



FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

**Perceção de mulheres com cancro da mama relativamente ao
efeito de um Programa de Exercício Físico no seu Bem-Estar.**

Dissertação apresentada com vista à obtenção
do grau de Mestre em Ciências do Desporto na
área de Especialização em Atividade Física e
Saúde, conforme o Decreto de Lei nº 74/2006
de 24 de Março

Orientador: Professor Doutor Nuno Corte-Real

Coorientador: Professor Doutor Eduardo Oliveira

Mariana Cardoso Vieira Monteiro

Porto, 2016

Ficha de Catalogação

Monteiro, M. (2016). *Perceção de mulheres com cancro da mama relativamente ao efeito de um Programa de Exercício Físico no seu Bem-Estar*. Porto: M. Monteiro. Dissertação de Mestrado em Atividade Física e Saúde apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Palavras-chave: CANCRO DA MAMA, BEM-ESTAR SUBJETIVO, ATIVIDADE FÍSICA, EXERCÍCIO FÍSICO.

Dedicatória

A TODAS AS MULHERES COM CANCRO DA MAMA ...

...

“O seio

Do tético ao estético.

Amputação?

Terrível opção.

Mas se o exige

Guerra ou salvação?

Amazonas arqueiras

de seio decepado

o arco manobraram

Mulheres guerreiras

Pelos homens admiradas

Não vos deixei derrotar

Se o verne vier.

Lutar, vencer,

o que importa é o ser

É a Guerra, Mulher!

Deusa-heroína,

Sem mais nem menos,

Deixareis de Ser Mais

Mulher! “

Henrique de Campos – “Sei-o”

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Nuno Corte Real por todo o incentivo e pensamento positivo em todas as fases. Foi essencial no meu equilíbrio. O meu muito obrigado!

Ao Professor Doutor Eduardo Oliveira, por toda a partilha de informação e conhecimento.

À Dra. Maria João e a todo o Staff do Centro, por me abrirem a porta com toda a simpatia e cuidado.

Às guerreiras que se cruzaram no meu caminho e que despidas de preconceito partilharam as suas histórias e dividiram a sua energia comigo.

Ao Fernando, um meu muito obrigada por toda a disponibilidade e incentivo. Fazes jus a uma premissa carioca “Gentileza gera gentileza”!

Ao pai Artur, pela sensibilidade no olhar, pelas palavras certas na hora certa e por todas as noites de trabalho.

À mãe Elvira, por toda a garra que me transmitiu durante o processo. Chamemos-lhe herança genética de cromossomas ainda desconhecidos.

À mana Inês e ao Luís um viva ao vosso olhar atento e à vossa função catártica!

Por todo o esforço investido na minha formação e por sempre acreditarem. Obrigada família! Hoje posso voar mais alto e mais longe graças a vocês.

Ao Pedro, um obrigado gigante pelo estímulo intelectual, emocional e pela força do acreditar.

À malta da sapatilha, o que seriam de mim se não estivesse acompanhada pelas vossas gargalhadas de amizade pura.

A ti, que estás comigo sempre e em toda a parte. Obrigada pela tua luz e proteção.

Índice Geral

Dedicatória	III
Agradecimentos	V
Índice Geral	VII
Índice de Quadros	VII
Abreviaturas	IX
Resumo	VII
Abstract	IX
I. INTRODUÇÃO	1
II. REVISÃO DA LITERATURA	7
1. A Mulher com cancro da mama	9
1.1 Tratamento do cancro da mama	10
1.2 Efeitos físicos, psicológicos e sociais do tratamento do cancro da mama	11
1.3 Fadiga relacionada com o cancro	13
2. Exercício Físico e Atividade Física	14
2.1 Exercício Físico e Atividade Física na mulher com cancro da mama	16
3. Bem-Estar	19
3.1 Bem-Estar Subjetivo e Psicológico	19
3.2 Bem-Estar Subjetivo e Felicidade	23
3.3 Componentes do Bem-Estar Subjetivo	24
3.4 Bem-Estar Subjetivo: avaliação	26
III. METODOLOGIA	32
1. Caracterização da amostra	34
2. Programa de intervenção	35
3. Procedimentos	36
4. Instrumentos	37
4.1 Entrevista Semiestruturada	37
4.1.1 Construção do Guião de Entrevista	38
5. Procedimentos de análise de dados das entrevistas	39
5.1 Análise de Conteúdo	39
5.1.1 Definição das unidades de análise	40
5.1.2 Categorização	41

6. Questionário	45
6.1 Procedimentos de análise de dados dos questionários.....	46
IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
1. Caracterização dos níveis de Atividade Física da amostra.....	50
2. Caracterização da Prática Desportiva da amostra	51
4. Caracterização dos níveis de Bem-Estar Subjetivo da amostra.	67
V. CONCLUSÕES E SUGESTÕES	72
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	78
VII. ANEXOS	74

Índice de Quadros

Quadro 1 Síntese das perspectivas de Bem- Estar (adaptado de Lent, 2004).	22
Quadro 2 Componentes do BES (adaptado de Diener et al.1999).	25
Quadro 3 Caracterização sociodemográfica.	35
Quadro 4 Categorias e subcategorias definidas.....	42
Quadro 5 Itens da versão reduzida - PANASP/rd (adaptado de Figueiras, 2009).	46
Quadro 6 Caracterização da Atividade Física das mulheres.	50
Quadro 7 Caracterização da Prática Desportiva das mulheres.	52
Quadro 8 Distribuição das referências feitas pelas participantes no estudo.	54
Quadro 9 Caracterização dos níveis de Bem-Estar das mulheres.	67

Abreviaturas

ACS - American Cancer Society
ADM - Amplitude de Movimento
AP - Afeto Positivo
AN - Afeto Negativo
BEP - Bem-Estar Psicológico
BES - Bem-Estar Subjetivo
CM – Cancro da mama
DGS - Direção Geral de Saúde
ESMO - European Society for Medical Oncology
FRC - Fadiga Relacionada com Cancro
IARC - International Agency for Research on Cancer
Kg/m² - Kilograma por metro quadrado
NCCN - National Comprehensive Cancer Network
NCI - Nacional Cancer Institute
OMS - Organização Mundial de Saúde
PANAS - Positive and Negative Affect Schedule
QdV - Qualidade de vida
QLQ - Quality of Life Questionnaire
QVRS - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
SWLS - Satisfaction With Life Scale
UR - Unidade de Registo
WHO - World Health Organization

Resumo

Apesar da evolução dos tratamentos oncológicos, a mulher com cancro da mama está sujeita a alterações físicas e psicológicas com repercussões nas atividades do quotidiano e no seu Bem-Estar.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a percepção de mulheres com cancro da mama relativamente aos efeitos de um programa de exercício físico (EF) no seu Bem-Estar. Pretendíamos ainda caracterizar a Atividade Física e a Prática Desportiva fora do programa de treino e analisar o Bem-Estar Subjetivo (BES).

Os dados foram recolhidos junto de 15 mulheres (média de idades 50,33 anos ($\pm 9,87$)) através de entrevistas semiestruturadas e da aplicação da versão traduzida e adaptada do questionário Satisfaction with Life Scale (SWLS) e do Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (Figueiras, 2009).

Os principais resultados indicaram que a maioria das mulheres abandonou a prática desportiva após o aparecimento da doença e apresentaram baixos índices de atividade física moderada e vigorosa. Constatou-se também que os níveis de BES eram elevados e a percepção das mulheres, face aos efeitos do programa de exercício físico no seu Bem-Estar, foi muito positiva, salientando-se o facto de ser um Programa específico (com diferentes valências) e o acompanhamento de profissionais competentes e sensíveis a esta doença.

Em conclusão, esta população deve ser devidamente acompanhada e incentivada à prática de EF desde o diagnóstico da doença, assim como fica reforçada a necessidade da existência de Centros, com diferentes valências (entre as quais o EF), para o acompanhamento desta doença.

Palavras-chave: CANCRO DA MAMA, BEM-ESTAR SUBJETIVO, ATIVIDADE FÍSICA, EXERCÍCIO FÍSICO.

Abstract

Despite the evolution on cancer treatment, women with breast cancer continue to be exposed to physical and psychological changes that have repercussions in their everyday activities and well-being.

Thus, the purpose of this study was to evaluate the perception of women with breast cancer of the effects of a physical exercise program on their own well being. We intended to characterize the Physical Activity and Sports Practice outside the training program and analyze the Subjective Well-Being of these women.

Data were collected through semi-structured interviews on 15 women (with an average age of 50,33 ($\pm 9,87$)) using the translated and adapted version of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) and the Positive and Negative Affect Schedule (PANASp / rd) questionnaire (Figueiras , 2009).

The main results indicated that most women stopped doing sportive activities at the onset of disease and moreover showed low levels of moderate and vigorous physical activity. It was also found that the levels of Subjective Well-Being were high and the perception of women on the effects of physical exercise program on their Well-Being was positive, while pointing out that it was a specific Program (with different subjects) and followed by qualified professionals, sensitive to this issue.

In conclusion, this population should be properly followed and encouraged to practice physical exercise since diagnosis. It was also pointed out the necessity of the existence of Centers with different subjects (among which Physical Exercise) to follow patients with this condition.

Key Words: BREAST CANCER, SUBJECTIVE WELL-BEING, PHYSICAL ACTIVITY, EXERCISE.

I. INTRODUÇÃO

A *International Agency for Research on Cancer* (IARC) (2015) defende que a evolução demográfica e a exposição a fatores de risco determinarão um aumento da incidência de doenças oncológicas nos próximos anos.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (Saúde, 2014), o Cancro é uma das principais causas de morte no mundo, destacando-se como sendo uma doença do presente e do futuro que, para além de uma perspetiva clínica, obriga a uma abordagem política e social, que vai muito para além das estruturas de saúde.

Especificamente, o cancro da mama (CM) é uma das principais preocupações de saúde pública em todo o mundo (Crane, 2007), tornando-se esta patologia, num caso de saúde pública devido ao número crescente de casos. Na perspetiva de Silva (2010, p.9): “representa um grave problema de saúde pública, pela alta incidência, morbilidade, mortalidade e pelo elevado custo no tratamento” distinguindo-se como o tumor maligno mais prevalente nas mulheres na América do Norte, Europa, Austrália e Nova Zelândia e o mais temido pelo género feminino (ACS, 2015).

Relativamente a Portugal, segundo a IARC (2015), o número de novos casos de CM tem vindo a aumentar, sendo que, em 2012, surgiram 6088 e, em 2015, surgiram 6211 novos casos, num universo de 5.515.578 mulheres (Censos 2011, 2012). Os avanços da medicina têm uma forte contribuição na diminuição das taxas de mortalidade por CM, devido essencialmente à precocidade nos diagnósticos e à melhor qualidade nos tratamentos, assumindo, assim, um papel importante, não só no aumento da taxa de sobrevivência, mas também na minimização dos efeitos colaterais dos tratamentos químicos, radiológicos e cirúrgicos. Não obstante todos estes avanços, ainda que existam transformações benéficas, a experiência de um CM continua a causar sofrimento físico, psicológico, social e espiritual a muitas mulheres durante todas as fases do processo: diagnóstico, tratamento, fim do tratamento e sobrevivência (Ribeiro, 2014). “Apesar das evidências científicas e clínicas serem favoráveis, o diagnóstico de CM pode poupar a vida e o seio às

doentes atingidas, mas não as poupa ao longo da trajetória experiencial da doença de, em algum momento, experienciarem sofrimento“ (Costa, 2015 p.36). Esta patologia atinge também indivíduos do sexo masculino, no entanto a taxa de incidência é muito menor quando comparada com o sexo oposto. Para além disso, o seio é visto pelas mulheres como um símbolo de feminilidade e atratividade sexual e, por esta razão, os tratamentos para o cancro podem provocar alterações na autoimagem da mulher, na autoestima, identidade pessoal, vivência sexual, no desempenho de papéis enquanto mulher e mãe e qualidade de vida (Costa, 2015).

O conhecimento destes fatores adquire um papel preponderante no interesse pelo estudo desta doença, assim como pelo desenvolvimento de estratégias que induzam o aumento do Bem-Estar das mulheres com neoplasia mamária, durante e após o tratamento da doença.

A World Health Organization (WHO, 2016) sugere que, a Atividade Física e o exercício físico, devam ser entendidos pelos indivíduos como meios de prevenção de Cancro. No que se refere a pacientes com Cancro, uma rotina de exercício físico adaptado deve de ser promovida desde o diagnóstico da doença, a fim de diminuir a fadiga e melhorar os benefícios dos tratamentos.

Num estudo elaborado por Simões (2009), referente ao Bem-Estar Subjetivo (BES) e à prática desportiva em mulheres mastectomizadas, o autor sugeriu que fosse avaliada a eficácia de um programa de exercício físico na evolução do BES. Outro estudo realizado por Oliveira (2012), concluiu que o exercício físico supervisionado, individualizado e prescritivo, durante 12 semanas, induziu uma melhoria significativa das capacidades funcionais e Qualidade de Vida (Qdv) em mulheres com CM. Este, tinha como objetivo avaliar o efeito de um programa de exercício físico supervisionado durante o período mencionado (alterações físicas, funcionais e na QdV) durante o tratamento, em mulheres com CM).

Uma vez que a QdV se encontra associada ao BES, será que este é, igualmente, influenciado por um programa de exercício físico?

Desta forma, a estrutura do nosso estudo está dividida em capítulos no sentido de proporcionar uma melhor visão dos conteúdos. No capítulo I –

Introdução, realizamos um breve enquadramento teórico com o intuito de justificarmos a pertinência do nosso estudo. No capítulo II- Revisão da literatura, realizamos um enquadramento teórico da patologia de CM, efeitos proporcionados pelo seu tratamento, com maior ênfase na sua relação com a Atividade Física e o exercício físico associados ao Bem-Estar. Neste capítulo estão definidos o objetivo geral e os objetivos específicos estipulados para o nosso estudo. No capítulo III – Metodologia, apresentamos a nossa amostra/estudo, os métodos utilizados para a recolha dos dados e os respetivos procedimentos de análise. No capítulo IV- Análise e discussão dos resultados, apresentamos, analisamos e discutimos os resultados obtidos no nosso estudo, ao nível da Atividade Física e da Prática Desportiva das mulheres com CM e da sua perceção relativamente aos efeitos do Programa de exercício físico no seu Bem-Estar. Por fim, no capítulo V – Conclusões e sugestões, tendo em conta os objetivos delineados, apresentamos as conclusões derivadas do nosso estudo e algumas sugestões para futuros estudos.

II. REVISÃO DA LITERATURA

1. A Mulher com cancro da mama

“A mama é um símbolo corpóreo da sexualidade por excelência, o que nos leva a pensar que qualquer patologia que ameace este órgão leva a uma perda de autoestima, acarretando sentimentos de inferioridade e rejeição”

(Ramos & Patrão, 2005 p. 295)

A reação da mulher face à doença é sempre uma reação de perda, perda da função de órgãos, perda de capacidades psicossociais e perda de intimidade (Dias & Durá, 2002). Após o diagnóstico de CM, a mulher passa por um conjunto de transformações a nível corporal, consequentes do tratamento oncológico. Assim, Santos e Vieira (2011) defendem que a cirurgia mamária pode ser vivenciada pela mulher de forma traumática, dependendo da importância que a mesma atribui à sua imagem corporal. A funcionalidade do membro superior pode ficar afetada e a recuperação das suas funções, após a cirurgia, é, habitualmente, mais demorada do que o expectável pela maioria das mulheres. Existem, inclusivamente, relatos de dificuldades sentidas na realização de tarefas do dia-a-dia, como por exemplo: conduzir, passar a ferro, jardinagem, tarefas domésticas, que se traduzem numa incapacidade para a realização de responsabilidades diárias simples. Assim, o impacto físico conduz a uma clara tensão psicológica, na medida em que, algumas mulheres estão constantemente a recordar-se da doença e da possibilidade de não readquirirem a capacidade física que detinham anteriormente (Collins et al., 2004).

É estimado que cerca de 50% das mulheres com CM tenham aumentado os níveis de ansiedade, podendo ocorrer uma depressão (ou ambas), no espaço de um ano após o diagnóstico (Burgess et al., 2005). Estes fatores afetam negativamente a QdV (em geral) e aumentam o risco para o desenvolvimento de comorbidades, bem como o risco para o desenvolvimento de novo(s) Cancro(s) podendo elevar o risco de morte (Dieli Conwright & Orozco, 2015).

