunião com a minha orientadora, ficou determinado que a área de intervenção onde me iria focar seria nas aulas aos doentes oncológicos que fazem parte do projeto, sendo que, planearia e lecionaria as aulas a todos os indivíduos, tendo uma especial atenção a todas as complicações e impedimentos individuais de cada aluno, derivados do tratamento a que se submeteram ou a que ainda se submetem.

3.2. Calendarização e Horário do Estágio

A calendarização do estágio foi definida, pela minha orientadora, para o 1º e 2º semestre, sendo que iniciou em Outubro e terminou em Junho. Desta forma, o 1º semestre foi um período de integração, observação, análise das capacidades físicas de cada indivíduo e da retoma à prática de atividade física. O 2º semestre teve como objetivo uma maior pormenorização de treino relativamente às necessidades físicas de indivíduos que procuram a reabilitação física.

O horário de estágio teve uma carga de uma hora semanal. As aulas decorriam à quarta e sexta-feira, das 15h30 às 16h30, sendo que eu estava responsável pela aula de sexta-feira.

3.3. Atividades desenvolvidas

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio foram ao encontro do planeado inicialmente. Assim sendo, a atividade que foquei foi de análise, reflexão e estudo, de forma a lecionar as aulas da forma mais instrutiva.

Inicialmente, de forma a conhecer melhor o grupo que pertencia ao programa, foram entregues aos indivíduos alguns questionários, dos quais o Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2), o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) e um questionário Sociodemográfico. Apesar de os ter realizado, decidi

não os utilizar como forma de estudo e análise na realização deste relatório devido à amostra desta ser muito reduzida (10 indivíduos). Mesmo assim, foi possível ter uma perceção das pessoas que faziam parte do grupo e de como elas se sentiam perante o processo de tratamento oncológico e a atividade física. De forma muito genérica, foi possível observar que três pessoas consideraram que a sua saúde se encontrava muito fraca, cinco pessoas consideraram que era aceitável e apenas duas pessoas sentiam que a sua saúde estava boa. Numa visão abstrata, era possível perceber que o grupo tinha uma boa margem de evolução através da reabilitação física desenvolvida no programa. Numa das questões, foi possível observar que em dez pessoas, apenas 1 não apresentava medo de cair, de forma que, percebi a relevância de adestrar exercícios de equilíbrio e coordenação.

Numa vertente mais prática, foram realizados dois tipos de testes para recolher informações sobre a capacidade cardiovascular dos indivíduos e da força de preensão manual. Desta forma, para testar a capacidade cardiovascular foi realizado o *The 6 Minute Walk Test*, onde os participantes teriam que caminhar o mais rápido possível em 6 minutos com encorajamento verbal dado em intervalos de 30 segundos. O resultado é dado pela distância total percorrida durante os 6 minutos, ao longo de um percurso retangular de 45,72m, com marcações a cada 4,57m (Marques et al., 2014). Por outro lado, para analisar a força de preensão manual foi realizado o *Hand Grip Strength Test*, através de um dinamómetro digital. O resultado final foi obtido após três medições, tal como recomenda a American Society for Surgery of the Hand (1983). O dinamómetro utilizado apresenta, como resultado final, a média das três medições realizadas a cada mão.

Os resultados destes testes são revelados na tabela a seguir apresentada:

Tabela 1 – Resultados dos testes (*Hand Grip Strength Test* e *6min Walk Test*)

Nome	Força de Preensão Manual – Direita (N)	Força de Preensão Manual – Esquerda (N)	6min Walk Test (m)
Ana Fernandes	11,8	4,9	416,48
Carmen Vieira	27,2	23,8	548,64
Cecília Pereira	14,0	12,5	579,36
Cristina Lima	13,6	15,0	525,92
Elísio Cunha	43	37,6	548,64
Isabel Albuquerque	22,6	19,1	502,92
Isabel Fonseca	24,4	18,4	589,36
Maria Adelaide Sousa	17,9	16,8	470,20
Maria Augusta Gonçalves	16,0	15,8	482,92
Maria Flora Pinto	23,5	22,9	538,64

Olhando para a tabela, podemos verificar que, em todos os casos, existem diferenças na força de preensão manual. Apesar de o membro dominante, nas 10 pessoas, ser o direito, é possível apurar que os valores não apresentam linearidade com o membro dominante. Uma das razões destas diferenças pode ser o facto de um dos membros ter sido afetado devido ao tratamento do cancro. Através destes resultados e, apesar de não serem testados de forma significativa, é possível verificar que existem diferenças no nível de força dos membros sendo que, seria importante introduzir o método de treino de força no decorrer das aulas. Para além disso, sabemos que o intervalo de idade da amostra é dos 45 aos 72 anos e que, com o aumento da idade, há uma diminuição da massa corporal magra, denominada “sarcopenia” (Guccione, 2000), sendo que, de 1% a 2% por ano, a partir dos 50 anos de idade (Hughes

et al., 2002). Desta forma, é possível concluir o quanto o treino de força é importante para todos os indivíduos do programa “De Volta à Forma”.