Estas alterações do foro psicológico, como consequência da patologia de CM, têm sido alvo de investigação, sendo que a literatura sugere que algumas das consequências desta problemática, para além da depressão e ansiedade, são: perturbações de humor (Dias & Durá, 2002), raiva e frustração (Phillips, 2006).

1.1 Tratamento do cancro da mama

A terapia a administrar, no caso de CM, depende de fatores como: a extensão, a localização e o estágio em que se encontra o Cancro. Após uma clara identificação destes fatores, as opções são: tratamento local ou tratamento sistémico. Não obstante, a intervenção terapêutica terá sempre duas vertentes: cirúrgica e/ou farmacológica.

Segundo as *guidelines* da European Society for Medical Oncology (ESMO) (Senkus et al., 2015) cirurgicamente, as pacientes têm duas possibilidades no tratamento, que dependem das características do tumor, do tamanho da mama e da preferência das doentes. As cirurgias agrupam-se em duas categorias: cirurgias conservadoras da mama e cirurgias de remoção da mama (total ou parcial). As intervenções cirúrgicas conservadoras da mama são: a Tumorectomia, também conhecida por Nodulesctomia, que consiste na remoção do tumor e de uma pequena porção de tecido saudável circundante, e a Quadrantectomia, mais invasiva que a anterior, sendo um tipo de cirurgia onde é retirado um quarto da mama ao doente e, se necessário, os gânglios linfáticos da axila do lado afetado. No que se refere à cirurgia de remoção da mama, destacam-se as seguintes formas de intervenção: a Mastectomia (remoção total da mama, sendo possível conservar os nódulos linfáticos), a Mastectomia Radical (remoção total da mama, assim como dos linfonodos e dos músculos acima da mama, situados desde a clavícula até às costelas); e a Mastectomia Radical Modificada (remoção total da mama, juntamente com o músculo da parede do peito e alguns nódulos linfáticos debaixo do braço - mais

utilizada em casos de Cancro avançado). De salientar que, aquando da realização de uma mastectomia, não é necessário tratamento com radiação adicional, no caso de Cancros não invasivos (Crane, 2007; Costa, 2015; Senkus et al., 2015, ACS, 2015; Ogden, 2008).

Quanto às terapias farmacológicas, referidas anteriormente, podem ser dirigidas ao local do tumor, como é o caso da radioterapia. Caso ocorra invasão de outros tecidos por parte do tumor, é necessário recorrer a tratamento sistémico como a quimioterapia, hormonoterapia e imunoterapia (Ogden, 2008).

1.2 Efeitos físicos, psicológicos e sociais do tratamento do cancro da mama

Durante o tratamento, as pacientes padecem de inúmeros efeitos secundários, tais como: náuseas, vômitos, perda de apetite, fadiga, diminuição da capacidade física, rigidez muscular, hipersensibilidade da mama, dores, dificuldades de concentração, aumento de peso, linfedema e limitações na atividade sexual. Tornam-se, desta forma, pessoas mais sedentárias que apesar das limitações sentem necessidade de manter uma vida mais ativa.

Para Ribeiro (2014), o tratamento médico atua não só sobre a doença mas também sobre o doente; as ações do sistema de saúde e os efeitos do tratamento são filtrados pelos valores, atitudes, crenças e julgamentos do doente que, concomitantemente, têm influência no seu estado físico/capacidades, no Bem-Estar, na vida social, no seu estado económico e profissional.

Como já referimos, a doença associa-se a várias perdas relacionadas com a dureza e consequências dos tratamentos, nomeadamente: a nível da integridade física (mal estar físico, dor, alterações na imagem corporal – alopecia, magreza ou aumento de peso, remoção da mama); a nível da integridade psíquica (alterações na autoestima, autoconceito, alterações do

humor), a nível sócio relacional (alterações dos papéis sociais, das atividades da vida diárias, estilos de vida, interrupção laboral, perda de independência), comprometendo a qualidade de vida das doentes (Barros, 2008; Dias et al., 2002).

Os efeitos adversos do tratamento de CM têm um impacto geral no Bem-Estar físico dos pacientes, verificando-se reduções perceptíveis na aptidão física, mudanças negativas na composição corporal (aumento da massa corporal, diminuição da massa magra, e aumento da massa gorda), aumento da fadiga, depressão ou ansiedade (DieliConwright & Orozco, 2015).

Alguns destes efeitos secundários resultam num agravamento da capacidade cardiorrespiratória, redução da mobilidade e funcionalidade dos membros superiores e aumento do peso (Jones et al., 2012).

Ainda no que concerne às mudanças físicas, estas afetam a sua relação com as pessoas mais próximas. As transformações corporais são, não só um sinal físico, como também uma representação social da presença de Cancro (Rasmussen et al., 2010). No caso específico da alopecia, a perda de cabelo poderá ter um impacto profundo na autoimagem, devido ao papel importante que a mulher lhe atribui (Ogden, 2008).

Assim, entre as necessidades de intervenção, são de especial importância as que se referem à manutenção, ou recuperação, da qualidade de vida, em diferentes frentes. Doentes afetados emocionalmente pela gravidade da doença e do tratamento médico são, inevitavelmente, menos colaboradores, menos crentes e menos capazes de beneficiar da assistência que lhes é proporcionada (Justo, 2015).

Em contexto profissional e laboral, tendo em conta que a doença acarreta mudanças definitivas ou transitórias, por vezes, o regresso à atividade é um processo que é vivido com insegurança. Alguns autores sugerem que sejam feitos programas de intervenção de grupo que visem capacitar os doentes oncológicos para o regresso ao trabalho (Rasmussen & Elverdam, 2008). Desta forma, a formação de grupos, com pessoas que experimentam situações de vida ameaçadoras à sua saúde e à existência humana, são de reconhecido potencial terapêutico (Costa, 2015). Verificaram-se,

inclusivamente, melhorias no Bem-Estar e na saúde mental em mulheres com CM que participaram num programa de grupo de 6 semanas de exercício aeróbio (9 horas/semana) (Midtgaard et al., 2006). Outro estudo, elaborado com o objetivo de determinar os benefícios funcionais e psicológicos de um programa de exercício físico em grupo, durante o tratamento de CM, concluiu que a prática, beneficia o paciente, quer a nível funcional, quer a nível psicológico.

1.3 Fadiga relacionada com o cancro

A Fadiga Relacionada com Cancro (FRC) é definida pela National Comprehensive Cancer Network (NCCN) como uma sensação de exaustão, cansaço físico, emocional e/ou cognitivo, relacionada com o Cancro ou o tratamento do mesmo, que reduz a capacidade do individuo em realizar as atividades diárias (Mock et al., 2000).

Segundo a National Cancer Institute (NCI, 2015) a fadiga é o efeito colateral mais comum durante o tratamento do Cancro e pode diminuir a qualidade de vida do paciente, comprometendo diversas áreas da função (e.g.: função física, desempenho laboral, interação social, performance cognitiva). De salientar que, existem pacientes que descrevem a fadiga com sentimentos tais como: “fraco”, “esgotado”, “preguiçoso”, “cansado”, “pesado” e “lento”.

Note-se que a fadiga, que é sentida em pessoas saudáveis através do cansaço pelas atividades do dia-a-dia, difere da FRC. A primeira pode ser aliviada com o sono e descanso, enquanto a segunda é desproporcional ao esforço e não é aliviada pelo repouso ou sono, podendo durar um longo período de tempo. Geralmente, a FRC diminui após o término do tratamento do Cancro, no entanto, a mesma pode persistir durante meses, ou até mesmo anos.

Uma meta-análise, que incluiu 27 estudos (12,327 sobreviventes de CM), cujos objetivos eram examinar fatores de risco demográficos, relacionados com a doença e com o tratamento, estimar a prevalência e descrever o nível de fadiga após o tratamento do CM, concluiu que cerca de um em cada quatro sobreviventes de CM sofre de fadiga. Concluiu, também, que o risco de fadiga dependia do estágio de desenvolvimento do Cancro e do tipo de tratamento. Deste modo, sobreviventes que se encontravam em estádios de Cancro mais avançados e sobreviventes tratados com quimioterapia apresentavam maior risco de fadiga 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 apresentavam menor risco que os sobreviventes tratados com hormonoterapia (Abraham et al, 2016).

2. Exercício Físico e Atividade Física

Os dois conceitos aqui apresentados, "Exercício Físico" e "Atividade Física", não devem ser confundidos. O exercício físico é uma subcategoria da Atividade Física que exige planeamento, estruturação, repetição, e visa melhorar, ou manter, um ou mais componentes da aptidão física. Ambos os conceitos beneficiam a saúde (WHO, 2016).

Em 1990, Bouchard, Shephard, Stephens, Sutton & Mcpherson definiram Atividade Física como toda e qualquer atividade e/ou movimento que resulte em dispêndio energético acima do nível de repouso. Atualmente, a Atividade Física é definida pela World Health Organization (WHO, 2016) como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que requer gasto de energia. Desta forma, estamos perante um conceito multidimensional, que engloba todas as atividades realizadas pelas pessoas, no seu dia-a-dia. Como exemplo, temos as tarefas domésticas, atividades lúdicas e de lazer, deslocações, atividades desportivas mais ou menos organizadas e com

influência em diversos campos tais como a Saúde, aptidão física, Bem-Estar, morbidade e mortalidade. O conceito diferencia-se da prática desportiva, na medida em que, a segunda, implica a sistematização e organização da Atividade Física (Figueiras, 2009, p. 75).

A literatura sugere que o exercício físico tem benefícios para pessoas com Cancro, nomeadamente: melhorias na aptidão física, capacidade funcional, qualidade de vida, indicadores psicológicos de Bem-Estar, como por exemplo a melhoria das perspetivas, da sensação de Bem-Estar e da capacidade de enfrentar o tratamento do Cancro (Couneya et al., 2003, Friendenreich & Couneya, 1996; Milne et al., 2008; Schneider et al., 2007; Winningham, 1991).

Uma recente meta-análise, realizada com o objetivo de investigar os efeitos do exercício físico durante o tratamento de CM, em dimensões físicas e psicossociais de fadiga, concluiu que, ao longo do mesmo, o exercício físico tem efeitos benéficos sobre a fadiga geral e fadiga física (van Vulpen et al., 2016).

A inatividade física foi identificada como o quarto principal fator de risco para a mortalidade global, causando 3,2 milhões de mortes em todo o mundo. A Atividade Física regular, de intensidade moderada (caminhar, andar de bicicleta ou participação em desportos), tem benefícios significativos para a Saúde, nomeadamente na redução do risco de doenças cardiovasculares, diabetes, Cancro do cólon, da mama e depressão (WHO, 2016). Perante estes factos, e ciente do papel fulcral da Atividade Física na prevenção e no Bem-Estar dos indivíduos/populações, o American College of Sports Medicine (ACSM, 2016) aconselha a realização de cerca de 30-60 minutos de exercício físico, com intensidade moderada, no mínimo três vezes por semana, de forma a obter benefícios para a Saúde, não obstante, a Atividade Física deve ser ajustada, não só à condição física, mas também à faixa etária. Os adultos devem praticar, pelo menos, 150 minutos de Atividade Física aeróbia semanal, com uma intensidade moderada. A fim de obter benefícios adicionais para a Saúde, o tempo dessa Atividade Física deverá exceder os 150 minutos, alargando-se para 300 minutos semanais.

2.1 Exercício Físico e Atividade Física na mulher com cancro da mama

O exercício físico atua, através de vários mecanismos, retardando ou diminuindo o crescimento do tumor (Desnoyersa et al., 2016). Desta forma, o mesmo, encontra-se, também, fortemente associado à diminuição do risco de recorrência de Cancro, sobrevivência melhorada e QdV dos sobreviventes de CM. No entanto, apenas cerca de 17% a 37% dos sobreviventes adere às diretrizes de exercício, promovidas pela American Cancer Society (Hirschey et al., 2016).

Na prevenção primária, a Atividade Física reduz 15% - 20% do risco de CM (Desnoyersa et al., 2016). No entanto, estima-se que as mulheres, após diagnóstico, diminuam a sua Atividade Física em 11%. Foram observadas maiores percentagens de diminuição de Atividade Física em mulheres que realizaram tratamento com quimioterapia (50%) e radioterapia (24%), quando comparadas com aquelas que não realizaram estes tipos de tratamento (Irwin et al., 2003).

O estudo sobre exercício físico em oncologia tem crescido exponencialmente nos últimos anos. Alguns dos primeiros trabalhos foram realizados em mulheres com CM, em tratamento quimioterapêutico, no final da década de 1980 (DieliConwright & Orozco, 2015).

Uma análise de 24 estudos empíricos, publicados entre 1980 e 1997, permitiu concluir que, no geral, o exercício físico tem um efeito positivo na qualidade de vida, após o diagnóstico do CM, promovendo o Bem-Estar físico, (capacidade funcional, força muscular, composição corporal, náuseas, fadiga), Bem-Estar psicológico e emocional (funcionamento da personalidade, estados de humor e autoestima) (Valenti et al., 2008).

Recorrentemente, os estudos fazem alusão às vantagens da prática do exercício físico na melhoria da QdV, em doentes sobreviventes à doença. Os mesmos concluem que o exercício físico, durante o tratamento adjuvante para

o CM, melhora a condição física e a capacidade de realização das atividades do cotidiano, que podem ser afetadas devido à inatividade durante o tratamento (Phillips, 2006).

Muitas mulheres, após cirurgia, apresentam queimaduras, formiguelo, dormência (ou dor) na parte posterior do braço e/ou na parede do peito. Estes sintomas são consequências da cirurgia mas poderão ser amenizados com a prática de exercício físico, conferindo um papel importante ao mesmo, não só na diminuição dos efeitos colaterais da cirurgia, mas também na reestruturação das atividades do cotidiano (ACS, 2013). Salienta, igualmente, que, após cirurgia, o exercício físico, no caso de um paciente em tratamento por radioterapia, é ainda mais importante na manutenção da Amplitude de Movimento (ADM) e mobilidade do braço.

Um estudo realizado por Petito et al., (2012), que teve como objetivo avaliar a efetividade de um programa de exercício físico, na recuperação da ADM do ombro (64 mulheres com CM submetidas a cirurgia), revelou um aumento contínuo e significativo da ADM desta articulação, sendo que o tempo mínimo para recuperação foi de 105 dias para as mulheres mastectomizadas, e de 75 dias para as mulheres que foram submetidas à quadrantetomia.

Holmes et al., (2005), através de um estudo elaborado com o objetivo de determinar se a atividade física, nas mulheres com CM, diminui o risco de morte pela patologia, em comparação com mulheres mais sedentárias, concluíram que a realização de exercício físico previne situações de Cancro, tanto em primeira instância como em casos de recorrência. O maior benefício registou-se em mulheres que realizaram o equivalente a caminhar 3 a 5 horas por semana, a um ritmo médio.

Assim, a atividade física, após diagnóstico de CM, tem vindo a ser fortemente associada à melhoria da QdV. Alguns estudos realizados, com o objetivo de medir o impacto do exercício na QdV, após tratamento de Cancro, concluíram que se encontram efeitos positivos/benéficos na QdV dos sobreviventes mais ativos (Couneya & Friedenreich, 2003). Um estudo mais recente, efetuado por DieliConwright & Orozco (2015), centrado nos benefícios do exercício sobre o Bem-Estar físico e emocional, Saúde óssea, controlo de

linfedema, e os supostos benefícios do exercício na redução do risco de recorrência do CM, concluiu que existe uma ligação direta entre a prática de exercício físico e o aumento da QdV.

Desta forma, estamos perante uma das chaves de promoção da Saúde, que é contemporânea no que concerne à Atividade Física com influência na QdV, Bem-Estar Psicológico (BEP) estados de humor, ansiedade, depressão, autoestima e funções sociais. No entanto, é importante salientar que a atividade, seja ela qual for, não deve ser iniciada sem a prévia autorização médica.

No que se refere a indivíduos sem qualquer patologia, segundo a NCI (2009) a relação entre a Atividade Física e a incidência de CM tem sido extensivamente estudada, com estudos publicados na América do Norte, Europa, Ásia e Austrália. A maioria das evidências sugere que a Atividade Física está associada a um menor risco de CM, em mulheres. Especialistas da mesma agência estimam uma redução de 20% a 40% no risco de desenvolver CM, em mulheres mais ativas fisicamente, independentemente do tipo ou intensidade da atividade (Bianchini et al., 2002). Alguns estudos sugerem, que o efeito da Atividade Física pode ser diferente, mediante os níveis de Índice de Massa Corporal, sendo que o maior benefício é observado em mulheres na faixa de peso normal ($18,5\text{kg/m}^2$ - $24,9\text{Kg/m}^2$) (NCI, 2009).

Quanto à frequência e duração do exercício físico, as evidências mostram um risco menor de CM, associado ao aumento da frequência e da duração da atividade física. Alguns estudos sugerem 30 a 60 minutos (por dia) de exercício físico moderado (Ballard-Barbash et al., 2009; IARC, 2002).

Valenti et al., (2008) defendem a inclusão de programas de atividade física, em regimes complementares de tratamento, para pacientes com CM, pois outros autores como Holmes et al., (2005) após a realização de um estudo observacional, com mulheres sobreviventes de CM (Estados Unidos da América), concluíram que o exercício físico, após diagnóstico, pode reduzir o risco de recorrência ou morte por esta doença.

Em 1994, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu QdV como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição de vida, dentro do contexto dos

sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esta definição internacional, formulada com o contributo de especialistas de várias partes do mundo, representa uma perspectiva transcultural, bem como multidimensional, que contempla a influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (WHOQOL, 1994).

3. Bem-Estar

3.1 Bem-Estar Subjetivo e Psicológico

O Bem-Estar é um conceito que surgiu no fim dos anos 50, nos EUA (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Na década de 60, o conceito encontrava-se ligado à economia (Bem - Estar - material), sendo que assumiu uma dimensão mais abrangente, reportando a questões que envolvem a Saúde, relações pessoais, e outras questões distais do conceito económico. Ao longo dos anos, a psicologia manifestou interesse em aprofundar, essencialmente, a infelicidade humana, ou o mal-estar, na forma de estados negativos, como a depressão, a ansiedade e as emoções desagradáveis (Diener, 1984, Pavot & Diener, 1993), o que resultou no “desinteresse” por estudar o Bem-Estar e a Satisfação. No entanto, nos anos 70, o trabalho teórico e empírico começou a emergir de forma célere (Diener, 1984), e foi nesta altura que o Bem-Estar se associou à Saúde, não apenas no que se refere à promoção da mesma e cura de doenças, mas também associado ao combate de comportamentos de risco. Já na década de 80, como consequência do aumento da investigação, associada à sua dimensão conceptual, surgiu a necessidade de clarificar a definição de Bem-Estar, o que conduziu a dois conceitos: BES e BEP (Galinha & Ribeiro, 2005).

Novo (2003) afirma que o BES abrange conceitos diversos como a felicidade, satisfação e experiências emocionais. Para o mesmo autor, a designação do BEP tem como base a psicologia clínica, do desenvolvimento e Saúde mental e apresenta como principal objetivo a compreensão dos processos psicológicos subjacentes ao Bem-Estar.

Estes dois tipos de Bem-Estar construíram-se segundo perfectivas filosóficas distintas – hedonismo¹ e eudaimonismo² (Ryan & Deci, 2001). No entanto, apesar de terem orientações diferentes, e enfatizarem diferentes aspetos, felicidade e Saúde mental, respetivamente, os mesmos partilham o mesmo objeto de estudo (Bem-Estar) (Novo, 2003). Assim, estando o Bem-Estar associado ao hedonismo, concebe, ao mesmo, a felicidade subjetiva, a procura de experiências de prazer e equilíbrio entre o afeto positivo e o afeto negativo (Diener, 2000; Diener et al., 1999). Ao invés, o BEP, estando associado à perspectiva eudaimónica, assume o Bem-Estar como realização do potencial humano (Ryff & Keyes, 1995). Waterman (1993) considerou que as principais diferenças entre as duas conceções de Bem-Estar são: o BES está associado à felicidade, ao relaxamento, a sentimentos positivos e a uma ausência relativa de problemas; o BEP está associado ao ser em mudança, ao esforço, à procura do crescimento e desenvolvimento pessoal. Podemos, assim, considerar que o foco destes dois domínios teórico-empíricos, está na felicidade e na saúde mental.

O conceito de BES é considerado, pela literatura, como sendo um conceito complexo, inserido no campo das ciências do comportamento, e define-se como a avaliação global que o indivíduo faz da sua vida, de acordo com os seus próprios critérios, isto é, de acordo com os seus próprios valores, expectativas e experiências passadas, sem influência de critérios externos (Diener, 1984; Diener et al., 2003; Pavot & Diener, 1993).

¹ Hedonismo – do grego *hedonê*, que significa "prazer", é uma doutrina filosófica que afirma ser o prazer o bem supremo da vida.

² Eudaimonismo - do grego *eudaimonismós*, é uma doutrina filosófica segundo a qual a felicidade é o objetivo da vida humana.

Quadro 1 Síntese das perspectivas de Bem- Estar (adaptado de Lent, 2004).

Correntes filosóficas	Componentes principais	Tipos de Bem-Estar e Escalas de Avaliação	Proponentes principais
Bem-Estar Subjetivo			
Hedonismo	Satisfação com a vida (Felicidade)	Satisfação com a vida – SWLS (<i>Satisfaction with Life Scale</i>)	Diener
	Afeto positivo	Afeto positivo	
	Afeto negativo (Ausência)	Afeto negativo – PANAS (<i>Positive and Negative Affect Schedule</i>)	
Bem-Estar Psicológico			
Eudaimonismo		Aceitação de si – E.A.P. (Escala de Aceitação Pessoal)	Ryff
		Domínio do ambiente – E.D.A. (Escala de Domínio do Ambiente)	
	Significado		
	Propósito	Relações positivas com os outros – E.R.P. (Escala de Relações Positivas)	
	Crescimento		
	Auto atualização	Sentido de vida – E.S.V. (Escala de Sentido de Vida)	
	Crescimento pessoal – E.C.P. (Escala de Crescimento Pessoal)		
		Autonomia – E.A. (Escala de Autonomia)	

3.2 Bem-Estar Subjetivo e Felicidade

O BES foi analisado por diferentes investigadores, sendo os principais tópicos de pesquisa, a satisfação e a felicidade, motivo pelo qual o constructo é frequentemente utilizado como sendo sinónimo de felicidade (Diener et al., 2003).

O primeiro estudo sobre a felicidade foi realizado por Wilson (1967), onde concluiu que uma pessoa feliz (ambos os géneros) emerge como um jovem inteligente, saudável, bem-educado, bem remunerado, extrovertido, otimista, religioso, casado, livre de preocupações, com autoestima elevada, com bons rendimentos e aspirações modestas (Wilson & Warner, 1967). Nas décadas seguintes, as investigações de BES evoluíram no sentido de incluir não só os correlatos e características demográficas de felicidade, mas também os processos subjacentes, surgindo outros aspetos como a importância dos objetivos de vida, do temperamento, das influências culturais e sociais no Bem-Estar e na felicidade (Novo, 2003).

O BES apresenta duas dimensões que, embora relacionadas entre si, se diferenciam pela especificidade dos processos psicológicos que envolvem. Falámos de Bem-Estar global, avaliado a partir da satisfação com a vida e da felicidade. A satisfação com a vida é considerada um domínio de natureza cognitiva e representa o balanço psicológico que cada indivíduo faz da sua vida; já a felicidade de natureza mais emocional, representa a avaliação do indivíduo, relativamente às suas experiências emocionais positivas e negativas. Desta forma, podemos afirmar que o constructo identifica aspetos cognitivos (satisfação) e aspetos afetivos (felicidade), que se encontram implicados na avaliação que o indivíduo faz da sua vida.

Relativamente ao tema abordado, autores identificados como marcos na literatura (Andrews e Withey (1976) e Campbell, Converse e Rodgers (1976)), defendem que, embora as pessoas vivam em ambientes objetivamente definidos, é ao mundo subjetivamente definido que elas respondem. Nessa perspectiva, o BES tornou-se um importante indicador de QdV (Siqueira & Padovam, 2008), relacionando-se com a mesma, ao ser uma avaliação

subjetiva, por parte do indivíduo, no que se refere à satisfação com a vida, seja na sua globalidade, seja em alguns domínios importantes (casamento, trabalho, saúde, etc.), ou apenas com o que acontece no momento, refletindo os afetos (êxtase, felicidade, tristeza, depressão, etc.) (Diener, 1984; Diener, 2000; Diener & Ryan, 2009; Diener et al., 1999). No entanto, estão subjacentes a este conceito, não só os indicadores da QdV, mas principalmente a importância que cada indivíduo atribui a cada um deles, na medida em que é um elemento subjetivo que permite incluir, na avaliação realizada, a ponderação referente às expectativas, aos valores e às experiências de cada um (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

O BES é visto como uma área de interesse científico que inclui julgamentos globais, específicos, positivos e negativos (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

Atualmente, a importância do BES reflete-se em países que reclamam medidas de implementação e avaliação do mesmo como complemento dos indicadores económicos e sociais (Diener & Seligman, 2004; Diener & Tov 2012).

3.3 Componentes do Bem-Estar Subjetivo

O constructo é constituído por duas componentes: a componente cognitiva, que diz respeito à satisfação com a vida; e a componente afetiva, referente ao afeto positivo e ao afeto negativo. A satisfação com a vida (dimensão cognitiva) refere-se a uma avaliação cognitiva positiva da vida como um todo; o afeto positivo (dimensão afetiva) expressa a frequência de emoções positivas experimentadas pelo sujeito, e o afeto negativo (dimensão afetiva) a frequência de emoções negativas (Diener, 1984; Galinha e Ribeiro, 2005).

Assim, o BES, define-se como um constructo extenso e multidimensional, que abrange a satisfação com a vida, o afeto positivo, a

felicidade, o crescimento pessoal, a satisfação com os relacionamentos sociais e a autonomia. (Diener, 1984; Ryff, 1989)

Quadro 2 Componentes do BES (adaptado de Diener et al.1999).

Aspetos Positivos	Aspetos Negativos	Satisfação com a Vida	Domínios das Satisfações
Divertimento	Culpa e vergonha	Desejo de mudar a vida	Trabalho
Entusiasmo	Tristeza	Satisfação com a vida presente	Família
Contentamento	Ansiedade e preocupação	Satisfação com o passado	Lazer
Orgulho	Irritação	Satisfação com o futuro	Saúde
Afeição	Stress	Visão e significado da própria vida	Finanças
Felicidade	Depressão		Ego
Êxtase	Inveja		Grupo

Relativamente à independência das componentes de afeto positivo e afeto negativo, isto é, no que se refere ao facto da ausência de afeto negativo não corresponder necessariamente à presença de afeto positivo, existem algumas dúvidas na literatura (Schimmack, 2008). De acordo com Diener (2000), as componentes do BES são separadas e têm padrões de relação com diferentes variáveis. Desta forma, quando analisadas separadamente, permitem que a satisfação com a vida e os afetos (positivo e negativo) forneçam informações complementares ao BES. No entanto, a satisfação com a vida e os afetos não são totalmente independentes, na medida em que são ambos influenciados pelos acontecimentos e circunstâncias da vida, verificando-se uma inter-relação (Diener et al.,1999, Diener, 1994, Pavot & Diener, 1993).

Alguns estudos fazem referência a uma co-ocorrência (ou relação de associação), num determinado momento, de valores altos ou baixos de afeto positivo ou negativo, no entanto, o tipo de independência mais comprovada empiricamente é a que ocorre a longo prazo (Diener et al., 2009).

O afeto positivo reflete o nível de entusiasmo, de ativação e de alerta, que uma pessoa manifesta. Um elevado afeto positivo significa um elevado

estado de energia, total concentração e envolvimento agradável, ao passo que um baixo estado de afeto positivo é caracterizado por tristeza e letargia. O afeto negativo caracteriza-se pela angústia subjetiva e pelo envolvimento desagradável, que engloba uma variedade de estados de humor: raiva, desacato, desgosto, culpa, receio e nervosismo. Afeto negativo reduzido traduz-se num estado de calma e serenidade (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

3.4 Bem-Estar Subjetivo: avaliação

Como já foi referido, o BES nasceu num contexto empírico, com a identificação de características sociodemográficas associadas à QdV, à satisfação e à felicidade, tendo, o mesmo, ao longo do tempo, obtido alguns avanços na sua avaliação (Diener & Biswas-Diener, 2002).

O Bem-Estar tem sido avaliado a partir de instrumentos como o inquérito, com recurso a autorrelatos (questionários autoadministrados), sendo estes, mais fáceis e rápidos de aplicar (Diener et al., 2003). Normalmente, estes instrumentos, avaliam o domínio afetivo de Bem-Estar (afeto positivo ou negativo) ou o domínio cognitivo (satisfação com a vida). No entanto, atualmente, é possível utilizar instrumentos que avaliem as três componentes do Bem-Estar, sendo esta a medida mais indicada (Pavot, 2008).

Diener et al., (2003) afirma que a avaliação da dimensão afetiva é o reflexo da avaliação contínua de situações e circunstâncias da vida, no sentido de caracterizar as experiências de vida como sendo maioritariamente prazerosas ou de sofrimento. Essa avaliação engloba as componentes de afeto positivo – emoções e humor positivos experimentados num determinado momento (exemplo: alegria, orgulho) e afeto negativo – emoções e humor negativos, experimentados num determinado momento (exemplo: medo e tristeza) (Diener, 2000).

No que se refere à dimensão cognitiva, a satisfação com a vida, trata-se de um juízo cognitivo e corresponde à avaliação global da QdV (Diener, 1984),

como já referido anteriormente. A avaliação é realizada com recurso à análise de diversos domínios de satisfação com a vida (saúde, trabalho, lazer, relações sociais), sobre os quais o indivíduo faz o balanço relativo à importância que cada um deles tem para si próprio, concretizando assim a avaliação. Esta avaliação é cognitiva e é efetuada ao nível da satisfação/insatisfação que cada domínio detém para o indivíduo (Diener, 1984; Diener et al., 2003).

Existem vários instrumentos de avaliação (escalas) do BES, como por exemplo: *Life Satisfaction Index* (Neugarten, Havighurst & Tobin, 1961 in Diener, 1994), *Affect Balance Scale* (Bradburn, 1969 in Diener, 1984), *Delighted-Terrible Scale* (Andrew & Withey, 1976 in Diener, 1984), *Subjective Happiness Scale* (Lyubomirsky & Lepper, 1999), etc. Cada um destes instrumentos caracteriza-se quanto à sua especificidade, no que se refere aos fatores que constituem o BES. Algumas das escalas mencionadas utilizam apenas afetos positivos e negativos, enquanto outras utilizam a satisfação/insatisfação com a vida, como um constructo único. Contudo, ainda que cada escala, questionário ou inventário seja constituído por pressupostos de construção e validação diferentes, os três fatores (satisfação com a vida, afetos positivos e afetos negativos) são os componentes mais recorrentes destes instrumentos.

Na avaliação da satisfação com a vida, destaca-se a *Satisfaction With Life Scale* (SWLS). A escala foi desenvolvida em 1985, nos Estados Unidos da América, por Diener e colaboradores, com o intuito de avaliar a satisfação com a vida do entrevistado, como um todo (Diener et al., 1999; Pavot & Diener, 1993).

Inicialmente, a escala era constituída por 48 itens, que abrangiam aspetos de satisfação com a vida e do Bem-Estar, definidos com base no princípio teórico de que a satisfação com a vida representa um julgamento de comparação entre a vida das pessoas e o seu ideal. Mas, ao longo do tempo, foi sofrendo alterações que resultaram numa redução significativa em 5 itens, considerados de fidelidade e validade aceitáveis (Diener et al, 1999), que mostraram ser potencialmente valiosos para detetar alteração na satisfação com a vida, no decurso de intervenção clínica.

A SWLS avalia o julgamento consciencioso do indivíduo em relação à sua vida, usando os critérios da própria pessoa (Pavot e Diener, 1993). Quando o indivíduo sente maioritariamente emoções agradáveis, comparativamente com emoções desagradáveis, experiencia um BES abundante. Ou seja, quando está envolvido num conjunto de atividades interessantes, quando sente muitos prazeres e poucos desprazeres/sofrimentos, e quando está satisfeito com a sua vida. Existem, de facto, critérios adicionais para avaliar o que se diz ser uma “boa vida” e ainda a saúde mental. Porém, o BES foca-se na avaliação que as pessoas fazem sobre a sua própria vida, mediante os critérios definidos pelas mesmas (Diener, 2000).

No que se refere à avaliação do afeto positivo e negativo destaca-se a *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS). Esta escala foi desenvolvida por Watson e seus colaboradores, em 1988, e avalia os afetos separadamente.

Diener e Lucas (2000) defendem que a análise sobre Bem-Estar pode estar maioritariamente relacionada com a frequência com que, o indivíduo, experimenta emoções positivas e não com a intensidade dessas emoções, pois, tendo maioritariamente em conta a frequência do que a intensidade de emoções positivas na avaliação do BES, o indivíduo considera, provavelmente, serem as emoções positivas intensas muito raras e também porque estas são, muitas vezes, acompanhadas por alguns custos para o indivíduo que as experimenta.