Já no momento do planeamento do treino, era necessário ter em conta algumas das limitações do grupo, sendo que, um dos meus objetivos sempre foi que, todas as pessoas que pertenciam ao grupo se sentissem interiorizadas no programa. Assim, sempre evitei incluir na aula exercícios que alguma pessoa não pudesse realizar.

Tendo em conta que existem vários tipos de patologias no grupo, um dos meus focos iniciais foi perceber aquilo que não conseguiam ou podiam fazer, segundo ordem médica. As limitações ou sensações limitativas mencionadas foram: impossibilidade de fazerem trabalho específico da região abdominal, não ultrapassar os 2kg de carga em cada membro superior, tonturas ou quebras de tensão em exercícios com mudança da posição corporal (vertical/horizontal), dificuldade em levantar em alguns exercícios no solo e dores no seio afetado (no caso de cancro da mama) em exercícios com impacto.

Desta forma, a planificação do treino era feita de acordo com as patologias e dificuldades de cada um e incluindo exercício cardiovascular, de força, coordenação/agilidade e equilíbrio.

A aula era dividida em três partes: aquecimento, treino específico e retorno à calma.

O aquecimento era realizado num exercício contínuo na bicicleta durante 15 minutos ou através de jogos interativos que proporcionassem melhorias na capacidade cardiovascular e também na interação do grupo. Devido à realização apenas de duas aulas por semana, o objetivo foi incluir numa só aula o treino de força dos grupos musculares gerais e ainda exercícios de equilíbrio e coordenação. Também devido à discrepância de alguns membros do grupo a nível de capacidades físicas, um dos métodos que mais utilizei nas aulas foram circuitos de três séries, de 6 a 8 exercícios, com 1' de duração em cada, realizando o máximo de repetições por minuto, em que cada um incorporava o seu próprio ritmo de forma a sentir-se bem e a evoluir. Na parte final do treino, ou seja, no retorno à calma, instruía alguns alongamentos ou exercícios de

mobilidade, de forma a recuperarem da tensão e do cansaço muscular ocorrido durante a aula.

4. Reflexão Final

4.1. Reflexão Final

A planificação e a instrução de treinos e aulas sempre foi a área que me despertou mais interesse em todo o meu percurso académico. Desta vez, tive a oportunidade de fazer parte de um projeto em que relaciona mais uma das minhas áreas de interesse, a saúde e a doença do século XXI, o cancro.

Este estágio permitiu-me entrar em contacto com um mundo profissional e real ao qual não estou tão habituada, mas que sempre me despertou curiosidade, a influência de uma das minhas paixões, o desporto, na vida de doentes oncológicos.

Quando aceitei fazer parte deste projeto, questionei-me de qual seria a realidade com que me iria deparar, ao qual me surpreendeu e me fez alterar algumas das perceções que tinha em relação aos doentes oncológicos e a todo o processo ao qual as pessoas se sujeitam para sobreviverem. Para além disso, sabia que, apesar de já ter concluído a licenciatura, que teria que refletir sobre a patologia, sobre tudo o que a envolve e as consequências dela pois, infelizmente, esta área em concreto não é propriamente lecionada na faculdade, o que não nos permite adquirir uma boa base de conhecimento prévio. Desta forma, é fundamental que estejam cada vez mais presentes, nesta área, profissionais devidamente qualificados para conseguirem satisfazer as necessidades de forma saudável, motivadora e coerente e sem colocar em questão a saúde e bem-estar do aluno.

Apesar disso, em relação aos objetivos propostos inicialmente, foram, no geral, atingidos. Houve, decerto, alguma dificuldade em encontrar a forma como iria abordar este trabalho devido à reduzida amostra que faz parte deste programa. Mas, apesar dessa dificuldade, encaro a minha passagem por este projeto de forma positiva e enriquecedora.

A planificação de treino sempre foi um processo aliciante para mim, encontrar o melhor processo de treino que vá de acordo com a melhoria ou evolução de um indivíduo. Apesar de muitas vezes ter recebido, através dos participantes do programa, pedidos de planeamento de aula em modo aula de grupo, como uma aula de step, dança, zumba, etc., eu acredito que estes indivíduos conseguem

alcançar esse tipo de aulas num outro qualquer estabelecimento fitness mas, uma planificação personalizada de acordo com as suas limitações e necessárias, não o encontram, sendo que sempre achei importante manter uma linha orientadora e equilibrada entre aquilo que as pessoas querem e aquilo que elas precisam.

Em relação às competências adquiridas foi constante a aprendizagem ao longo da realização de estágio. A nível académico, permitiu-me reforçar conhecimentos sobre questões associadas a treino de força, equilíbrio e coordenação e ainda, um processo bastante enriquecedor, de encontrar ou analisar a grande variedade de exercícios substitutos, de acordo com as condições e capacidades físicas de cada pessoa.

Para além disso, durante a realização do estágio, também me foi permitido melhorar o meu relacionamento social, a capacidade de comunicação com todo o tipo de população e de saber ouvir e observar cada uma das pessoas que estão na aula de forma bastante rigorosa.

Finalizando, o estágio foi sem dúvida uma fonte de conhecimentos e de desenvolvimento de competências. O relatório desta atividade foi, por sua vez, quase como um momento de grande análise, autorreflexão e síntese sobre tudo o que aprendi.

Capítulo III

Estudo Qualitativo

Metodologia

Participantes

Para aceder às percepções das pessoas que participavam no programa “De Volta à Forma”, foram realizadas entrevistas semiestruturadas aos participantes (n = 5), com idades compreendidas entre os 56 e os 72 anos, após obtido o consentimento informado dos(as) participantes e garantida a confidencialidade dos dados.

Entrevistas

As entrevistas, realizadas sempre pela mesma pessoa, decorreram na tarde do dia 29 de julho de 2019. Os participantes foram entrevistados por ordem de chegada e, depois de realizadas todas as entrevistas foi realizado um pequeno convívio na sala da APLL, onde foi distribuída a Newsletter da Associação e tirada uma foto de grupo.

As entrevistas individuais foram realizadas numa sala reservada das instalações da Liga Portuguesa Contra o Cancro, proporcionando-se um ambiente calmo, silencioso e privado. O guião das entrevistas contemplou questões relacionadas com:

- as percepções dos participantes acerca da importância do programa na sua capacidade de realizar as tarefas do quotidiano;
- a percepção da importância do programa na sua atividade física diária;
- a percepção do corpo e da importância da participação no programa na sua relação com o corpo;
- a percepção da qualidade de vida e da relação com a participação no programa.

O guião foi delineado como sendo semiestruturado porque se pretendia uma recolha flexível de opiniões e de ideias sobre os temas investigados, e também para garantir a liberdade de introduzir novas questões em busca de mais informação. Além desses aspetos, esta opção metodológica tornou possível adaptar o instrumento de pesquisa ao nível de compreensão e de recetibilidade do(a) entrevistado(a). As entrevistas gravadas em registo áudio foram integralmente transcritas por mim e pela Ana Miranda, o outro elemento do núcleo de estágio.

Análise dos dados

Dentro das técnicas de análise de conteúdo, optou-se pela análise temática para inferência dos dados, que foram sujeitos a uma análise indutiva com o recurso ao programa QSRNVivo12Pro para a sua gestão e codificação. A análise dos dados foi realizada independentemente pelos dois elementos do núcleo de estágio, tendo uma a responsabilidade da edição do processo de codificação. Os resultados foram comparados e discutidos até ser obtido um consenso. Os procedimentos de análise e discussão foram acompanhados por uma terceira autora no sentido de promover o confronto de crenças, valores e preconceitos.

Resultados e discussão

Através da análise de conteúdo obtido das entrevistas foram identificados 8 temas. A interpretação dos temas foi dividida em dois grupos, de acordo com os objetivos de trabalho definidos por cada elemento do núcleo de estágio, ou seja, eu e a Ana Miranda.

Assim, com a mesma amostra de dados foram realizados dois estudos, um que incidiu a sua interpretação sobre os temas relacionados às perceções do corpo e da imagem corporal e outro na interpretação das perceções acerca da

qualidade de vida e atividade física. Sendo a minha escolha de tema em análise, o corpo e a imagem corporal, o seguimento do estudo vai de encontro com essa minha opção.