Ainda na mesma linha de pensamento e tendo em conta a ideologia de outros autores, as experiências mais favoráveis da vida sobressaem das experiências menos favoráveis ou traumatizantes, através de mecanismos de comparação e habituação. As emoções do indivíduo reagem intensamente a eventos recentes, no entanto, com o tempo, essas reações tendem a diminuir, sentindo a necessidade de efetuar ajustes internos, quando existem mudanças nas condições externas. Avaliando o que acontece num determinado momento, através de estudos transversais, não conseguimos, segundo alguns autores, avaliar, de forma exata, esse processo de adaptação (Diener, 1999, cit. por Novo, 2003).

Ainda no que concerne à avaliação do BES, a mesma apresenta algumas limitações, pois estamos perante um instrumento de autoavaliação e, por esse motivo, os participantes podem distorcer as suas respostas, caso estejam motivados para isso (Pavot e Diener, 1993). Neste caso, o maior problema assenta no facto da pessoa ter um determinado nível de felicidade e por algum motivo declarar outro (Diener, 1984).

Diener (1984) afirma que, embora se tenham verificado avanços na literatura sobre o BES, historicamente, o estudo deste campo teve duas falhas: o reduzido progresso teórico e a falta de estudos quasi-experimentais e longitudinais. Para além disso, por razões de ordem ética e prática, a manipulação experimental do BES é praticamente impossível, na medida em que não podemos sujeitar as pessoas a condições que as façam ficar satisfeitas com a vida e outras condições que as façam ficar infelizes. Por esta razão, os métodos longitudinais e quasi-experimentais são a única esperança para fazer inferências causais (Cook e Campbell, 1979, cit. por Balaguer, 2000)

Diener (2000) afirma que o conhecimento científico, por parte dos Psicólogos, é rudimentar, e que é necessário uma base científica mais desenvolvida para que seja possível fazer recomendações à sociedade, relativamente a como aumentar a felicidade. O mesmo autor defende ainda que é necessário as sociedades atribuírem uma importância ao BES, equiparável à que atribuem à economia, com recurso ao investimento na pesquisa, a fim de entenderem e educarem as pessoas para a felicidade, criando uma sociedade melhor, onde a felicidade seja onnipresente e a qualidade de vida entendida.

Por fim, na avaliação do BES, deve ter-se em consideração que cada indivíduo avalia a sua própria vida, as vivências e os conhecimentos, aplicando-lhes conceções subjetivas que envolvem traços de personalidade, expectativas, valores, crenças, emoções e experiências (Woyciekosk et al., 2012).

Em síntese, o objetivo central do nosso estudo foi avaliar a perceção de mulheres com CM que frequentam um programa de exercício físico acerca dos efeitos das sessões e no seu Bem-Estar. Pretendemos ainda responder a objetivos mais específicos como: caracterizar a Atividade Física e a Prática

Desportiva fora do programa de treino em que se encontram e analisar o BES destas mulheres.

III. METODOLOGIA

1. Caracterização da amostra

Os participantes neste estudo eram doentes diagnosticados com CM inseridos num Centro de apoio especializado situado na cidade do Porto.

Os participantes foram selecionados em função dos seguintes critérios:

- a) Ser do sexo feminino;
- b) Ter cancro da mama;
- c) Encontrar-se a frequentar um programa de exercício físico com um profissional capacitado (Sparkes & Smith, 2014).

O facto de terem sido selecionados indivíduos do sexo feminino prende-se com o facto do CM masculino ser considerado uma doença rara, com uma taxa de incidência inferior a 1% (Leone et al., 2016). Assim, dada a sua baixa incidência, não só teríamos dificuldade no processo de seleção da amostra como na recolha de estudos/suporte teórico relativamente a esta população.

A técnica de amostragem foi não probabilística, na medida em que os sujeitos da mesma foram selecionados tendo como base critérios de escolha intencional, sistematicamente utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que representavam este grupo em particular (Creswell, 2003).

Foram entrevistadas 15 mulheres com uma média de idades de 50,33 anos ($\pm 9,87$), tendo o elemento mais velho 66 anos e o mais novo 38 anos. No que diz respeito às habilitações literárias a maioria das mulheres possui habilitações ao nível da licenciatura (80%) sendo que as restantes 20% são referentes ao Ensino Básico (6,7%), Ensino Secundário (6,7%) e Mestrado (6,7%).

No Quadro 3 são representados de forma mais detalhada alguns dados demográficos das participantes.

Quadro 3 Caracterização sociodemográfica.

	Idade	Habilitações	Profissão	Permanência no programa
M1	64	Licenciatura	Professora de História	4 anos
M2	38	Licenciatura	Veterinária	1 ano
M3	38	Licenciatura	Bancária	3 meses
M4	61	Licenciatura	Gestora	3 anos
M5	45	Licenciatura	Bancária	3 anos
M6	61	Licenciatura	Economista	2 anos
M7	46	Mestrado	Psicóloga	3 anos
M8	38	Licenciatura	Técnica de formação	1 ano
M9	45	Licenciatura	Professora	5 meses
M10	43	Licenciatura	Psicóloga	11 meses
M11	59	Licenciatura	Economista	4 anos
M12	52	9º ano	Empregada doméstica	2 anos
M13	54	Licenciatura	Engenheira	3 anos
M14	66	Licenciatura	Professora	5 meses
M15	45	12º ano	Profissional de seguros	3 meses

2. Programa de intervenção

O Centro em que as participantes se encontravam inseridas apresentava recursos diversificados como por exemplo: integração de um programa que tem como objetivo disponibilizar o esclarecimento e acompanhamento de doentes com CM, seus familiares e amigos, orientação e realização de aconselhamento não médico, baseado nos fundamentos da terapia convencional e de terapias complementares, aplicando o conceito atualmente denominado de medicina integrativa. Neste contexto, o mesmo dispunha de profissionais qualificados para a realização de consultas não médicas nas áreas da medicina convencional e/ou da medicina complementar. Direccionado especificamente para a patologia de CM, o Centro integrava as seguintes valências: Sociologia, Reiki, Ioga, Naturopatia, Nutrição, Osteopatia, Podologia, Aconselhamento Jurídico, Acupuntura, Centro de Imagem, Fisioterapia e Exercício Físico.

Promove ainda, sessões de esclarecimento abertas e gratuitas, com diversos profissionais, sobre vários tópicos associados ao tema CM, bem como disponibiliza, em plataformas de comunicação que dispõe, informação atualizada sobre a matéria.

Trata-se de uma instituição sem fins lucrativos, no entanto, de forma a garantir o funcionamento regular das várias valências, as consultas e sessões são tabeladas e pagas pelas participantes que delas usufruem.

Como referido anteriormente, uma das valências do Centro é proporcionar sessões de exercício físico com um profissional especialista na prescrição de exercício físico para a população- alvo (Professor Doutor em Ciências do Desporto) que orienta as sessões, direcionando-as especificamente para a patologia em questão. Trata-se de alguém com conhecimento não só da doença como também das limitações que a mesma acarreta na maioria das pacientes (Ribeiro, 2014). Assim, no que se refere ao tipo de exercício efetuado, o mesmo combina exercício aeróbio (bicicleta estática) que varia para valores entre os 20-30 minutos, combinado com exercícios de resistência de força (membros superiores e inferiores). Nos membros superiores é realizado exercício de mobilidade e flexibilidade ativa para o ombro.

3. Procedimentos

A direção do Centro recebeu uma carta de apresentação relativa ao estudo e respondeu favoravelmente com a autorização para a realização do mesmo nas suas instalações.

Com vista a responder aos nossos objetivos, contactámos com um profissional que se encontrava posicionado no programa de forma privilegiada (responsável pelas sessões de exercício físico) e que se disponibilizou a contactar, em primeira instância, as pessoas que reuniam as características pretendidas (Sparkes & Smith, 2014). Aquando da abordagem, as mulheres

foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos aos quais seriam submetidas, tendo sido a participação de cariz voluntário e mediante a disponibilidade de ambas as partes.

4. Instrumentos

4.1 Entrevista Semiestruturada

A entrevista define-se como uma ferramenta utilizada com o objetivo de inferir algo através das palavras do(s) entrevistado(s) (Bardin, 2009) e perceber a opinião do(s) mesmo(s) acerca do assunto que está a ser investigado (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2013) e por esta razão pareceu-nos ser adequada aos nossos objetivos de investigação.

Segundo Grawitz (2001), existem quatro formas de recolha de dados qualitativos com recurso a entrevistas: 1) entrevista de conversa informal; 2) modelo de entrevista aberta; 3) entrevista fechada ou de resposta fixa; 4) entrevista semiestruturada. Quanto ao seu grau de diretividade, as entrevistas são tradicionalmente classificadas como: não diretivas (uma ou duas horas) e semiestruturadas ou semidiretivas (mais curtas, mais fáceis) (Bardin, 2009).

Para o nosso estudo, recorreremos à entrevista semiestruturada, elaborada a partir de perguntas base. Desta forma, a partir das respostas dos entrevistados seria possível recolher mais informações que nos parecessem oportunas perante os objetivos do nosso estudo.

Para Quivy e Campehoudt (2008), as principais vantagens das entrevistas residem na associação entre o grau de profundidade dos elementos de análise recolhidos, a flexibilidade e a fraca diretividade do dispositivo que possibilita a recolha de testemunhos e interpretações dos interlocutores, respeitando a linguagem e as categorias mentais. Os mesmos autores referem ainda que, nas entrevistas semiestruturadas, os inquiridos são frequentemente

levados a exprimirem-se pela primeira vez sobre o assunto, o que induz a uma reflexão e à necessidade de encontrar palavras para expressar o seu ponto de vista. Assim, a comunicação resultante da entrevista passa a ser vista, não só como um simples dado, mas também como um processo de elaboração de pensamento.

Quanto à construção e realização das entrevistas, no presente estudo, foi elaborado um guião de entrevista semiestruturada, tendo em conta o quadro teórico que foi sendo construído e as conceções de Quivy e Campenhoudt (2008).

4.1.1 Construção do Guião de Entrevista

Antes da aplicação das entrevistas procedeu-se à realização de duas entrevistas piloto, a fim de contabilizar a média de tempo que era despendida com cada entrevista, pretendendo-se uma melhor organização no seu agendamento. As entrevistas piloto foram efetuadas também com o objetivo de perceber se as questões colocadas eram pertinentes de acordo com os dados que procurávamos obter. Este processo culminou com o ajuste das questões e formas de intervenção. Inicialmente elaborámos as seguintes questões: “Quais são os objetivos que a levaram a vir aqui (programa de exercício físico)?” e “Qual o principal motivo que a leva a vir?”. Constatámos que nestas duas questões as respostas eram iguais e uma das entrevistadas (entrevista piloto) respondeu: “Penso que já respondi a essa pergunta”. Por este motivo ocultámos uma das questões e adaptámos a outra (Anexo 1).

Assim, o guião de entrevista final foi composto por três partes. A primeira parte com vista a recolher informação demográfica: a) nome, b) idade, c) habilitações literárias e d) profissão. A segunda parte com questões relativas ao programa de exercício físico que as mulheres frequentavam e a última parte com questões subjugadas ao tema “Prática de exercício físico” por parte das entrevistadas.

As entrevistas foram realizadas numa sala do Centro, em ambiente calmo, sendo na maioria das vezes efetuadas após as sessões de exercício físico para evitar que as entrevistadas se sentissem pressionadas pelo tempo. A duração de cada entrevista variou entre 10 e 15 minutos (M=13), tendo estas sido registadas por modo de gravação (áudio) com a respetiva autorização. A gravação foi essencial para posteriormente se proceder à transcrição, tal como refere Quivy e Campenhoudt (2008), permitindo uma recolha integral dos discursos incluindo hesitações e pausas.

5. Procedimentos de análise de dados das entrevistas

5.1 Análise de Conteúdo

No que se refere às entrevistas, após a sua recolha, as mesmas, foram transcritas na íntegra, procurando respeitar o carácter espontâneo das falas, originando um total de 20 páginas transcritas.

Optámos por utilizar como técnica de tratamento da informação, a análise temática do conteúdo por categorias. Bardin (2015) define análise de conteúdo como sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Daí que não seja considerado um método, mas sim uma técnica de tratamento da informação que possibilita a utilização de material não estruturado, como por exemplo entrevistas (Vala, 2007).

É de salientar que dentro das técnicas de análise de conteúdo, a análise por categorias é a mais antiga e na prática a mais utilizada (Bardin, 2009).

De acordo com Vala (2007), a análise de conteúdo pressupõe: a delimitação dos objetivos e definição de um quadro de referência teórico, a constituição de um *corpus*; a definição de categorias, e, por último, a definição

de unidades de análise. Assim, após o enquadramento teórico e a definição dos objetivos da aplicação da entrevista do nosso estudo, selecionamos o nosso *corpus* de análise. Tal como defende o mesmo autor, como o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa, o *corpus* de análise é todo esse material, no nosso caso, a transcrição das 15 entrevistas realizadas. Seguidamente, explicaremos em pormenor as tarefas de definição de categorias e subcategorias.

5.1.1 Definição das unidades de análise

Segundo Vala (2007), a análise de conteúdo implica a definição de três tipos de unidades: 1) de registo; 2) de contexto; 3) de enumeração.

A unidade de registo (UR), é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização. Pode ser de natureza e dimensões variáveis. Ao nível linguístico, pode-se considerar como unidade de registo a “palavra” ou a “frase”; ao nível semântico, o “tema” é a UR mais utilizada. No nosso estudo, durante a leitura da transcrição das entrevistas, optamos por salientar a negrito as palavras ou expressões de maior relevância para a categorização das UR numa determinada categoria.

A Unidade de Contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da UR) permitem compreender o significado exato da UR (Bardin, 2015). Como tal a dimensão da unidade de contexto, depende do tipo de unidade de registo escolhido. Assim, optámos por utilizar como unidade de contexto, os documentos completos que queríamos analisar, ou seja a transcrição de cada uma das entrevistas (Sparkes & Smith, 2014).

5.1.2 Categorização

A categorização tem uma presença constante no nosso quotidiano, na medida em que aprendemos a separar, a classificar e a ordenar, através de exercícios simples (Bardin, 2009), atribuindo-lhes um sentido, com o objetivo de simplificar para potenciar a apreensão e, se possível, a explicação (Vala, 2007). Segundo Bardin (2015) a maioria dos procedimentos de análise organiza-se em redor de um processo de categorização que corresponde à classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos (subcategorias) sob um título genérico tendo em consideração as características comuns destes elementos.

As categorias constituem um meio de classificar os dados descritivos recolhidos, sendo criadas em função do objetivo de cada estudo (Grawitz, 2001). Neste sentido, habitualmente uma categoria é constituída por um tema-eixo que indica o significado central do conceito que se quer apreender (Vala, 2007).

A primeira análise temática e a leitura constante do material resultaram na codificação das respostas dos participantes em subcategorias e posteriormente na definição das categorias desenvolvidas (Quadro 4) a partir da informação que ia sendo obtida.

Em todas as categorias procuramos a exaustividade colocando nas mesmas todas as subcategorias correspondentes.

Quadro 4 Categorias e subcategorias definidas.

Tema-eixo	Categorias	Subcategorias
Programa de Exercício Físico	Conhecimento	Família / Amigos
		Publicidade e outros meios
	Vantagens	Benefícios psicológicos
		Benefícios físicos
		Exercício Orientado para a doença
		Relações significativas
		Profissionais capacitados
		Melhorias
	Transferência	Mudança e transfer para as atividades do dia-a-dia
Prática de Exercício Físico	Importância	Benefícios para a saúde
	Abandono	Aparecimento da doença
		Maternidade
		Indisponibilidade Horária

Faremos em seguida a descrição das categorias e subcategorias relativas a cada tema-eixo, de forma a clarificar o seu conteúdo. Salientamos que o trabalho de definição de categorias e subcategorias foi acompanhado por um processo de aprofundamento do material investigado por parte do investigador a fim de uma evolução na capacidade de definição.

Assim, na lista que se segue damos a conhecer o nome da categoria (a), das subcategorias (i.,ii.,iii....), seguido da sua definição.