Percepções acerca do corpo e da imagem corporal

A análise de conteúdo permitiu identificar categorias temáticas relacionadas ao corpo e sua imagem. Considerando a perspectiva de Schilder (2004) que descreve a imagem corporal como as relações intra e interpessoais e os sentimentos do indivíduo para consigo, para com os outros e para com o ambiente, das entrevistas emergem 3 categorias.

O efeito sentido – Imagem Corporal:

1. Sentimentos no corpo

Nas entrevistas, os participantes expressam a importância da participação no programa estruturado de atividade física na melhoria de aspetos percebidos no corpo.

“eu estava sem forças, a sentir um cansaço enorme, fui fazendo consoante o meu corpo me deixava, que é mesmo assim, e, de dia para dia”

“estou a voltar ao meu normal, já deixei a medicação, também estava a tomar medicação para a retenção de líquidos e, isso tudo ajudou. Mas tenho a certeza que a ginástica também me ajudou”

O efeito do exercício é sentido, mesmo que não sejam verificadas alterações muito relevantes em alguns parâmetros mensuráveis da aptidão física.

*“Olho ao espelho, tenho 67 anos, olho o espelho e não me assusta o que vejo.
Dá-me positividade aquilo que vejo”.*

*“porque nós ao fazer o tratamento, há partes do corpo que ficam muito mais
flácidas e acho que até nesse aspeto, melhorei um bocado.”*

O corpo, como elemento principal da expressividade do ser humano, pode assumir diferentes traduções, podendo até contradizer-se a si próprio. A vivência corporal implica, deste modo, a existência biológica e a existência pessoal, que se pode designar de fusão entre a alma e o corpo (Oliveira, 2004).

Ao identificar o corpo como modo de relação com os outros e consigo mesmo, emergem então as outras duas categorias:

2. Sentimentos para com os outros/as

Nesta categoria, a análise do conteúdo das entrevistas revela a valorização da participação no programa como fundamental para a melhoria das perceções desta imagem do corpo na relação com os outros.

*“ver gente, falar, ali a aula não é só para a ginástica, ali é para descontraírm^{os},
rírm^{os}, olhe, tem de tudo um pouco e isso faz muito bem, tem-me feito muito
bem”.*

*“nem se compara, estou bem melhor, já tenho aquela vontade de me arranjar,
coisa que não tinha”*

“agora já gosto do que vejo, já não saio de casa sem pôr um batom, um pó”

*“e o programa tem me ajudado muito nisso, os colegas, professores também,
tenho gostado muito dos professores”*

Nas falas apresentadas fica evidente que a existência de programas estruturados de atividade física para doentes oncológicos pode proporcionar benefícios em várias dimensões da vida destas pessoas, nomeadamente na possibilidade de criar proximidades afetivas e relacionais que se configuram na capacidade de ultrapassar os pequenos obstáculos que as sessões de exercício oferecem aos participantes. Neste contexto, o planeamento e execução destas sessões, permitiu-me não apenas desenvolver as minhas competências de prescrição e avaliação do exercício, mas fundamentalmente, participar num processo muito mais enriquecedor na promoção da saúde e da qualidade de vida destas pessoas.

3. Sentimentos para si (Intrapessoal)

A vivência corporal implica, deste modo, a existência biológica e a existência pessoal e, nesta categoria, a participação no programa de exercício parece ser valorizada também nas perceções dos participantes.

*“estou ali e não penso em nada. Faço os possíveis para fazer o melhor que posso e não penso em mais nada e, enquanto não penso, já é muito bom.
Porque quando eu me meto a pensar é uma desgraça.”*

O momento das aulas pode permitir usufruir de momentos de atenção individual, e também da minha orientação, que ao longo do processo procurava adequar os exercícios e as cargas às condições de cada participante.

“mas acho que não faz mal, faço o que gosto, quando não posso abrando, faço mais devagar, e as professoras são impecáveis.”

Nesta categoria, fica também evidente a importância de compreender que cada atitude e ação, estejam envoltos num universo de representações compostas pela vida de cada um.

“As pessoas acho que se agarram à desgraça, que são coitadinhos, que não conseguem e que não podem. E então, mas é doutora, acho que o exercício físico no nosso bem-estar é muito importante”

A experiência da doença é algo marcante na vida das pessoas e a sua participação no programa de exercício físico pode também favorecer a adoção de outros comportamentos de promoção da saúde, nomeadamente a prática regular da atividade física fora de um contexto supervisionado. As sessões de exercício podem servir de incentivo à prática de atividade física habitual.

“Sim, porque eu vejo que se eu consigo fazer ali, também sou capaz de fazer fora. Aquilo é um abrir de mente ao nosso medo.”

“Tenho medo, e a gente ali vai e faz, é uma abertura para gente perder o medo fora daquele espaço.”

Existem já extensas evidências que o exercício físico tem vários benefícios para doentes oncológicos, tais como, melhorias na aptidão física, na qualidade de vida e nos indicadores psicológicos de bem-estar, como a melhoria da sensação de bem-estar e da capacidade de enfrentar o tratamento do cancro (Milne et al., 2008). No entanto, do ponto de vista da prática profissional, é sempre importante considerar as perceções dos participantes, uma vez que grande parte dos benefícios pode não ser objetivamente mensurada através de parâmetros quantitativos. Assim, consideramos que a opção metodológica por um estudo qualitativo no âmbito deste relatório de Estágio em Atividade Física e Saúde poderá contribuir para uma melhor compreensão dos efeitos benéficos dos programas de exercício estruturado para doentes oncológicos, no contexto comunitário.

Conclusão

Após a análise e discussão dos resultados são várias as conclusões que podemos retirar deste estudo. Assim, as três categorias que se patentearam, relativamente às percepções do corpo e da imagem corporal, são: os sentimentos no corpo, para com os outros e para si.

Relativamente aos sentimentos no corpo, os participantes expressaram a importância da participação no programa estruturado de atividade física na melhoria de aspetos percebidos no corpo. Já, nos sentimentos para com os outros, o estudo enaltece que, a existência de programas estruturados de atividade física para doentes oncológicos pode proporcionar benefícios em várias dimensões da vida destas pessoas, nomeadamente na possibilidade de criar proximidades afetivas e relacionais que se configuram na capacidade de ultrapassar os pequenos obstáculos que as sessões de exercício oferecem aos participantes. Por outro lado, os sentimentos para si revelam que a experiência da doença é algo marcante na vida das pessoas e a sua participação no programa de exercício físico pode também favorecer a adoção de outros comportamentos de promoção da saúde, nomeadamente a prática regular da atividade física fora de um contexto supervisionado.

Apesar destes resultados, é possível verificar que este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, a amostra reduzida do estudo e a instabilidade e irregularidade da frequência de todos os participantes no programa, o que provoca, notoriamente, uma alteração nos resultados de possíveis estudos, o que dificultaria um estudo quantitativo.

Em suma, já subsistem vastas evidências que o exercício físico tem vários benefícios para doentes oncológicos, tais como, melhorias na aptidão física, na qualidade de vida e nos indicadores psicológicos de bem-estar, como a melhoria da sensação de bem-estar e da capacidade de encarar o tratamento do cancro (Milne et al., 2008). No entanto, do ponto de vista da prática profissional, é sempre essencial considerar as percepções dos participantes, uma vez que grande parte dos benefícios pode não ser objetivamente mensurada através de parâmetros quantitativos. Assim, considero que a opção metodológica por um

estudo qualitativo no âmbito deste relatório de Estágio do Mestrado em Atividade Física e Saúde, poderá contribuir para uma melhor compreensão dos efeitos benéficos dos programas de exercício estruturado para doentes oncológicos, no contexto comunitário.

Bibliografia

Abrahams, H. et al. (2016). Risk factors, prevalence, and course of severe fatigue after breast cancer treatment: a meta-analysis involving 12,327 breast cancer survivors.

American Society Hand Therapy (1983). The Hand: Examination and diagnosis.

Antunes, B. et al. (2017). Imunometabolismo e Exercício Físico: uma nova fronteira do conhecimento.

Bacurau, R. & Rosa, L. (1997). Efeitos do Exercício sobre a Incidência e Desenvolvimento do Cancro.

Bruges, M. (2001). A importância do estudo do autoconceito no doente com diagnóstico de cancro. *Enfermagem Oncológica*.

Burgess, C. et al. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ: British Medical Journal*,

Burton, M. & Watson, M. (1998). Cancer Treatments and Psychological Problems. *Counselling People with Cancer*.

Cardoso, G. et al. (2009). Aspetos Psicológicos do Doente Oncológico

Collins, L. et al. (2004). Perceptions of upper body problems during recovery from breast cancer treatment.

Costa, S. (2015). Cancro da mama: dores do sofrimento feminino na experiência com a doença. *Viseu: Psicossoma*.