1. Programa de Exercício Físico

a. Conhecimento – Categoria em que as participantes deste estudo referem como tomaram conhecimento da existência do programa.

i. Família e amigos – UR em que as participantes referem que tomaram conhecimento da existência do programa de exercício físico através de familiares e pessoas próximas das pacientes.

ii. Publicidade e outros meios – UR em que as participantes referem que tomaram conhecimento da existência do programa de exercício físico através de publicidade e meios de comunicação social.

a. Vantagens – Categoria em que as participantes referem quais as motivações que as levaram a frequentar o programa de exercício físico.

i. Benefícios Psicológicos – UR em que as participantes identificam benefícios do foro psicológico inerentes à participação no programa de exercício físico.

ii. Benefícios Físicos – UR em que as participantes identificam benefícios físicos inerentes à participação no programa de exercício físico.

iii. Relações Significativas – UR em que as participantes fazem referência à existência de relações interpessoais, criadas através do programa e no decorrer do mesmo.

iv. Profissionais Capacitados – UR em que as participantes fazem referência à existência de profissionais com formação na área do exercício físico associado ao Cancro como fator de segurança e confiabilidade no programa.

v. Melhorias – UR em que as participantes identificam alterações positivas no Bem-Estar e na QdV.

a. Transferência – Categoria em que as participantes referem quais as alterações que observaram nas atividades do seu quotidiano, que

assumem como consequência da participação nas sessões de exercício físico.

- i. Mudança e transfer para as atividades do dia-a-dia – UR em que as participantes reconhecem alterações na execução das atividades do dia-a-dia.

2. Prática de Exercício Físico

- a. Importância – Categoria em que as participantes referem o grau de importância da prática de exercício físico no seu Bem-Estar.
 - i. Benefícios para a saúde – UR em que as participantes identificam Bem-Estar físico, psicológico e social como consequência do programa de exercício físico.
- a. Abandono – Categoria em que as participantes referem qual o motivo que as levou a abandonar a prática de exercício físico (não inclui o exercício das sessões realizadas no Centro).
 - i. Aparecimento da doença – UR em que as participantes identificam o aparecimento da patologia de CM como causa do abandono do exercício físico, antes de frequentar o programa.
 - ii. Maternidade – UR em que as participantes identificam a maternidade como motivo para o abando da prática de exercício físico.
 - iii. Indisponibilidade horária – UR em que as participantes identificam a falta de tempo como motivo para o abandono da prática de exercício físico.

6. Questionário

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008), a utilização de questionários distingue-se da simples sondagem de opinião pelo facto de visar a verificação de hipóteses teóricas e a análise de correlações que essas hipóteses sugerem.

O questionário utilizado foi validado pelo laboratório de Psicologia do Desporto da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, com o objetivo de caracterizar os sujeitos da amostra e recolher informações relativas à Atividade Física e BES.

O questionário foi aplicado após a realização da entrevista, tendo sido supervisionado pelo investigador de forma a transmitir todas as informações necessárias ao preenchimento do mesmo, bem como, o esclarecimento de qualquer dúvida que eventualmente surgisse. As perguntas estavam pré-codificadas de forma aos entrevistados escolherem, obrigatoriamente, as suas respostas entre as que lhes foram formalmente propostas. O preenchimento dos questionários decorreu entre os meses Outubro e Dezembro de 2015 e no total foram coletados 15.

No que respeita à atividade física, foram avaliados indicadores da frequência da Atividade Física com duração de pelo menos 15 minutos, que incluíam: “atividades que faz para se deslocar”, “atividades que fez em sua casa ou no seu jardim” e “aquelas que efetua no seu tempo livre”.

Quanto à avaliação do BES (Satisfação com a vida e afeto), para avaliar a satisfação com a vida foi utilizada a versão traduzida e adaptada à realidade nacional por Figueiras (2009) da Satisfaction With Life Scale (i.e., a SWLSp). A SWLSp permite medir a componente cognitiva do Bem-Estar (i.e., a satisfação global com a vida) e é constituída por cinco itens: (1) – “Na maioria dos aspetos, a minha vida aproxima-se do meu ideal de vida”, (2) – “As condições da minha vida são excelentes”, (3) – “Estou satisfeito com a minha vida”, (4) – “Até agora, tenho conseguido alcançar as coisas que considero importantes na vida”, (5) – Se pudesse viver a minha vida outra vez não mudaria quase nada. Os itens são respondidos numa escala de *Likert*, com cinco possibilidades de resposta: 1 - “Discordo Totalmente”, 2 – “Discordo”, 3- “Nem discordo nem

concordo”, 4 – “Concordo” e 5 - “Concordo totalmente (a fim de facilitar a sua utilização, a escala não contém 7 pontos de resposta tal como na escala original).

Em estudos anteriores, a versão original da SWLS mostrou ter boas propriedades psicométricas, incluindo uma elevada consistência interna e boa validade convergente e discriminante (Pavot & Diener, 1993).

Para avaliar o afeto foi utilizada a versão reduzida e adaptada para língua portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANASp/rd) de Figueiras (2009) que resultou da versão traduzida e adaptada para língua portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANASp) de Fonseca et al., (2006). Este instrumento é constituído por duas escalas: Afeto Positivo (AP) e Afeto Negativo (AN). Cada escala contém 5 itens, que visam avaliar duas dimensões conceptualmente independentes do estado de humor. As respostas podem variar entre 1 (“Não sou nada assim”) e 5 (“Eu sou sempre assim”).

Quadro 5 Itens da versão reduzida - PANASp/rd (adaptado de Figueiras, 2009).

AP	NA
Inspirado(a)	Culpado(a)
Alerta	Assustado(a)
Ativo(a)	Stressado(a)
Entusiástico(a)	Irritado(a)
Determinado(a)	Receoso(a)

6.1 Procedimentos de análise de dados dos questionários

Após a recolha dos dados dos questionários, procedemos à sua organização e tratamento estatístico. Para o efeito, construímos uma base de dados no programa estatístico de processamento de dados SPSS (Statistical Package for Social Sciences-Windows) versão 21.0. Este programa foi também

utilizado na análise descritiva, efetuada a partir das medidas descritivas básicas: média, desvio padrão, mínimo e máximo.

IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Caracterização dos níveis de Atividade Física da amostra.

Os dados relativos à Atividade Física da nossa amostra foram obtidos através de questões sobre os seus hábitos relacionados com a mesma. As respostas surgiram tendo em consideração a frequência “durante a última semana” em que as mulheres realizaram atividades físicas com duração de pelo menos 15 minutos seguidos. O questionário incluiu atividades que “faz para se deslocar, atividades realizadas em casa ou no jardim e aquelas que efetua no tempo livre”, excluindo a prática desportiva. A amostra foi dividida em 3 grupos de acordo com a frequência semanal (0 vezes por semana, 1 a 2 vezes por semana e 3 a 4 vezes por semana) com que realizam as tarefas que considerámos ser Atividade Física (andar, trabalhar, realizar tarefas domésticas...), de uma forma vigorosa e moderada.

Podemos constatar através da análise do Quadro 6 que mais de metade (60%) da nossa amostra realizava atividade física vigorosa apenas 1 a 2 vezes por semana e 73,4% realizava atividade física moderada também 1 a 2 vezes por semana. Repare-se nas baixas percentagens de mulheres que realizavam estas atividades mais do que duas vezes por semana.

Quadro 6 Caracterização da Atividade Física das mulheres.

Tipo de Atividade Física	Frequência Semanal	n	%
Vigorosa	0 vezes	3	20
	1 a 2 vezes	9	60
	3 a 4 vezes	3	20
Total		15	100
Moderada	0 vezes	2	13,3
	1 a 2 vezes	11	73,4
	3 a 4 vezes	2	13,3
Total		15	100

Se considerarmos que a maioria da nossa amostra se encontrava na fase de tratamento da doença seria de esperar, como aconteceu, que algumas destas mulheres se sintam debilitadas, com pouca predisposição para estarem ativas e por isso, apresentarem níveis de Atividade Física mais baixos. Assim, podemos dizer que o que encontramos no nosso estudo converge com o que nos diz Flechtner e Bottomley (2003), ou seja, a fadiga induzida pelos tratamentos da patologia, pode ter repercussões na predisposição para participar nas atividades comuns e por norma os pacientes sentem um certo descontrolo nas suas atividades do dia-a-dia.

Foi nos anos 90 que a partir de evidências científicas, a Atividade Física passou a ser vista como fator de prevenção de doenças: cardiovasculares, diabetes e cancro (Nahas, 2013).

Um estudo recente realizado por Brédart et al., (2016) com o objetivo de avaliar a relação entre a Atividade Física de sobreviventes de CM e a sua necessidade de cuidados de suporte, de crescimento pós-traumático (mudanças psicológicas positivas) e satisfação com médicos, concluiu que a prevalência de Atividade Física em sobreviventes de CM deve ser melhorada e que as mudanças psicológicas positivas após uma experiência de CM podem contribuir para realização de Atividade Física. O mesmo autor concluiu também que, esta população necessita de ser encorajada para a prática em questão de forma a aliviar os sintomas físicos.

2. Caracterização da Prática Desportiva da amostra

Relativamente à prática de exercício físico (fora das sessões), apenas duas mulheres nunca praticaram, sendo que as restantes já tinham abandonado a prática. Assim, através da análise do Quadro 7 podemos verificar que a grande maioria das mulheres já praticou desporto, correspondendo a 86,7%, sendo que apenas 13.3% nunca teve hábitos de prática desportiva.

Quadro 7 Caracterização da Prática Desportiva das mulheres.

Prática Desportiva	n	%
Nunca Praticou	2	13,3
Praticou	13	86,7

Relativamente às modalidades desportivas referidas pelas mulheres que praticaram desporto, as modalidades dentro das atividades de academias que se destacaram foram: ginástica localizada e pilates. Sendo estas também, as mais citadas pelas mulheres. Dentro das modalidades aquáticas destacaram-se a natação, hidroginástica e hidrobike. Dentro dos desportos coletivos destacaram-se as modalidades voleibol, futebol e basquetebol.

Estes resultados que encontramos no nosso estudo vão de encontro aos dados que apuramos através das entrevistas. Isto é, a maioria das mulheres praticou desporto, no entanto abandonou a prática por diversos motivos que iremos ver mais à frente.

Segundo Irwin et al., (2011), “quando se trata de exercício, para sobreviventes do CM, qualquer coisa é melhor do que nada”. Segundo os mesmos autores, altos níveis de Atividade Física podem melhorar a sobrevivência de mulheres com CM na pós-menopausa, mesmo entre aquelas que relatam baixa Atividade Física antes do diagnóstico. Também, Sternfeld et al., (2009) sugere que níveis mais elevados de Atividade Física estão associados ao menor risco de recorrência e mortalidade por cancro com associação ao elevado número de dias e horas semanais. Desta forma, salientamos a importância da Atividade Física na prevenção de cancro e risco de reincidência. Mulheres diagnosticadas com CM devem ser encorajadas a iniciar e manter um programa de atividade física.

3. Percepção das mulheres relativamente ao programa de Exercício Físico

Com vista a chegar aos objetivos a que nos propusemos começamos por perguntar às nossas entrevistadas, como é que tomaram conhecimento da existência do programa, a fim de perceber se procuraram por iniciativa própria ou se tomaram conhecimento durante os processos inerentes à doença. Desta forma, pretendemos também saber um pouco mais sobre as entrevistadas e introduzir o tema ao qual se referiu a entrevista.

Ainda no âmbito do programa de exercício físico, questionámos as mulheres acerca das suas motivações para integrar um programa com estas características e se identificavam alterações no seu dia-a-dia como consequência do mesmo.

No que concerne à prática de exercício físico procuramos saber o seu histórico de prática desportiva e a sua opinião relativamente à importância da mesma.

A distribuição das referências está representada nas várias categorias e esquematizada no Quadro 8, sendo que as “Fontes” corresponde ao número de mulheres que referiram a subcategoria e o “ N° de referências” corresponde à quantidade de vezes que as mulheres referiram a subcategoria.

Quadro 8 Distribuição das referências feitas pelas participantes no estudo.

Tema-Eixo	Categorias	Subcategorias	Fontes	Nº de referencias
Programa de Exercício Físico	Conhecimento	Família e amigos	9	9
		Publicidade e outros meios	8	8
	Vantagens	Benefícios Psicológicos	9	24
		Benefícios Físicos	13	39
		Exercício orientado para a doença	9	10
		Relações significativas	10	11
		Profissionais Capacitados	6	7
		Melhorias	15	17
	Transferência	Mudança e transferência	15	17
	Prática de Exercício Físico	Importância	Benefícios para a saúde	15
Abandono		Aparecimento da doença	10	13
		Maternidade	2	2
		Indisponibilidade horária	2	2
Total			175	

Através da análise do Quadro 8 verificámos que a maioria das mulheres tomou conhecimento da existência do programa de exercício físico, no Centro, através de familiares e amigos, tendo a restante parte da amostra tomado conhecimento através de meios de comunicação social (televisão e jornal), publicidade (*flyers* e *outdoors*), médicos e enfermeiros. Vejamos alguns exemplos nas citações seguintes.

M1 - “Vi uma reportagem na TV acerca do projeto, pareceu-me interessante e ajustado às minhas necessidades. Depois tomei iniciativa de cá vir.”

M3 - “Li uma notícia no jornal e fiquei muito interessada. Vim cá informar-me e acabei por ficar.”

M5 - “Quando fui à minha ginecologista, tinha lá um *flyer*. Li e vim cá saber mais pormenores.”

Na seguinte citação, vemos o caso de uma das entrevistadas que referiu que o namorado foi um suporte importante em toda a fase de tratamento do CM e que ao aperceber-se do seu débil estado emocional iniciou uma pesquisa a fim de encontrar soluções para esse problema.

M2 - “O meu namorado viu na internet e depois quase que me obrigou [...] eu estava um bocado em baixo naquela fase de angústia e depressão”

Quando analisámos a literatura sobre a QdV das mulheres em fase de tratamento do CM, mais concretamente no que se refere à cura, sobrevivência e longevidade, os tratamentos oncológicos, atualmente, destacam-se pela sua crescente evolução. No entanto, apesar de não serem tão agressivos como outrora, continuam a comprometer a QdV das doentes (Costa, 2015). Assim, o CM é um problema que transcende o físico. É, por isso, uma patologia com repercussões a nível psicológico.

O processo desde o diagnóstico até ao tratamento é acompanhado por muitos medos e sofrimento por parte, não só do paciente, mas também, por quem o rodeia. Através da realização das entrevistas constatámos que a família e os amigos são um grande suporte em todas as fases do processo, quer a nível emocional quer a nível de mobilização de recursos na expectativa de tornar a vida das pacientes um pouco melhor. A pesquisa torna-se

incessante, acompanhada pela vontade de ajudar e contribuir para o Bem-Estar das pacientes.

Constatamos que algumas mulheres procuraram contactar com pessoas que tinham a doença ou que já tinham passado pela mesma experiência a fim de partilhar os seus medos, receios e obter mais informações sobre estratégias de superação. Este contacto proporcionou a divulgação do programa no sentido em que algumas das pessoas a quem as participantes recorreram já tinham frequentado o mesmo ou tinham conhecimento da sua existência.

Verificamos também, que três pacientes aquando das consultas na fase de deteção e tratamento da doença foram informadas pelos médicos sobre a existência do programa e uma mulher soube do mesmo através da enfermeira que a acompanhou após a cirurgia.

Tendo em conta que os profissionais de saúde têm conhecimento dos benefícios do exercício físico nas diversas áreas e sendo estes os primeiros a contactar com as pacientes logo na fase de diagnóstico, esperávamos que mais entrevistadas tivessem tomado conhecimento da existência do programa por este meio. Neste contexto, concordamos com Mutrie et al., (2007) quando refere que os médicos devem incentivar os seus pacientes para a prática de exercício físico e que os governantes devem considerar a inclusão de programas de exercício físico em serviços de reabilitação de cancro.

Somos levados a concordar também, com Melinda Irwin, autora de vários estudos no âmbito do CM, quanto ao papel dos médicos na fase de diagnóstico da doença. A autora espera que eles assumam um papel ainda mais ativo no incentivo ao exercício em pacientes com CM na medida em que “os pacientes vão realmente ouvir os seus médicos e estes vão lembrá-los da importância do exercício e ajudá-los a tentar encontrar um programa comunitário” (ACS, 2014).

Quando foi pedido que identificassem as motivações que as levaram a frequentar o programa de exercício no qual estavam inseridas, as respostas foram variadas e as participantes enumeraram um conjunto de vantagens do programa. Uma das motivações prendeu-se com os benefícios físicos do

mesmo sendo que, 13 em 15 mulheres identificaram um conjunto de situações que as motivaram a integrar as sessões, como passamos a citar:

M10 - “Em termos físicos, depois da radioterapia sentia as pernas presas, parecia uma velhinha a andar. E o exercício ajuda-me, não tenho sentido tanto isso.”

M5 - “Sentir necessidade de ter atividade física para combater o cansaço.”

M6 - “Eu estava a perder capacidades físicas, tinha de as recuperar.”

Outras motivações encontravam-se relacionadas com a componente psicológica, desta forma, 9 em 15 mulheres referiram aspetos como: “redução do stress”, “estabilidade emocional”, “boa disposição”, “bom humor”, “Bem-Estar” etc., como podemos verificar nas citações que se seguem.

M1 - “A nível emocional e comportamental estou com melhor disposição sem sombra de dúvida.”

M10 - “A nível emocional o exercício acaba por nos deixar bem, dá-nos uma sensação de normalidade, de que conseguimos fazer. Lentamente e sem stress estou a voltar ao meu ritmo.”

M13 - “ Porque quando eu venho, sinto-me bem-disposta. Sinto-me feliz”

O exercício físico e a prática desportiva estão em crescimento no que se refere à sua promoção e normalmente encontram-se associados aos benefícios físicos que a sua prática pode trazer, como: perda de peso, perda de gordura, diminuição da propensão para doenças cardiovasculares, aumento da densidade mineral óssea etc. Desta forma, os benefícios físicos sobrepõe-se aos benefícios psicológicos e a estética sobrepõe-se à saúde. Assim, seria de esperar que menos participantes referissem os benefícios psicológicos como vantagens de um programa de exercício físico, tal como aconteceu. No entanto, a predominância não foi muito acentuada. Consideramos a

possibilidade das motivações atuais não corresponderem na íntegra e fielmente às motivações iniciais. Existe a hipótese de que à medida que as participantes foram frequentando as sessões e vivenciado o exercício físico, foram percebendo as vantagens de o praticarem nomeadamente vantagens do foro psicológico. Neste sentido, estudos futuros devem analisar diferentes momentos do programa. Ainda assim, considerando que estamos perante uma doença que não é só física, tal como já foi referido anteriormente, ficámos satisfeitos com perceção dualista das vantagens do programa, o que nos parece ser um resultado muito interessante e merece ser realçado.

Por outro lado, o facto de o exercício físico ser orientado e adaptado para a doença em questão foi mencionado por 9 mulheres como constituindo uma vantagem do programa:

M5 - “Precisava de fazer exercícios adaptados à minha condição física, nomeadamente para braços.”

M10 - “[...] Para além do mais o exercício aqui é adaptado, num ginásio duvido que me soubessem ajudar, ou pelo menos não estariam tão sensíveis.”

M7 - “Eu não sabia o que é que podia ou não fazer, o meu braço perdeu mobilidade. Vim para aqui e tratamos disso.”

Os sintomas de fadiga sentida em pacientes com cancro têm influência na sua indisponibilidade, física e mental, para a participação nas atividades do quotidiano. Por conseguinte, o défice de participação em atividades sociais poderá levar o mesmo a sentir-se sozinho e isolado. Este isolamento leva a um estado depressivo que poderá agravar ainda mais a sua redução nas atividades. Flechtner e Bottomley (2003) explicam que estas são as principais consequências psicológicas e sociais associadas à fadiga. Neste contexto, é importante criar condições para que as mulheres com esta patologia se sintam motivadas para a prática de exercício físico.

Como podemos verificar pelas citações em baixo transcritas, alguma mulheres referiram também, que se sentiam seguras durante as sessões pelo facto de estarem a ser acompanhadas por um profissional da área do exercício físico associado ao cancro,

M6 - “Estar com alguém que está familiarizado com o problema e que está preparado para lidar com as fragilidades de uma pessoa nesta situação.”

M14 - “Aqui tem gente que percebe se não ia para outro lado. Estou segura, pronto!”

M7 - “[...] tenho outro acompanhamento. Sinto-me mais segura porque sei que os exercícios que me dizem para fazer são para recuperar tudo o que eu perdi com esta doença.”

Nahas (2013) lamenta a dicotomia existente entre o conhecimento científico no que se refere à importância do exercício físico, dos profissionais desta área versus pouca aplicação do conhecimento acumulado. Por esta razão, o autor apresenta o “Educador Físico” como profissional da saúde, com responsabilidade de associar os fatores atividade física, aptidão física e saúde: princípios da alimentação saudável, prevenção de doenças, controle do stress, conquistar adeptos para um estilo de vida ativo e consciente, com responsabilidade individual de conhecer, querer e agir, em direção aos resultados da interação orgânica e psicossocial. Sustenta, ainda, que a atitude planeada do profissional deve ganhar visibilidade e inserir-se nas políticas públicas (Barbosa, 2012). Desta forma, enaltece a importância de um profissional de Educação Física não só na promoção da saúde mas também, na prescrição de exercício físico para mulheres com CM salientando que este foi um fator com peso na percepção de “segurança” das mulheres para dar continuidade à frequência nas sessões.

Se analisarmos, uma mulher com a patologia em questão, contacta com uma equipa formada por diversas especialidades: oncologistas, clínicos, cirurgiões, radioterapeutas, enfermeiras, farmacêuticos etc., no entanto, através das entrevistadas percebemos que nessa equipa multidisciplinar não

consta um profissional da área do Desporto e que tal facto é importante para motivar esta população para a prática de exercício físico.

M11 - “A enfermeira, quando eu estive internada, é que me falou deste Centro [...] eles no hospital não têm disto.”

Por esta razão, existe a necessidade de contar com um profissional do Desporto (Educação Física) nas equipas multidisciplinares. Este é o profissional habilitado para a prescrição de exercício físico e deve de ser incluído nas equipas que contactam com esta patologia. Acreditamos que tal facto, permitiria otimizar a intervenção e obter uma maior participação em programas de exercício físico. Isto leva-nos a pensar que será promissor no que diz respeito à melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços prestados.

Na sequência da caracterização do profissional responsável pelas sessões, como podemos verificar nas citações em baixo, no decorrer das entrevistas, algumas mulheres atribuíram um conjunto de características a esse profissional referindo serem essenciais para se sentirem bem e com vontade de dar continuidade às sessões.

M6 - “O professor tem muito jeito para nós. Às vezes chego aqui, não me apetece fazer nada e ele ajuda-me a motivar para não desistir.”

M10 - “Aqui, quem está connosco a fazer o exercício é sensível às nossas variações de humor e estado de espírito”

Ainda relativamente ao Professor de Educação Física presente nas sessões de exercício, podemos constatar através da opinião das entrevistadas que o mesmo apresenta um conjunto de características que são tidas como positivas no que concerne ao perfil para integrar um programa desta natureza. Assim, salientamos importância e a necessidade de contratar para programas deste cariz, não só um profissional capacitado na área do Desporto mas também alguém com sensibilidade para lidar com a doença oncológica e todos os fatores inerentes a mesma.

As participantes evidenciaram também que o facto de se encontrarem com pessoas que estavam numa situação semelhante (tinham ou já tiveram CM) consistia uma fonte de motivação, no sentido em que faziam amizades, podiam trocar experiências, abordar o tema sem preconceito, entreajudar-se em momentos mais difíceis e fugir dos olhares reprovadores. A título de exemplo, vejamos as citações que se seguem.

M7 - “Venho também para estar com pessoas que passam pela mesma experiência e portanto há alguma partilha e isso para mim é importante.”

M3 - “Encontrei aqui um nicho ecológico muito interessante que me ajudou imenso e comecei a sorrir. Todas falamos a mesma língua, partilhamos muitos medos e há sempre alguém que nos ajuda.”

M12 - “Com mulheres que têm ou já tiveram o mesmo problema que eu sinto-me muito mais há vontade.”

Inclusivamente, uma das participantes estabeleceu a comparação com um ambiente que havia vivenciado num ginásio, antes de frequentar o programa.

M4 - “[...] a peruca transpira, incomoda e eu num ginásio não a posso tirar que fica tudo a olhar para mim como se eu fosse uma coitadinha. Aqui não! Até a levo para o gabinete de imagem para me tratarem dela enquanto faço exercício.”

Garcia e Thomson (2011) defendem que os fatores que influenciam a adesão a comportamentos de Atividade Física e programas de exercícios eficazes devem de ser identificados e que o uso de medidas objetivas de exercício físico e estudos de intervenção são necessários para complementar este esforço. Através das entrevistas constatamos que existiram um conjunto de fatores que contribuíram para que as mulheres frequentassem as sessões e desta forma dessem continuidade à prática de exercício físico.

Outra participante referiu que frequentemente se encontrava com as colegas para irem às palestras que decorrem no Centro enaltecendo as restantes valências disponíveis no mesmo.

M14 - “ Eu combino com elas e vamos juntas às palestras [...] Também faço yoga com elas [...] Aqui não faltam opções.”

Assim, o facto das participantes não só se sentirem motivadas para participarem no programa fruto da socialização, mas também terem a oportunidade de criarem mais momentos fora do contexto do exercício físico (nas outras valências disponíveis do Centro), torna o programa mais apelativo e minimiza quer as consequências físicas quer as psicológicas. Estas relações significativas representaram uma fonte de motivação para a frequência/manutenção no programa.

Reforçando o que escrevemos anteriormente relativamente às consequências desta patologia vs programa de exercício físico, Mutrie et al., (2007) faz referência às vantagens funcionais e psicológicas da prática de exercício físico em grupo para as pessoas com a mesma patologia.

Relativamente à percepção das mulheres face aos resultados do programa de exercício físico e transferência para as atividades do dia-a-dia, todas as entrevistadas afirmaram que a melhoria do Bem-Estar e da QDV constituíam vantagens do programa. Tal pode ser verificado nas seguintes citações:

M7 - “Quando venho sinto-me bem. Com uma sensação de Bem-Estar.”

M8 - “[...]Tenho maior qualidade de vida. Consigo fazer melhor as tarefas, com menos fadiga.”

M11 - “Permitem ter mais qualidade de vida no sentido em que tenho mais resistência e para além de me ter ajudado a controlar os níveis de colesterol a densidade óssea. Toda a medicação que fiz tinha esses

efeitos e eu tentei contrabalançar com o exercício e alimentação saudável.”

Ao longo dos anos, foram vários os autores que apresentaram definições utilizando o termo QdV associado e relacionado com a saúde. Phillips (2006) afirma que a mesma se encontra intrinsecamente relacionada com a Saúde e segundo Ribeiro (2014), é um conceito recente, quer no âmbito da saúde e das doenças em geral, quer no da doença oncológica em particular.

Albuquerque e Tróccoli (2004) consideram os conceitos QdV e BES como sinónimos. Segundo Veenhoven (2005), a QdV envolve para além de aspetos ambientais, aspetos internos relativos a cada pessoa, que correspondem ao BES e ao BEP.

Seidl e Zannon (2004) afirmam que o conceito QdV tem sido utilizado, frequentemente por profissionais de saúde especializados em diversas áreas, nomeadamente em oncologia. Concomitantemente existem autores que defendem a importância da avaliação desta variável no CM uma vez que, esta patologia se destaca pela incidência no sexo feminino e está associada a uma série de consequências biopsicossociais, que têm vindo a prejudicar a mulher, sobretudo a nível laboral, familiar social e pessoal (físico, na autoimagem e na vida sexual) (Pimentel, 2006 cit por. E. Senkus, 2015). Sustentamos estes factos com as seguintes citações:

M9 -“Vou fazer cirurgia aos dois peitos e queria fazer logo reconstrução mamária mas o médico não me quer fazer [...] a minha autoestima nunca foi muito elevada, agora imagine sem os dois peitos.”

M2 -“Não suportava a ideia de andar de lenço na rua a tapar a careca.”

M15 -“ [...] depois no trabalho toda a gente me perguntava o que é que se passava, quando me viam de lenço na cabeça, e eu sempre a contar a mesma história. Já não tinha paciência, cheguei a chorar quando ia trabalhar.”

Assim, a QdV relacionada com a saúde depende da doença, das representações da mesma, preconceitos, juízos que os outros fazem sobre ela, da autoapreciação enquanto doente, das emoções, dos sintomas e dos tratamentos. (Ribeiro, 2014). Por esta razão, a mesma pode influenciar os níveis do BES. Não obstante, na perspetiva do mesmo autor, a QdV depende não só da saúde mas também do trabalho, família, problemas económicos, relações, entre outros. Assim, as respostas que obtivemos no tema “Programa de Exercício Físico” foram de encontro às informações que havíamos recolhido na bibliografia; a prática de exercício físico é uma intervenção que pode abordar a ampla gama de questões da QdV, após o diagnóstico do Cancro, incluindo físico, funcional, psicológico, emocional e Bem-Estar social (Couneya & Friedenreich, 2003).

Ainda relativamente à questão sobre a transferência do programa de exercício físico para as alterações no dia-a-dia, as respostas foram de encontro às vantagens que já haviam sido enumeradas anteriormente no entanto, conseguimos argumentos mais concretos. Foram referidas alterações a nível físico nomeadamente, o aumento da amplitude de movimento e mobilidade do braço e ainda a resistência ao esforço.

M13 - “Eu antes não conseguia esticar o meu braço, agora já consigo”

M8 - “ Sinto-me muito mais resistente em tudo”

Quando questionámos as participantes quanto à contribuição das sessões de exercício físico na manutenção do seu Bem-Estar, as repostas foram unânimes no que concerne à grande importância do mesmo. Todas as participantes afirmaram que as grandes alterações que sentiam transcendiam o espectro físico. O exercício físico estava assim, beneficamente relacionado com a manutenção da saúde.

M10 - “Eu valorizo muito o exercício físico e desde o início que o encaro como fazendo parte do processo de recuperação e tratamento. Durante toda a quimioterapia eu fiz exercício físico e acredito mesmo que se nós

conseguirmos manter o nosso corpo ativo isso ajuda a que as coisas cá dentro estejam mais equilibradas.”

M12 - “Muito importante, acredito mesmo que o exercício físico nos ajuda até em termos emocionais e psicológicos. Sinto-me sã.”

M4 - “Eu acho que é importante no meu Bem-Estar e no de toda a gente. Fisicamente melhoramos as nossas capacidades e psicologicamente também.”

Das razões físicas apontadas para a prática de exercício físico, destacamos “redução e manutenção do peso“, “redução do cansaço” e “aumento da agilidade”, como podemos verificar nas seguintes citações.

M9 - “Eu ainda não fiz cirurgia no entanto sinto menos cansaço após as sessões de exercício. Há coisas que já vou conseguindo fazer melhor.”

M8 - “Antes não conseguia correr e agora já consigo correr mais um bocadinho [...] antes sentia-me muito cansada ia diretamente para cama e agora já me sinto com mais energia.”

As mulheres referiram também que exercício físico contribuía para a “diminuição de sintomas depressivos”, “aumento da autoestima” e “aumento da predisposição para as tarefas do quotidiano”. Outras duas respostas que merecem destaque são: “manutenção de um estilo de vida saudável” e “Bem-Estar”.

Relativamente à sua prática de exercício físico fora das sessões que frequentavam no Centro, percebemos que grande parte abandonou a prática desportiva aquando o aparecimento da doença por diversos motivos que passamos a citar.

M15 - “Porque nós acabamos por ficar diferentes com os tratamentos, o corpo fica diferente. Antes tinha mais resistência a fazer uma caminhada de 1:00h/30h, agora só consigo 30minutos.”

As restantes abandonaram a prática por indisponibilidade horária ou porque foram mães.

M3 - “Saía do trabalho muito tarde, não tinha hipótese.”

M5 - “Sentia-me mal no ginásio. Uma pessoa que anda com uma cabeleira não tem vontade. É desconfortável e fica tudo a olhar para nós.”

M6 - “Deixei quando me apareceu a doença. Não tenciono voltar, fiquei com a pele muito seca e a natação torna-se desconfortável.”

M13 - “Quando apareceu a doença não tinha a mínima hipótese e capacidade para aguentar um treino de vólei.”

M14 - “Fui mãe e deixei de ter tempo. Dividia-me entre o trabalho, o bebé e as tarefas domésticas.”

A fadiga é uma das maiores sequelas físicas decorrentes do CM e um fator limitativo nas atividades do dia-a-dia (NCI, 2016). Segundo Passik & Kirsh (2005), a fadiga tem um impacto negativo sobre todas as áreas de função onde se inclui o humor, a função física, o desempenho no trabalho, a interação social e o cuidado com a família. Estes são problemas que como já referimos anteriormente, são recorrentes nesta população não só como consequência da intervenção cirúrgica mas também pelos tratamentos complementares a que são sujeitas (quimioterapia e radioterapia). Desta forma, acreditamos ser importante o reconhecimento do papel positivo do exercício físico no Bem-Estar das participantes, como podemos constatar nas citações que se seguem:

M2 - “O exercício físico faz-me passar as fases do tratamento melhor. Consegui manter o meu peso.”