Courneya, K., & Friedenreich, C. (2003). Physical exercise and quality of life following cancer diagnosis: a literature review. *Annals of Behavioral Medicine*.

Desnoyersa, A. et al. (2016). Physical activity and cancer: Update and literature review.

Dias, M., & Durá, E. (2002). Territórios da psicologia oncológica.

Dias, M., Manuel, P., Xavier, P., & Costa, A. (2001). O cancro da mama no «seio» da família.

Dieli-Conwright, C., & Orozco, B. (2015). Exercise after breast cancer treatment: current perspectives.

Etapé, T. (2001). Disfunciones sexuales en pacientes de cáncer.

Ferreira, F. (2004). Sofrimento de mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia.

Fonseca, S. (2011). A adaptação à doença em mulheres com cancro da mama: a influência do sentido de vida, do otimismo, da imagem corporal e da depressão.

Guccione, A. (2000). Fisioterapia geriátrica.

Hughes, V. et al. (2002). Longitudinal changes in body composition in older men and women: role of body weight change and physical activity.

Jones, L. et al. (2012). Cardiopulmonary function and age-related decline across the breast cancer survivorship continuum. *Journal of Clinical Oncology*.

Justo, J. (2015). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: etiologia, intervenção e articulações.

Maguire, P. (1980). Psychosocial Interventions to Reduce Affective Disorders in Cancer Patients: Research Priorities. *Psycho-Oncology*.

Marques, A. et al. (1991). *Reacções emocionais à doença grave: como lidar.*

Marques, E. et al. (2014). Normative functional fitness standards and trends of portuguese older adults: cross-cultural comparisons.

Midtgaard, J. et al. (2006). The group matters: an explorative study of group cohesion and quality of life in cancer patients participating in physical exercise intervention during treatment. *European Journal of Cancer Care*.

Milne, H. et al. (2008). Effects of a combined aerobic and resistance exercise program in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Breast Cancer Research and Treatment*.

Mock, V. et al. (2000). NCCN Practice Guidelines for Cancer-Related Fatigue.

Moreira, H. & Canavarro, M. (2012). Tipo de Cirurgia, Adaptação Psicossocial e Imagem Corporal no Cancro da Mama. *Psicologia, Saúde e Doenças*.

Ogden, J. (1999). Psicologia da saúde.

Ogden, J. (2008). Compreender o cancro da mama.

Oliveira, I. (2004). Vivências da Mulher Mastectomizada: Abordagem Fenomenológica da Relação com o Corpo.

Paredes, T., Canavarro, M. & Simões, M. (2011). Impacto do cancro do osso

e tecidos moles no ajustamento emocional e qualidade de vida.

Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama.

Pereira, V., & Mestre, L. (1997). Senologia prática.

Phillips, D. (2006). Quality of Life: Concept, Policy and Practice. New York Routledge.

Rasmussen, D., & Elverdam, B. (2008). The meaning of work and working life after cancer: an interview study.

Rasmussen, D., Hansen, H., & Elverdam, B. (2010). How cancer survivors experience their changed body encountering others. European Journal of Oncology Nursing.

Razavi, D. & Delvaux, N. (2002). Psycho-oncologie: Le cancer, le malade et sa famille.

Ribeiro, J. (2005). Introdução à Psicologia da Saúde.

Ribeiro, J. (2014). Qualidade de Vida e doença oncológica. Territórios da Psicologia Oncológica.

Santos, D., & Vieira, E. (2011). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. Ciência & Saúde Coletiva.

Schilder, P. (2004). Imagem corporal na perspectiva de Paul Schilder. Contribuições para trabalhos corporais nas áreas de educação física, dança e pedagogia.

Schwartsmann, G. (1991). Oncologia Clínica: princípios e prática.

Spencer, S., Carver, C. & Price, A. (1998). Psychological and Social Factors in Adaptation. Psycho-Oncology.

Terra, R. et al. (2012). Effect of exercise on immune system: response, adaptation and cell signaling.

Valenti, M. et al. (2008). Physical exercise and quality of life in breast cancer survivors. International Journal of Medical Sciences.

Van Vulpen, J. et al. (2016). Effects of physical exercise during adjuvant breast cancer treatment on physical and psychosocial dimensions of cancer-related fatigue: A meta-analysis.

Vicente, S. & Marques, R. (2003). Resposta Psicológica no Carcinoma da

Mama. Psiquiatria Clínica.