M12 - “Sentia dificuldade em pegar em pesos, estender a roupa, passar a ferro, fazer uma cama. Agora consigo fazer isso.”

M3 - “Consigo clicar num botão da via verde, consigo esticar melhor o braço, levanta-lo, chegar um copo do armário. Sinto-me completamente segura a fazer o que me é proposto.”

4. Caracterização dos níveis de Bem-Estar Subjetivo da amostra.

Como referimos anteriormente, um dos objetivos deste estudo era verificar os níveis de BES em mulheres com CM que se encontravam a frequentar um programa de exercício físico. Assim, para além das entrevistas aplicamos os questionários que nos permite mensurar os níveis de BES destas mulheres.

Assim, no Quadro 9 apresentamos os resultados (média, desvio padrão, máximo e mínimo) obtidos, e através da sua análise podemos constatar que o resultado mais elevado se verificou ao nível dos Afetos Positivos, acima dos valores de Satisfação com a Vida e Afetos Negativos.

Quadro 9 Caracterização dos níveis de Bem-Estar das mulheres.

	Satisfação com a vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos
Média	3,57	3,69	2,46
Mínimo	2,4	2,4	1,6
Máximo	5,0	5,0	3,0
Total (n)	15	15	15

No que concerne aos níveis de BES da nossa amostra, através do Quadro 9 podemos constatar que os índices de Satisfação com a Vida na totalidade da amostra mostraram que foram superiores ao valor intermédio da escala utilizada (3.0). O mesmo se verificou relativamente aos Afetos Positivos. Os índices médios de afeto positivo e de afeto negativo encontrados a partir da escala utilizada podem variar entre 1 e 5, sendo que os valores superiores a 3

indicam uma valência de afetos acima do valor intermédio, quer positivos, quer negativos (Figueiras, 2009).

Assim, através dos resultados obtidos, podemos verificar que estamos perante bons valores de Satisfação com a Vida e de Afetos Positivos de mulheres que estão a tentar minimizar os efeitos das repercussões da patologia de CM e o exercício físico esta a contribuir para isso.

Um estudo realizado por Figueiras (2009) com o intuito de perceber se a prática desportiva é um fator que deva ser incluído na vida da população adulta portuguesa a fim de promover o seu próprio Bem-Estar, concluiu que uma elevada autoestima, praticar desporto e ter expectativas elevadas acerca dos benefícios da prática desportiva apresentam-se como variáveis discriminantes dos indivíduos de maior Bem-estar Subjetivo. O mesmo verificou também uma tendência para índices mais elevados de Satisfação com a vida, Afeto Positivo e Afeto Negativo entre adultos de ambos os sexos e de todas as idades, com prática desportiva.

A literatura sugere que o BES pode ser influenciado não só pela saúde mas também por aspetos adjacentes à saúde, tais como: fatores demográficos (idade, género, rendimento e estado civil) (Dear et al., 2002; Diener et al., 1997), traços de personalidade, eventos da vida e vivências, fatores económicos e culturais (Diener et al., 1999; Diener et al., 2003; Wojciekosk et al., 2012; Lee & Browne, 2008; Novo, 2003).

Quanto às formas de tratamento da doença, a mastectomia destaca-se como sendo o tipo de tratamento com mais impacto negativo no BES devido a alterações na imagem corporal (Janni, et al., 2001; Zebrack, 2000), que não só se relacionam com a forma como os sobreviventes de Cancro se veem a si próprios, na sua relação com a sociedade, facto este que afeta o BES, mas também com estados depressivos que, por sinal, apresentam uma forte associação a baixos níveis de Bem-Estar. No entanto, é possível para um indivíduo revelar altos níveis de BES tendo também uma psicopatologia. Do mesmo modo que é possível para um indivíduo que não possua nenhuma psicopatologia, ter níveis reduzidos de BES (Greenspoon & Saklofske, 2001), por existirem mais fatores influentes. Neste âmbito, comparando os nossos

resultados com o estudo realizado por Simões (2009) com o intuito de investigar os níveis de BES de mulheres mastectomizadas no decorrer do tratamento de fisioterapia, os nossos níveis de BES foram superiores em todos os parâmetros (Satisfação com a Vida e Afetos). Tendo em conta que a nossa amostra continha mulheres que ainda não tinham sido submetidas a cirurgia, não tendo por isso sido sujeitas a mastectomia mamária, pensamos que tal possa ter tido influência nos valores mais elevados do BES. Noutra perspectiva, no estudo mencionado os participantes estavam num tratamento de fisioterapia com profissionais desta área, num ambiente diferente e sem acesso às valências existentes no Centro que as mulheres do nosso estudo frequentavam. Assim, a perceção positiva que estas mulheres têm em relação não só ao Centro mas também aos efeitos do programa, poderá ser um dos fatores que justifica os bons níveis de BES que encontramos nesta amostra:

M10 - “É um local onde me sinto bem, como se estivesse em casa. Eu não gosto muito de sair, sinto mais conforto em casa. Vir para aqui não me tira desconforto, aqui tenho apoio, tenho pessoas que me ouvem e ajudam. Tenho alternativas para além do exercício e posso complementar.”

M13 - “É um ambiente muito agradável, temos apoio em tudo o que nós pretendemos, exercício, imagem [...] e acho que é um local importante participar ativamente.”

Deste modo, na nossa opinião, os pressupostos do programa de exercício que a nossa amostra frequentou devem ser replicados em outros contextos e é importante transferir as informações obtidas para o contexto real. Isto é, desde que o doente é diagnosticado com a doença no consultório médico, deve de ser informado dos benefícios da prática de exercício físico, da importância de o fazer e das possibilidades que têm para se sentir bem com essa prática.

A idade é outro fator que se relaciona com o BES. No entanto, nas investigações mais recentes não existe consenso entre os vários autores. Inicialmente pensava-se que a juventude era um preditor consistente de felicidade, no entanto, atualmente, tal não se verifica (Dias & Durá, 2002). Em 1997, Diener e Suh realizaram um estudo com 60.000 indivíduos, adultos de 40 nacionalidades diferentes, com o objetivo de examinar a relação entre a idade e o BES. Concluíram que, dentro das três componentes do BES, apenas os Afetos Positivos reduziam com a idade. A componente de Satisfação com a Vida manteve-se estável ao longo dos anos, ocorrendo apenas um pequeno declínio no humor (Diener & Lucas, 2000; Diener & Suh, 1998).

Ainda relativamente ao fator idade, fazendo uma análise comparativa com uma população adulta sem patologia de CM, no estudo de Figueiras (2009) a autora verificou que as mulheres de dois escalões etários mais jovens foram as que apresentaram níveis de Afeto Positivo mais elevado e também valores de Afeto Negativo mais baixo tendo-se verificado o inverso nas mulheres em escalões etários mais elevados. Verificamos também que neste estudo o valor mais elevado de Afetos Positivos em mulheres entre os 38 e 66 anos (de forma a incluir as idades da nossa amostra) foi 3.70 ao passo que na nossa amostra o valor mais alto registado foi de 5.0.

Lever et al., (2005), num estudo que contou com a participação de 918 indivíduos mexicanos, com o objetivo de comparar o BES de três grupos socioeconómicos diferentes (extremamente pobres, moderadamente pobres e não pobres), concluíram que existem diferenças estatísticas significativas em todos os fatores do BES (Satisfação com a Vida, Afeto Positivo e Negativo), em relação ao grupo socioeconómico a que os indivíduos pertenciam. O estudo demonstrou que a pobreza tem efeito no BES, tendo esta explicado 29,16% da sua variância. Os mesmos autores concluíram também que existem, efetivamente, diferenças relacionadas com o género e a idade. Nesta perspectiva, tendo em conta que as sessões de exercício físico que as mulheres da nossa amostra frequentaram foram pagas, podemos aferir que as mesmas apresentam uma boa condição financeira e não se enquadram numa classe socioeconómica baixa. Para além disso, verificámos que a nossa

amostra apresenta um bom nível de habilitações literárias, sendo a maioria licenciada e encontra-se a exercer a profissão.

No âmbito da vertente socioeconómica, é importante realçar que a avaliação do BES, sendo realizada pelo próprio, inclui componentes positivos (entre outros aspetos), que não envolvem, necessariamente, elementos de prosperidade económica (Diener et al., 1999).

Diener e Seligman (2004), num estudo que permitiu comparar as condições socioeconómicas de países pobres, países ricos e os níveis de BES, concluíram que o salário tem maior importância para as pessoas de países pobres do que para as de países ricos, e que o aumento de salário na Europa e nos Estados Unidos da América não se correlacionava com o aumento do BES. Desta forma, os autores admitem que a falta de dinheiro pode conduzir à miséria mas a sua posse não garante a felicidade.

Em suma, perante os dados que obtivemos a primeira avaliação que podemos realizar, é que o programa de exercício físico teve influência muito positiva na perceção de Bem-estar das mulheres que se encontravam a frequentá-lo. Apesar de sabermos que o BES é influenciado por diversos fatores, a verdade é que as mulheres que frequentaram o programa de exercício físico num Centro com as características descritas apresentaram níveis de Satisfação com a Vida e afetos Positivos elevados. Assim, é importante assegurar a presença desta população em atividades ou programas que promovam a prática de exercício físico, desde o diagnóstico da doença e entendemos que será muito importante a replicação de programas com estas características.

V. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

A primeira asserção que podemos fazer, baseada no presente estudo e na revisão da literatura que fizemos, é que o BES é um conceito que se relaciona com a percepção do indivíduo sobre as suas condições de vida e da satisfação com a mesma. Pessoas que se encontrem em situações patológicas idênticas e no mesmo processo de reabilitação têm opiniões diferentes no que concerne ao seu Bem-Estar. Procurámos, por isso, nas palavras das entrevistadas tirar diferentes ilações relativamente ao Bem-Estar numa mulher com CM e relativamente ao que poderá dar resposta às suas necessidades de forma a aumentar os níveis do mesmo.

Desta forma, com este estudo concluímos que:

(1) No Centro onde recolhemos os dados, para além do profissional capacitado, que monitoriza as sessões de exercício físico, existem outros distribuídos por diversas valências e com uma oferta vasta de atividades para as mulheres com esta patologia. Esta situação é entendida pelas mulheres como uma fonte de motivação para continuar a frequentar as sessões, no sentido em que se sentem bem acompanhadas no processo de recuperação da doença.

(2) A maioria das participantes teve conhecimento da existência do programa de exercício físico através de amigos e familiares, sendo estes agentes importantes não só na divulgação do programa mas também no incentivo a participação no mesmo.

(3) Concluímos que existe incentivo por parte dos médicos para a prática de exercício físico durante e após o tratamento do CM constituindo outro meio de divulgação do programa, ainda que em minoria quando comparado com o anterior. No entanto, sendo estes os primeiros a contactar com o doente aquando o diagnóstico da doença é importante terem conhecimento relativo a programas de exercício físico e que passem essa informação para o doente.

(4) No que se refere às razões que levaram mulheres com CM a frequentar as sessões de exercício físico, podemos afirmar que os motivos de cariz físico se sobrepuseram aos motivos psicológicos. Porém, a amostra reconheceu benefícios para a saúde como consequência da participação no programa. Assim, existe a possibilidade de, com o decorrer das sessões, as mulheres percecionarem para além de benefícios físicos, os benefícios psicológicos.

(5) Percebemos que um dos fatores que contribuiu para a motivação em frequentar um programa de exercício físico é o facto de este se realizar em grupo, facilitando o contacto entre mulheres com a mesma patologia ou que passaram pela mesma situação. Assim, um programa de exercício físico destinado a mulheres com CM potencia relações significativas com impacto na motivação para dar continuidade à prática.

(6) Com a doença surgem algumas dificuldades nomeadamente ao nível da mobilidade do braço, que no decorrer dos tratamentos pode ficar afetada e dificultar as tarefas do quotidiano. Todas as entrevistadas identificaram que sentiram alterações na execução das tarefas diárias como consequência das sessões de exercício físico.

(7) Através das respostas das mulheres relativamente à importância da prática de exercício físico, podemos concluir que todas reconhecem que este é importante na manutenção da saúde e foram capazes de reconhecer benefícios físicos e psicológicos, no entanto, com o aparecimento da doença a grande maioria acaba por abandonar essa prática. Desta forma, e perante as consequências que a doença acarreta é importante informar esta população quanto aos benefícios da prática de exercício físico e cativar a mesma para integração em programas com estas características.

(8) A nossa amostra apresentou em média, valores de Satisfação com a Vida e Afetos Positivos elevados o que segundo a literatura, beneficia a saúde, longevidade e as relações sociais.

Em jeito de conclusão afirmamos, com base no nosso estudo, que a participação por parte de mulheres com CM em programas de exercício físico destinados a mulheres nas mesmas condições tem um forte impacto na percepção de Bem- Estar.

Acreditamos com este estudo ter dado um contributo para a investigação que se pretende que tenha continuidade dentro da área da Atividade Física e Saúde e esperamos que possa ser mais um passo na sensibilização dos responsáveis pelos serviços de reabilitação para a necessidade de integrar profissionais da área de Desporto nas equipas multidisciplinares.

Desta forma, para estudos futuros sugerimos:

- (1) A realização de um estudo com um grupo de controlo de mulheres com CM que não estejam a participar num programa de exercício físico para desta forma, se poderem verificar as diferenças.
- (2) Averiguar se existem Centros públicos (comparticipados pelo estado) com os mesmos serviços e as mesmas características do Centro estudado e em caso afirmativo se contam com participação de um profissional qualificado na condução das sessões de exercício físico.
- (3) Realizar estudos com uma amostra mais representativa da população, salientando que se trata de uma patologia com grandes repercussões a nível psicológico e por isso com um contacto mais dificultoso e uma forte resistência na sua participação.
- (4) Realizar um estudo longitudinal, onde sejam avaliados os níveis de Bem-Estar antes e após um programa de exercício físico.
- (5) Estudar as barreiras que levam as mulheres com CM a abandonar a prática de exercício físico.

- (6) Averiguar outras virtudes que um programa de exercício físico deva conter para que seja apelativo e seguro para as necessidades desta população.

- (7) Propor um programa de exercício físico com uma amostra de homens com CM e avaliar a sua eficácia na evolução do BES.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahams, H., Gielissen, M., Schmits, I., Verhagen, C., Rovers, M., & Knoop, H. (2016). Risk factors, prevalence, and course of severe fatigue after breast cancer treatment: a meta-analysis involving 12,327 breast cancer survivors. *Annals of Oncology*.

ACS. (2013). Exercises after breast cancer. Surgery American Cancer Society Consult. 27-01-2016, disponível em <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/exercises-after-breast-surgery>.

ACS. (2015). Key statistics for breast cancer American Cancer Society Consult. 14-1-2016, disponível em <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-treating-general-info>

ACSM. (2016). ACSM Issues new recommendations on quantity and quality of exercise. disponível em <http://www.acsm.org/about-acsm/media-room/news-releases/2011/08/01/acsm-issues-new-recommendations-on-quantity-and-quality-of-exercise>

Albuquerque, A., & Tróccoli, B. (2004). *Desenvolvimento de uma escala de Bem-Estar Subjetivo*. Comunicação apresentada em Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20(2), 153-164.

Andrews, F. (1974). Social indicators of perceived life quality. *Social Indicators Research*, 1(3), 279-299.

Andrews, F., & Withey, S. (1976). Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality. New York: *Plenum Press*.

Ballard-Barbash, R., Hunsberger, S., Alciati, M., Blair, S., Goodwin, P., Wing, A., & Schatzkin, A. (2009). Physical activity, weight control, and breast cancer

risk and survival: Clinical trial rationale and design considerations. *Journal of the National Cancer Institute*, 101(9), 630-643.

Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo (5ª Ed.)*. Coimbra: Edições 70, Lda.

Barros, A. (2008). Câncer de mama In V. A. d. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. d. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes, L. H. d. C. Barros & L. Holtz (Eds.), *Temas em Psico-Oncologia* (2ª ed., pp. 40-45). São Paulo: Summus.

Bouchard, C., Shephard, R., Stephens, T., Sutton, J. & McPherson, B. (1990). *Exercise, fitness, and health: The consensus statement*. Champaign: Human Kinetics .

Brandão, T., & Matos, P. (2015). Eficácia das intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 98-106.

Brédart, A., Untas, A., Copel, L., Leufroy, M., Boiron, C., Dolbeault, S., & Kope, J. (2016). Breast cancer survivors' supportive care needs, posttraumatic growth and satisfaction with doctors' interpersonal skills in relation to physical activity 8 months after the end of treatment: a prospective exploratory study. *Oncology*, 90(3), 151-159.

Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ: British Medical Journal*, 330(7493), 702.

Censos 2011. (2012). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Collins, L., Nash, R., Round, T., & Newman, B. (2004). Perceptions of upper body problems during recovery from breast cancer treatment. *Supportive Care in Cancer*, 12(2), 106-113.

Costa, S. (2015). *Cancro da mama: dores do sofrimento feminino na experiência com a doença* (1ª ed.). Viseu: Psicosoma.

- Costa, S., Jimenéz, F., & Ribeiro, J. (2012). Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 327-339.
- Costa-Requena, G., Rodríguez, A., & Fernández-Ortega, P. (2013). Longitudinal assessment of distress and quality of life in the early stages of breast cancer treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 77-83.
- Courneya, K., & Friedenreich, C. (2003). Physical exercise and quality of life following cancer diagnosis: a literature review. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(2), 171-179.
- Courneya, K., Friedenreich, C., Sela, R., Rhodes, R., & Handman, M. (2003). The group psychotherapy and home-based physical exercise (group-hope) trial in cancer survivors: physical fitness and quality of life outcomes. *Psychooncology*, 12(4), 357-374.
- Crane, R. (2007). Cancro da mama In S. E. Otto (Ed.), *Enfermagem em oncologia* (11^a ed., pp. 89-136). Loures: Lusociência.
- Creswell, J. (2003). *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (2.^a Ed.). S.l.: Sage.
- D'Addario, G., Früh, M., Reck, M., Baumann, P., Klepetko, W., Felip, E., & Group, O. b. o. t. E. G. W. (2010). Metastatic non-small-cell lung cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 21(suppl 5), 116-119.
- Dear, K., Henderson, S., & Korten, A. (2002). Well-being in Australia: Findings from the national survey of mental health and well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(11), 503-509.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2011). *The SAGE handbook of qualitative research* (4th ed.). Los Angeles: Sage Publications.
- Desnoyersa, A., Riesco, E., Fülöp, T., & Pavic, M. (2016). Physical activity and cancer: Update and literature review. *La Revue de Médecine Interne*, 15, 1136.

- Dias, M., & Durá, E. (2002). Territórios da psicologia oncológica. (3), 353– 362.
- Dias, M., Manuel, P., Xavier, P., & Costa, A. (2002). O cancro da mama no «seio» da família. In M. d. R. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (2ª ed., Vol. 1, pp. 277-289). Lisboa: Climesi.
- Dieli-Conwright, C., & Orozco, B. (2015). Exercise after breast cancer treatment: current perspectives. *Dove Press Journal: Breast Cancer: Targets and Therapy*, 7, 353-362.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2), 103-157.
- Diener, E. (2012). New findings and future directions for subjective well-being research. *American Psychologist*, 67(8), 590-59.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? *Social Indicators Research*, 57, 119–169.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. (2003). Personality, culture and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener, E. & Seligman, M. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest* 5(1), 1-31.
- Diener, E., Scollon, C., & Lucas, R. (2003). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187–219.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41.

Diener, E., & Suh, E. (2000). Measuring subjective well-being to compare the quality of life of cultures in culture and subjective well-being. Cambridge: *The MIT Press*.

Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.

Diener, E., & Tov, W. (2012). National accounts of well-being. In Land, K.C., Michalos, A. C., & Sirgy M. (Eds.), *Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research* (pp. 137-156). New York: Springer.

Estatística, I. N. d. (2011). Censos 2011 – Resultados Provisórios. Lisboa.

Figueiras, T. (2009). *O Bem-Estar Subjetivo e a prática desportiva em adultos portugueses*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Flehtner, H., & Bottomley, A. (2003). Fatigue and quality of life: lessons from the real world. *The Oncologist*, 8 (Suppl 1), 5-9.

Fonseca, M., Corte-Real, N., & Dias, C. (2006). *Versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANASp)*. Manuscrito não publicado. Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, Porto.

Friendenreich, C., & Courneya, K. (1996). Exercise as rehabilitation for cancer patients. *Clin J Sport Med*, 6(4), 237-244.

Galinha, I., & Ribeiro, J. (2005). *História e evolução do conceito de Bem- Estar Subjetivo*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.

Garcia, O., & Thomson, A. (2014). Physical activity and cancer survivorship. *Nutrition in Clinical Practice : Official Publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 29(6), 768–779.

Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales* (11^o ed.). Paris: Dalloz

Greenspoon, P., & Saklofske, D. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social indicators Research*, 54, 81-108.

Hirschey, R., Docherty, S., Pan, W., & Lipkus, I. (2016). Exploration of exercise outcome expectations among breast cancer survivors. *Cancer Nurs.*

Holmes, D., Chen, Y., Feskanich, D., Kroenke, H., & Colditz, A. (2005). Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA*, 293(20), 2479-2486.

IARC. (2002). Handbooks of Cancer Prevention: *Weight Control and Physical Activity* (Vol. 6). Lyon: IARC Press.

Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2012). Censos 2011. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

International Agency for Research on Cancer. (2015). Online analyses. Globocan 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Consult. 16-12-2015, disponível em http://globocan.iarc.fr/old/burden.asp?selection_pop=158620&Textp=Portugal&selection_cancer=3152&Textc=Breast&pYear=3&type=1&window=1&submit=%C2%A0Execute

Irwin, M., Crumley, D., McTiernan, A., Bernstein, L., Baumgartner, R., Gilliland, F., Kriska, A., & Ballard-Barbash, R. (2003). Physical activity levels before and after a diagnosis of breast cancer: The Health, Eating, Activity, and Lifestyle (HEAL) Study. *Cancer* 97(7), 1746–1757.

Irwin, M., McTiernan, A., Manson, J., Thomson, C., Sternfeld, B., Stefanick, M., Chlebowski, R. (2011). Physical activity and survival in postmenopausal women with breast cancer: Results from the women's health initiative. *Cancer Prevention Research (Philadelphia, Pa.)*, 4(4), 522–529.

Janni, W., Rjosk, D., Dimpfl, T., Haertl, K., Strobl, B., Hepp, F., Sommer, H. (2001). Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer-long-term follow-up of a matched-pair analysis. *Annals of Surgical Oncology*, 8(6), 542-548.

Jones, L. W., Courneya, K., Mackey, J., Muss, H, Pituskin, E., Scott, J., Hornsby, W., Coan, A., Herndon, J., Douglas, P., & Haykowsky, M. (2012).

Cardiopulmonary function and age-related decline across the breast cancer survivorship continuum. *Journal of Clinical Oncology*, 30(20), 2530–2537.

Justo, J. (2015). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: etiologia, intervenção e articulações In E. D. Maria do Rosário Dias (Ed.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (2º ed., Vol. 1, pp. 25-47). Lisboa Climepsi.

Keith, D., Henderson, S., & Korten, A. (2002). Well-being in Australia--findings from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37(11), 503-509.

Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, D. (2002). Optimizing well being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.

Lee, A., & Browne, M. (2008). Subjective well-being, sociodemographic factors, mental and physical health of rural residents. *Australian Journal of Rural Health*, 16(5), 290-296.

Lent, R. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 482-509.

Leone, J., Zwenger, A., Iturbe, J., Leone, J., Leone, A., Vallejo, C., & Bhargava, R. (2016). Prognostic factors in male breast cancer: a population-based study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 156(3), 539-548.

Lessard-Héberdt, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2013). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e práticas* (5ªed.). Lisboa: Instituto Piaget.

Lever, J., Pinõl, N., & Uralde, J. (2005). Poverty psychological resources and subjective well-being. *Social Indicators Research*, 73, 75-408.

Lybomisky, S., & Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.

Midtgaard, J., Rorth, M., Stelter, R., & Adamsen, L. (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*, 15(1), 25-33.

Milne, H., Wallman, K., Gordon, S., & Courneya, K. (2008). Effects of a combined aerobic and resistance exercise program in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Breast Cancer Research and Treatment*, 108(2), 279-288.

Mock, V., Atkinson, A., Barsevick, A., Cella, D., Cimprich, B., Cleeland, C., Donnelly, J., Eisenberger, M., Escalante, C., Hinds, P., Jacobsen, P., Kaldor, P., Knight, S., Peterman, A., Piper, B., Rugo, H., Sabbatini, P., Stahl, C., & Network, N. (2000). NCCN Practice Guidelines for Cancer-Related Fatigue. *Oncology (Williston Park)* 14(11A), 151-161.

Mutrie, N., Campbell, A., Whyte, F., McConnachie, A., Emslie, C., Lee, L., Kearney, N., Walker, A., & Ritchie, D. (2007). Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: pragmatic randomized controlled trial. *BMJ*, 334(7592), 517.

Nahas, M. (2013). *Atividade física, saúde e qualidade de vida. Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo* (6ªed.). Londrina: Midiograf.

NCI. (2015). General Information About Fatigue. National Cancer Institute. Consult. em 19-01-2016, disponível em <http://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/fatigue/fatigue-pdq>

Novo, R. F. (2003). *Para além da Eudaimonia - O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ogden, J. (2008). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi.

Oliveira, E. (2012). Effects of supervised exercise intervention on cardiorespiratory fitness and health-related quality o life in breast cancer patients during treatment. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Pavot, W. (2008). The Assessment of subjective well-being: Successes and shortfalls. In M. Eid & R. J. Larsen (Eds.), *The Science of Subjective Well-Being* (Vol. 14, pp. 124-140). New York: The Guilford Press.

Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of Satisfaction With Life Scale. *Psychologist Assessment* 5(2), 164-172.

Passik, S., Kirsh, K. (2005). A pilot examination of the impact of cancer patients' fatigue on their spousal caregivers. *Palliative and Supportive Care*. 3(4), 273–279.

Petito, E., Nazário, A., Martinelli, S., Facina, G., & De Gutiérrez, M. (2012). Application of a domicile-based exercise program for shoulder rehabilitation after breast cancer surgery. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 9.

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

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (5ªed.). Lisboa: Grádiva.

Ramos, A., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro da mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 23, 295-304.

Rasmussen, D., & Elverdam, B. (2008). The meaning of work and working life after cancer: an interview study. *Psycho-Oncology*, 17(12), 1232-1238.

Rasmussen, D., Hansen, H., & Elverdam, B. (2010). How cancer survivors experience their changed body encountering others. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 154-159.

Ribeiro, J. (2014). *Qualidade de Vida e doença oncológica*. Territórios da Psicologia Oncológica (2ª ed., Vol. 1, pp. 49-72). Lisboa: Climepsi.

Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Reviews Psychol*, 52, 141-166.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

Santos, D., & Vieira, E. (2011). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2511-2522.

Saúde, D.-G. d. (2014). Portugal – Doenças Oncológicas em números – 2014. Consult. em 17-12-2015, disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2014.aspx>

Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzokoto, V., & Ahadi, S. (2002). Culture, personality, and subjective well-being: integrating process models of life satisfaction. *Journal of personality and Social Psychology*, 82(4), 582-593.

Schneider, C., Hsieh, C., Spord, L., Carter, S., & Hayward, R. (2007). Effects of supervised exercise training on cardiopulmonary function and fatigue in breast cancer survivors during and after treatment. *Cancer*, 110(4), 918-925.

Seidl, E., & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos Conceituais e Metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), 580-588.

Senkus, E., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rutgers, E., Zackrisson, S., & Cardoso, F. (2015). Primary breast cancer: ESMO (Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26(5), 8-30.

Silva, M. (2010). Estudo da sobrevivência das doentes com cancro da mama atendidas nas Unidades de Oncologia do Centro Hospitalar Médio Ave, EPE. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Simões, S. (2009). *Bem - Estar Subjetivo e a prática desportiva em mulheres mastectomizadas*. Porto Dissertação de Mestrado apresentada a Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Siqueira, M., & Padovam, V. (2008). Bases teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209.

Sousa, H., Guerra, M., & Lencastre, L. (2015). Preditores da qualidade de vida numa amostra de mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 33, 39-53.

Sparkes, A., & Smith, B. (2014). *Qualitative research methods in sport, exercise and health: from process to product*. New York: Routledge.

Spilker, B. (1990). Introduction. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessments in clinical trials*. (pp. 3–9). New York: Raven Press.

Sternfeld, B., Weltzien, E., Quesenberry, C., Castillo, A., Kwan, M., Slattery, M., & Caan, B. (2009). Physical Activity and Risk of Recurrence and Mortality in Breast Cancer Survivors: Findings from the LACE study *cancer epidemiology, biomarkers & prevention : A publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 18(1), 87–9.

Suhail, K., & Chaudhry, H. (2004). Predictors of Subjective Well- Being in an eastern muslim culture. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(3), 359-376.

- Vainio, H., Kaaks, R., & Bianchini, F. (2002). Weight control and physical activity in cancer prevention. *Obesity Reviews*, 3(1), 5-8.
- Vala, J. (2007). A análise de conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Eds.), *Metodologia das Ciências Sociais* (14^o ed., pp.101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Valenti, M., Porzio, G., Aielli, F., Verna, L., Cannita, K., Manno, R., Masedu, F., Marchetti, P., & Ficarella, C. (2008). Physical exercise and quality of life in breast cancer survivors. *International Journal of Medical Sciences*, 5(1), 24-28.
- van Vulpen, J., Peeters, P., Velthuis, M., van der Wall, E., & May, A. (2016). Effects of physical exercise during adjuvant breast cancer treatment on physical and psychosocial dimensions of cancer-related fatigue: A meta-analysis. *Maturitas*, 85, 104-111.
- Veenhoven, R. (2005). Is life getting better? How long and happily do people live in modern society? *European Psychologist*, 10(4), 330-343.
- Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- WHO. (2016). Health topics: Physical activity. World Health Organization. Consult. em 20-12-2015, disponível em http://www.who.int/topics/physical_activity/en/
- WHOQOL Group. (1994). *Development of the WHOQOL: Rationale and current status*. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67(4), 294-306.

Winningham, M. (1991). Walking program for people with cancer. getting started. *Cancer Nurs*, 14(5), 270-276.

Williams, B., & Schneiderman, N. (2002). Resolved: psychosocial interventions can improve clinical outcomes in organic disease. *Psychosomatic Medicine*, 64, 552-557.

Woyciekoski, C., Stenert, F., & Hutz, S. (2012). Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. *Psico*, 43(3), 280-288.

Zebrack, J. (2000). Cancer survivor identity and quality of life. *Cancer Practice*, 8(5), 238-242.

VII. ANEXOS

Anexo 1

Guião de Entrevista

A entrevista é composta por duas partes: uma mais qualitativa onde lhe vou fazer algumas questões e outra quantitativa, que poderá ser realizada hoje ou leva para casa e depois traz-me. Demora mais ou menos 20 minutos. Se não se importar, gostava de gravar a nossa conversa para posteriormente poder analisar as respostas. Fique à vontade para responder às questões, a sua identidade não vai ser revelada, não há respostas corretas ou erradas, só quero saber a sua opinião. Interrompa sempre que desejar para esclarecer dúvidas.

1 – Dados Sociodemográficos

- a) Nome
- b) Idade
- c) Habilitações literárias
- d) Profissão

2- Mama Help

- a) Como é que tomou conhecimento da existência do programa?
- b) Há quanto tempo frequenta o Mama Help?
- c) Qual foi o principal motivo que a levou a vir?
 - c.1) para além desse, tem outros?
- d) Quantas vezes por semana vem aqui?
- e) Como é que se sente nas sessões de exercício físico?
- f) Que mudanças as sessões produzem em si?
- g) Pode-me concretizar alguns exemplos do seu dia- à- dia onde se sente melhor?
- h) Em que medida a participação nestas sessões está a contribuir para o seu bem – estar?

3 – Questões Desportivas

a) Pratica ou já praticou algum desporto?

Resposta “ **já pratiquei** ” :

a.1) O que é que fazia antes ?

a.2) Há quanto tempo abandonou? Porquê?

Resposta “ **pratico** “:

a.1) O quê ?

a.2) Com que frequência?

a.3) Que benefícios é que sente que esta prática desportiva lhe traz?

b) Qual a importância que atribui à prática de exercício físico no seu bem – estar?

Tenho todo o gosto em, posteriormente, lhe enviar um relatório sobre este estudo. Caso tenha interesse em receber, pode facultar-me o seu email para esse efeito?

Dou por terminada a entrevista.

Obrigada pela sua participação e continuação de um bom dia.